

**Evaluation du dispositif de lutte
contre la maltraitance des personnes
âgées et des personnes handicapées
mis en œuvre par les services de
l'Etat dans les établissements
sociaux et médico-sociaux**

- Rapport définitif -

Rapport de synthèse

Rapport présenté par :

Mme Françoise BAS-THERON et Christine BRANCHU

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° 2005 179
Mars 2006***

Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux

- Présentation du rapport définitif -

Le rapport définitif se présente ainsi :

Rapport initial de l'IGAS en date de décembre 2005 01 à 64

Annexes au rapport initial 01 à 22

Réponse de la direction générale de l'action sociale..... 23 à 25

Le contrôle de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) a été inscrit au programme annuel de travail de l'IGAS pour 2005, dans le cadre du contrôle thématique des services déconcentrés. Le champ de la mission recouvre les personnes âgées et les personnes handicapées vivant en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

La mission a mené ses investigations par des entretiens au niveau national et en se rendant dans trois régions et cinq départements¹ où ont été rencontrés systématiquement le Préfet, le Procureur de la République, la DDASS, le conseil général, et des partenaires locaux. Le présent rapport de synthèse d'évaluation a été établi à partir de ces matériaux de base.

La lutte contre la maltraitance porte des enjeux majeurs, notamment sur les plans éthique, culturel et démographique. Ces enjeux fondent sa légitimité.

La mise en place de cette politique a bénéficié d'éléments favorables : une forte impulsion nationale, en 2001-2002, a conduit à en poser le cadre pour les services déconcentrés dans plusieurs circulaires. Parallèlement, la revitalisation de la fonction d'inspection a constitué un axe prioritaire des directives nationales d'orientation du ministère, trouvant un point d'application prioritaire dans le programme quinquennal de contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux sur cette thématique, dans un objectif de prévention. Par ailleurs, le code pénal² a renforcé la protection des personnes les plus faibles, présentant une « particulière vulnérabilité » due à l'âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse. La vulnérabilité de la victime est, en cas d'infractions, une circonstance aggravante. Des dispositions délient du secret professionnel les personnes informant les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations infligés à une personne vulnérable. Au total, le dispositif pénal existant paraît suffisant et il ne semble pas nécessaire de créer de nouvelles incriminations.

Néanmoins, la mise en œuvre est confrontée à plusieurs difficultés :

Une première difficulté tient à **la définition de la maltraitance**. Il paraît pertinent d'avoir retenu une définition large³, qui recouvre à la fois la maltraitance individuelle (actes des professionnels ou des intervenants extérieurs à l'égard des résidents, et des résidents entre eux) et la maltraitance institutionnelle. Cette approche est d'autant plus nécessaire que la maltraitance institutionnelle demeure largement tabou et peine à être reconnue. Mais cette définition large crée des incertitudes et de la subjectivité dans les évaluations de situations. Un mouvement de fait s'est opéré vers les actes les plus lourds de la maltraitance, qui a restreint largement la définition initiale. Or la nécessaire articulation entre la lutte contre la maltraitance et la politique de bientraitance demeure encore faible.

Le **phénomène** de maltraitance est **mal connu**, sur les plans quantitatif et qualitatif. Cette lacune rend très concrètement centrale la question de l'émergence des plaintes, de leur traitement, et des conditions de recueil de la parole des personnes victimes.

¹ DRASS d'Aquitaine, de Bretagne et d'Île de France ; départements des Côtes d'Armor, du Finistère, de la Gironde, des Pyrénées Atlantiques, du Val d'Oise. Sur des points précis, des éclairages complémentaires ont été apportés par les départements de l'Essonne et du Val de Marne

² Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992.

³ La DGAS s'est appuyée sur les travaux du Conseil de l'Europe.

Enfin une difficulté importante tient à la **faible lisibilité** du dispositif de lutte contre la maltraitance en établissements. Elle est liée à l'**enchevêtrement**, accru par la décentralisation, **des compétences entre l'Etat et les conseils généraux** sur un champ qui est à la croisée de la politique sociale, de la protection des personnes, de la surveillance et du contrôle de l'activité des établissements. Cette complexité contraste avec la lutte contre la maltraitance des personnes âgées à domicile, et en accueil familial, pour laquelle les départements sont placés en première ligne.

Ce contexte explique une mise en œuvre inégale sur le terrain, avec des constantes dans les avancées et les faiblesses.

Le **pilotage départemental** de la politique a été apprécié au travers de plusieurs critères :

- La fonction du référent « maltraitance », au sein de chaque DDASS, qui pourrait constituer un levier important, fait l'objet d'interprétations variées.
- Le groupe de coordination départemental (GCD), tourné vers l'enfance en danger et les jeunes adultes (établissements pour jeunes posant problèmes et pour jeunes handicapés) a connu des fortunes diverses ; dans un seul des cinq départements se pérennise un travail exhaustif et de fond inter institutionnel. Quant au comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables (CDPLM), que les DDASS devaient mettre en place notamment « *en invitant le président du conseil général* » à y participer⁴, il est inexistant.
- L'absence d'instance de pilotage inter institutionnel (CDPLM) explique en partie le fait qu'aucun dispositif formalisé de gestion des crises n'ait été mis en place dans les départements vus. Les crises sont gérées au cas par cas, dans l'urgence, par les services de l'Etat et du conseil général, en liaison ponctuelle avec la Justice. Elles sont le principal moment où le corps préfectoral et les élus sont sollicités sur la thématique maltraitance des personnes âgées et handicapées.
- De façon assez générale, les anciens schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ne semblent pas avoir intégré la problématique maltraitance et insistaient prioritairement sur les aspects quantitatifs (offre de places). Aujourd'hui, la sensibilisation des acteurs publics laisse entrevoir des évolutions positives dans les schémas en cours de préparation. Au niveau des schémas gérontologiques, des avancées sensibles ont pu être observées, au moins dans certains départements, à partir d'une analyse sans concession de la situation existante.
- L'information systématique des établissements sur les aspects réglementaires est peu assurée. Quant aux actions de sensibilisation d'ampleur et les échanges, davantage susceptibles d'avoir des effets pratiques sur le fonctionnement des établissements, et de constituer, par leur approche constructive, un contrepois bienvenu à la médiatisation des « affaires », elles restent insuffisantes. Elles dépendent de qui se sent investi de la fonction de « pilote », et a les moyens de l'exercer, DDASS, ou département, ou aucun des deux.

⁴ Circulaire du 3 mai 2002

La mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance suppose un partenariat étroit des DDASS avec deux acteurs majeurs : le conseil général, le Procureur de la République.

Les **relations entre les DDASS et les conseils généraux** sont, dans les cinq départements visités, généralement bonnes et fréquentes. Mais elles sont encore très peu formalisées. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation : le contexte de surcharge générale (mise en œuvre des réformes : APA, tarification, loi de 2002...), un positionnement complexe des agents des services des conseils généraux vis à vis de leurs collègues des DDASS, enfin, l'ambiguïté et la faible lisibilité des responsabilités respectives des deux principaux acteurs, déjà signalées.

Les **relations entre les DDASS et les Procureurs de la République** ne sont pas régulières, elles se nouent ponctuellement, au cas par cas, et elles ne font pas l'objet de protocoles. La méconnaissance réciproque du monde de la Justice et des Affaires sociales est un constat fort, qui retentit sur les résultats de la lutte contre la maltraitance et contribue à l'articulation difficile entre les procédures administratives et les procédures judiciaires.

Dans le cadre des fonctions de gestion des DDASS, plusieurs **procédures** peuvent constituer des instruments efficaces de prévention de la maltraitance : les demandes d'autorisation (CROSM) et la procédure budgétaire sont sollicités de façon aléatoire. En revanche, le **conventionnement** des établissements pour personnes âgées dépendantes a constitué un outil important et mobilisateur, pour les DDASS, les conseils généraux, les établissements, même si la démarche reste à consolider. Sont en effet signalés dans certains départements des problèmes budgétaires, la difficulté à recruter des médecins coordinateurs et à assurer le suivi des établissements conventionnés.

L'attention à l'expression des usagers fait l'objet d'un dispositif théorique riche, notamment la loi de 2002 et les préconisations des circulaires.

L'accueil téléphonique peine à se généraliser sur tout le territoire et est peu lisible pour les usagers. Les dispositifs existants ne sont pas évalués, notamment sous l'angle de leur adéquation avec les besoins des usagers. Par ailleurs, les missions des dispositifs d'écoute gagneraient à être mieux précisées (soutien psychologique et/ou signalement).

S'agissant des **plaintes des personnes âgées**, les procédures, modes de traitement, outils sont hétérogènes, encore peu formalisés. Une commission conjointe DDASS-conseil général existe dans trois des cinq départements. Quelles que soient les modalités de gestion, le traitement des plaintes au fond a paru sérieux, tout en restant subjectif en raison de la complexité de l'évaluation (sens des mots, absence de référentiels, incertitude sur le recours au pénal). Les plaintes renvoient souvent à des cas de maltraitance liés à de mauvaises pratiques professionnelles, des problèmes de formation du personnel, d'adéquation des placements, de taille des établissements, d'organisation ou de coûts.

Dans le secteur du **handicap**, si les rares plaintes liées à la maltraitance sont traitées au fond, dans un cadre non formalisé, une **insuffisante attention** est portée aux conditions qui pourraient favoriser leur émergence, alors que chacun reconnaît que le secteur n'est pas à

l'abri de la maltraitance. La priorité donnée par le programme quinquennal d'inspection au secteur des établissements pour personnes handicapées a été, de fait, moindre.

Dans aucun des départements vus⁵ n'a été établie la **liste des personnes qualifiées** que la DDASS doit établir avec le président du conseil général, liste pourtant attendue par les directeurs d'établissements les plus attentifs.

Les **signalements administratifs** des établissements aux DDASS concernent les cas les plus lourds, qui, très fréquemment, font parallèlement l'objet d'un signalement judiciaire. Quant aux DDASS, leur obligation d'alerte de l'administration centrale suscite des interrogations et des réticences.

Les services se sont fortement mobilisés sur la **fonction d'inspection**. L'appui apporté par la mission d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés (MAFI/IGAS) et les DRASS a contribué à la revalorisation de cette fonction. Le fort investissement des DDASS sur cette fonction s'est cependant éloigné des objectifs initiaux du programme quinquennal : les inspections sur plaintes, dans l'urgence, ont supplanté les inspections préventives initialement programmées. Partout, ce sont les établissements pour personnes âgées qui expliquent l'essentiel de ce changement de portage, alors même qu'initialement le secteur n'était pas considéré comme devant être privilégié, en raison notamment de la réforme du conventionnement. Les missions d'inspection se sont donc faites plus courtes, plus ciblées, les outils devant être adaptés, et les personnels se mobiliser rapidement, notamment les MISP, ce qui est d'ailleurs souvent problématique en raison des nombreuses sollicitations dont ils sont l'objet.

Dans le cas de **missions conjointes avec le conseil général**, des problèmes de procédures sont perceptibles. Mais la situation, au moins dans les départements vus, est contrastée : dans plusieurs départements, les contrôles conjoints de la DDASS et du conseil général sur le secteur des personnes âgées sont faibles, voire inexistants, depuis 2002-2003, la raison invoquée étant la charge liée au conventionnement. Quant à la surveillance opérée par le conseil général sur les établissements de sa compétence, elle est manifestement d'une intensité variable. Or cette surveillance est importante, comme le montre *a contrario* un département très engagé, notamment pour les établissements autorisés non conventionnés, qui peuvent présenter des risques de maltraitance ; la complémentarité et l'enrichissement réciproque de l'action des services est manifeste, pour peu que les services de l'Etat puissent, matériellement, intervenir à la demande du conseil général.

L'intensification des inspections met en évidence une **faiblesse patente au niveau des suites et des sanctions** : la mise en œuvre des sanctions professionnelles est malaisée et n'apporte pas toute garantie contre la récidive. Pour les signalements judiciaires, la mission a constaté des lignes de conduite hétérogènes dans les DDASS, que ne semblent pas justifier des situations objectives fondamentalement différentes. Dans aucun des cinq départements vus n'a été mis en place un protocole entre la DDASS, le conseil général et le procureur⁶, ce qui ne facilite pas l'articulation entre procédure judiciaire et procédure administrative. Quant aux sanctions administratives (nomination d'un administrateur provisoire, fermeture partielle ou totale, provisoire ou définitive), elles peinent à être mises en œuvre malgré des injonctions

⁵ Un des départements ignorait même ce point de la législation (loi de 2002).

⁶ En revanche, la mission s'est rendue en Essonne et dans le Val de Marne parce que de tels protocoles ont été mis en place.

répétées à certains établissements présentant des risques réels de maltraitance institutionnelle (relogement des résidants à assurer, dans une situation de pénurie de l'offre, attitude des familles et des résidants).

La DGAS a mis en place un projet ambitieux et centralisé de **recueil des informations**, le logiciel PRISME. Mais le volet SIGNAL (recensant les signalements), le seul en service actuellement, est peu et difficilement utilisé par les DDASS vues. Là encore, des pratiques hétérogènes renvoient à la difficulté d'évaluation des situations de maltraitance. De ce fait, l'interprétation des résultats est malaisée.

Sur la base de ces constats, la mission préconise **une relance de la politique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en établissements** sur quatre axes :

Clarifier et rendre plus lisibles :

Le rôle des conseils généraux dans les établissements

L'articulation des lois de 2002 et de 2005 crée un débat qu'il serait nécessaire de trancher : le président du conseil général ne dispose pas (ou ne disposerait pas) de moyens légaux suffisants pour asseoir des procédures de contrôle dans le cadre de la protection des personnes, et doit faire appel aux agents de l'Etat (MISP et IASS).

Il paraît donc nécessaire d'assurer la sécurité juridique des différents acteurs pour exercer des prérogatives aussi essentielles. Compte tenu de la décentralisation, le seul instrument en mesure de clarifier le débat est la loi. Elle permettrait aux conseils généraux d'exercer pleinement leurs pouvoirs de contrôle, l'Etat restant garant de l'effectivité de la protection des personnes.

Le pilotage du dispositif au niveau départemental : En l'absence de loi, le dispositif peut difficilement être plus lisible ; il peut cependant être rendu plus efficace par la mise en place, dans tous les départements, d'une structure légère de pilotage des pouvoirs publics⁷, composée du préfet, du procureur et du président du conseil général⁸. La gestion des différents outils - en premier lieu la commission des plaintes - peut relever de cellules techniques, rendant compte régulièrement à l'instance de pilotage.

Le sens des mots maltraitance, signalement, plainte, urgence et gravité doivent être précisés, **en lien avec le ministère de la Justice**.

Le suivi des établissements, les suites des contrôles et les sanctions administratives doivent être mieux définis au niveau national et mieux appliqués au niveau départemental.

⁷ Les départements dont le CDPLM est une instance utile pourraient le conserver. En tout état de cause, une structure légère paraît plus adaptée pour un rôle de pilotage actif : elle pourrait fixer les grands axes de la politique dans le département, veiller à la mise en place des commissions et procédures de traitement des plaintes, des protocoles de signalements judiciaire et administratif, des dispositifs de gestion des crises et de la prise en charge des personnes victimes...

⁸ Le Val de Marne et l'Essonne ont mis en place une telle structure pour les signalements, sur la base d'un protocole signé par le préfet, le procureur et le président du conseil général.

Agir en partenariat :

Avoir une approche ministérielle coordonnée (DGAS, DHOS, DGS)

Faire du **ministère de la Justice** un partenaire majeur, tant au niveau national dans la définition de la politique à mettre en œuvre qu'au niveau local dans l'application.

Mobiliser les représentants des établissements, les fédérations d'**associations têtes de réseaux**, pour relayer et démultiplier les actions de **prévention primaire** (sensibilisation et formation des personnels des établissements, éducation à la vigilance....)

Valoriser et adapter les outils des services

S'appuyer de façon systématique sur les **procédures existantes** (budgets, autorisations et extensions des établissements, conventions tripartites, schémas et autres outils de planification...) dont l'utilisation pourrait faire l'objet d'un outil national (guide).

Mutualiser les outils en créant un **réseau public** "lutte contre la maltraitance – promotion de la bientraitance".

Face à la montée des plaintes, il est nécessaire d'**adapter la politique d'inspection** et de faire un arbitrage : ce qui relève de la prévention primaire doit davantage passer par le contrôle de l'activité des établissements par les conseils généraux et par une démarche concertée et systématique de sensibilisation-formation avec les têtes de réseaux gestionnaires. Dans l'état actuel du droit, les services de l'Etat doivent concentrer leurs moyens sur les inspections contrôles après plaintes, en appui aux conseils généraux.

Evaluer et mieux connaître

Evaluer les dispositifs d'écoute maltraitance : faire le bilan des expérimentations actuelles et mieux connaître les besoins des usagers devraient permettre les décisions pertinentes en la matière. D'autres pistes sont proposées : bilan de l'application de la loi de 2002 (droits des usagers), étude de la jurisprudence pénale, enquête nationale.

Dans le contexte de décentralisation, la question de la **connaissance statistique** devra être abordée avec les conseils généraux.

SOMMAIRE

I. UNE POLITIQUE EN CONSTRUCTION DANS UN CADRE ENCORE IMPRÉCIS.....	5
1-1 LA MALTRAITANCE EN INSTITUTIONS RESTE MAL CONNUE.....	5
1.1.1 Une notion difficile à cerner	5
1.1.1.1 La maltraitance recouvre des réalités différentes et ses frontières demeurent imprécises.....	5
1.1.1.2 Le mot maltraitance demeure lourd pour les établissements sociaux et médico-sociaux.....	6
1.1.2 La définition retenue par la DGAS s'ouvre sur de nouvelles approches de la vie en institution ...	8
1.1.2.1 Les choix de la DGAS	8
1.1.2.2 La DGAS promeut parallèlement une politique de bientraitance dans les établissements	9
1.2 LA MALTRAITANCE EN INSTITUTIONS EST MAL MESURÉE	11
1.2.1 Des données quantitatives peu nombreuses	11
1.2.1.1 Les statistiques sont rares et peu explicatives	11
1.2.1.2 Elles ne peuvent pas s'adosser à d'autres sources.....	12
1.2.2 La connaissance qualitative de la maltraitance progresse mais reste partielle.....	12
1.2.2.1 Une meilleure connaissance des facteurs de risque, utile pour une politique de prévention efficace.....	12
1.2.2.2 L'expression des victimes demeure subjective	13
1.3 UNE IMPULSION NATIONALE CONFRONTÉE À UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL EN ÉVOLUTION	14
1.3.1 Un régime de protection des personnes vulnérables développé.....	14
1.3.1.1 Un dispositif pénal renforcé et suffisant pour la protection des personnes vulnérables	14
1.3.1.2 Une politique volontariste récente	14
1.3.2 dans un environnement institutionnel mouvant.....	16
1.3.2.1 Une ligne pas toujours lisible, marquée par l'urgence et la concurrence de nombreuses autres priorités .	16
1.3.2.2 Un enchevêtrement de compétences, accru par la décentralisation.....	17
II. UNE MISE EN ŒUVRE INÉGALE, MAIS DES CONSTANTES DANS LES AVANCÉES ET LES FAIBLESSES	21
2.1 UN PILOTAGE DÉPARTEMENTAL EN COURS DE CONSTRUCTION ET HÉTÉROGÈNE	21
2.1.1 Des instruments de pilotage diversement sollicités.....	21
2.1.1.1 Le référent « maltraitance », des conceptions variées de la fonction	21
2.1.1.2 Le groupe de coordination départemental (GCD), mobilisateur à l'origine, s'est parfois enlisé ; le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables (CDPLM) est inexistant	22
2.1.1.3 L'absence de dispositif formel de gestion des crises	22
2.1.1.4 La maltraitance, une thématique progressivement investie par les schémas, notamment gérontologiques.....	23
2.1.1.5 La sensibilisation systématique des établissements et de leurs personnels : un levier majeur inégalement utilisé	24
2.1.2 Les relations avec les conseils généraux : quotidiennes et peu formalisées	25
2.1.3 La méconnaissance du milieu judiciaire	26
2.2 LA PRÉVENTION, DES OUTILS PERTINENTS DIVERSEMENT INVESTIS.....	27
2.2.1 Des procédures insuffisamment utilisées.....	27
2.2.1.1 Les demandes d'autorisation : un instrument efficace de prévention encore inégalement sollicité	27
2.2.1.2 Le budget : une procédure trop exclusivement administrative.....	28
2.2.2 Le conventionnement des EHPAD : un outil majeur et mobilisateur.....	30
2.2.2.1 Une démarche qualité affichée, au bilan positif pour la prévention de la maltraitance	30
2.2.2.2 Une démarche à consolider.....	32
2.3 L'ATTENTION À L'EXPRESSION DES USAGERS	33
2.3.1 Un dispositif théorique complet	33
2.3.1.1 Un cadre national bien défini.....	33
2.3.1.2 Le cheminement complexe des plaintes et des signalements.....	34
2.3.2 La difficile mise en place d'un accueil téléphonique sur tout le territoire.....	36
2.3.2.1 Une multiplicité de numéros d'appel rendant le dispositif d'écoute peu lisible pour les usagers	36
2.3.2.2 L'adéquation entre les besoins des usagers et les dispositifs mis en place est incertaine.....	38
2.3.3 Les plaintes des personnes âgées : des procédures pas toujours formalisées, ne faisant toutefois pas obstacle au traitement sérieux de problématiques complexes	39
2.3.3.1 Des procédures encore insuffisamment formalisées et des outils de suivi hétéroclites.....	39
2.3.3.2 Un traitement sur le fond sérieux : pré-évaluation et commission des plaintes	40
2.3.3.3 L'analyse qualitative des plaintes rend compte de leur hétérogénéité et des problèmes de définition.....	41
2.3.4 Une très insuffisante attention à l'expression des personnes handicapées	42
2.3.5 Des personnes "ressources" qualifiées non nommées.....	42

2.3.6	<i>Les signalements administratifs : une gestion délicate</i>	43
2.3.6.1	Des signalements des établissements aux DDASS pour les cas les plus lourds	43
2.3.6.2	Des interrogations et des réticences des DDASS à signaler à l'administration centrale	43
2.4	LA FONCTION D'INSPECTION DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE : UNE FORTE MOBILISATION DES SERVICES, MAIS AUSSI DES DIFFICULTÉS	44
2.4.1	<i>Une construction progressive des supports de la fonction d'inspection</i>	44
2.4.1.1	Les exigences d'une mission transversale : l'articulation gestion / inspection et les modalités de fonctionnement interne	44
2.4.1.2	Des fonctions d'appui de la MAFI et des DRASS utiles	45
2.4.2	<i>Un fort investissement des DDASS sur l'inspection, qui s'éloigne des objectifs initiaux du programme quinquennal</i>	47
2.4.2.1	Un ciblage de la programmation sur les établissements présentant un faisceau de risques.....	47
2.4.2.2	Des procédures de contrôle non stabilisées.....	48
2.4.2.3	Des engagements inégaux des conseils généraux dans le contrôle et la surveillance de leurs établissements.....	48
2.4.2.4	Les inspections sur plaintes, dans l'urgence, supplantent les inspections préventives programmées	49
2.4.3	<i>Une faiblesse patente : les suites et les sanctions des contrôles</i>	50
2.4.3.1	La mise en oeuvre des sanctions professionnelles n'apporte pas toutes les garanties contre la récidive ..	50
2.4.3.2	Les sanctions vis à vis des résidants sont délicates à mettre en oeuvre.....	51
2.4.3.3	Les recours à la justice, une suite pas toujours opérante.....	51
2.4.3.4	Un recours difficile aux sanctions administratives	53
2.5	LE RECUEIL DES INFORMATIONS : PRISME, UN OUTIL À LA MISE EN PLACE DIFFICILE	55
2.5.1	<i>Un projet ambitieux encore en construction</i>	55
2.5.1.1	Le projet PRISME n'est que partiellement finalisé	55
2.5.1.2	Le volet SIGNAL est peu et difficilement utilisé par les DDASS	55
2.5.2	<i>Les données fournies sont fragiles et leur interprétation délicate</i>	56
2.5.2.1	Des pratiques très hétérogènes dans les services	56
2.5.2.2	qui rendent malaisée l'interprétation des résultats	57
III. POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES VULNÉRABLES EN ÉTABLISSEMENTS		58
3.1	CLARIFIER ET RENDRE PLUS LISIBLE	58
3.1.1	<i>Le rôle des conseils généraux dans les établissements</i>	58
3.1.2	<i>Le pilotage du dispositif au niveau départemental</i>	59
3.1.3	<i>Le sens des mots et les procédures</i>	59
3.1.4	<i>Le suivi des établissements, les suites des contrôles et les sanctions administratives</i>	59
3.2	AGIR EN PARTENARIAT	60
3.2.1	<i>Une approche ministérielle coordonnée</i>	60
3.2.2	<i>Faire de la Justice un partenaire majeur, tant au niveau national que local</i>	61
3.2.3	<i>Mobiliser les représentants des établissements et associer les usagers pour promouvoir une politique de sensibilisation et de prévention</i>	61
3.3	VALORISER ET ADAPTER LES OUTILS DES SERVICES	62
3.3.1	<i>S'appuyer de façon systématique sur les procédures existantes</i>	62
3.3.2	<i>Mutualiser les outils en créant un réseau public "lutte contre la maltraitance – promotion de la bientraitance"</i>	62
3.3.3	<i>Adapter la politique d'inspection</i>	62
3.4	EVALUER ET MIEUX CONNAÎTRE	63
3.4.1	<i>Evaluer les dispositifs en faveur des usagers et de soutien aux victimes</i>	63
3.4.2	<i>Un contexte nouveau qui pose la question des outils de la connaissance</i>	64

Introduction

Le contrôle de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) a été inscrit au programme annuel de travail de l'IGAS pour 2005, dans le cadre du contrôle thématique des services déconcentrés. La mission a été confiée à Mme Françoise Bas-Théron, Mme Christine Branchu et M. Dominique Tricard. Celui-ci a participé à la phase de cadrage et d'investigations de la mission mais a été appelé à rejoindre une autre mission avant la rédaction des rapports de sites et du rapport de synthèse.

Champ de la mission

La lutte contre la maltraitance, qui relève de la protection des personnes, porte des enjeux majeurs, notamment sur les plans éthique, culturel et démographique¹. Ces enjeux fondent sa légitimité.

En terme de populations, le champ recouvre les personnes âgées et les personnes handicapées - sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics s'est portée beaucoup plus récemment que pour le secteur de l'enfance, caractérisé par une législation et des institutions² ancrées dans le paysage institutionnel, qui constitue souvent une référence et un moteur.

La question de la maltraitance à domicile, principal lieu de vie des personnes âgées et handicapées et enjeu prégnant pour le futur, soulève des questions complexes. Pour une première exploration de l'action publique à l'égard de ces personnes, il a paru préférable d'éclairer la mise en œuvre du dispositif dans un champ cadré, celui des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), qui accueillent ces populations vulnérables. Les établissements constituent des lieux de vie sur lesquels les services ont davantage pris que le domicile. Ils présentent des problématiques spécifiques par rapport aux établissements sanitaires³, non compris dans le champ de la mission. Enfin, la lutte contre la maltraitance en ESMS constitue une priorité du programme d'inspection que les services déconcentrés doivent diligenter depuis 2002.

Méthode de la mission

La mission a mené ses investigations :

- au niveau national, par des entretiens avec les services centraux du ministère (direction générale de l'action sociale, direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, direction

¹ Un indicateur s'agissant des personnes âgées de plus de 85 ans : 1.200.000 en 2000, 1.500.000 en 2010, 1.850.000 (75%).

² Aide sociale à l'enfance (ASE), Office national de l'enfance en danger (ONED), Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS), Défenseur des enfants, Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM).

³ Notamment tutelle et contrôle sur les établissements en partie partagés avec le conseil général ; importance du secteur associatif, voire du privé ; accueil des résidents dans la durée, selon une approche globale, non exclusivement sanitaire. Législations spécifiques sur les droits des usagers ou malades selon le type d'établissement.

générale de la santé), le ministère de la Justice, l'association des départements de France, les têtes de réseaux associatifs (cf. annexe) ;

- sur le terrain, dans trois régions (DRASS d'Aquitaine, de Bretagne et d'Ile de France), et dans cinq de leurs départements (Côtes d'Armor, Finistère, Gironde, Pyrénées Atlantiques, Val d'Oise) où ont été rencontrés systématiquement le Préfet, le Procureur de la République, la DDASS, le conseil général. Des rencontres avec des partenaires locaux et des visites d'établissements ont également eu lieu. Enfin, sur des points précis, des éclairages complémentaires ont été apportés par les départements de l'Essonne et du Val de Marne. Des rapports contradictoires sont établis pour les DDASS de Côtes d'Armor, de la Gironde et du Val d'Oise ainsi que pour la DRASS d'Aquitaine. Les autres visites sur sites n'ont pas donné lieu à l'établissement de rapports de sites, en raison du départ de M. Dominique Tricard, mais ont contribué à fournir des enseignements pour la rédaction du rapport de synthèse ;
- en menant une revue de littérature ;
- en établissant un référentiel de contrôle de la mise en œuvre du dispositif à partir des textes et instructions en vigueur.

Le présent rapport de synthèse d'évaluation de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la maltraitance a été établi à partir de ces matériaux de base. Dans un souci pédagogique, la mission a pris le parti de ne citer nominativement les départements et régions que dans les cas de bonnes pratiques repérées.

Limites de méthode

Les limites du contrôle des services locaux tiennent au caractère transversal de la lutte contre la maltraitance, ce qui signifie d'une part, que de nombreux services et procédures au sein d'une DDASS sont concernés, d'autre part qu'une forte articulation est nécessaire, au niveau départemental, entre les services de l'Etat et les conseils généraux.

Compte tenu de l'échantillon de régions et départements vus, la synthèse ne prétend pas à la représentativité sur le plan quantitatif et statistique, objectif qui au demeurant serait problématique à atteindre ; en revanche, elle permet de relever, sur le plan qualitatif, et malgré l'hétérogénéité des pratiques locales, des tendances lourdes, des constantes dans les forces, les faiblesses et des interrogations partagées.

Enfin, la lutte contre la maltraitance est un domaine qui, aujourd'hui, s'évalue principalement à partir de moyens mis en œuvre, et non de résultats quantifiables.

I. Une politique en construction dans un cadre encore imprécis

1-1 La maltraitance en institutions reste mal connue

1.1.1 Une notion difficile à cerner

1.1.1.1 La maltraitance recouvre des réalités différentes et ses frontières demeurent imprécises

➤ Une définition malaisée

Le mot maltraitance a une histoire⁴ encore récente et le phénomène fait l'objet aux niveaux national et international de nombreuses descriptions et analyses, mais sa définition n'est pas stabilisée, tant il est difficile de rendre compte objectivement des ressentis et des situations de souffrance individuelle, voire intime, de la personne âgée ou handicapée dépendante d'une autre personne dans les actes de la vie quotidienne. Il n'existe pas de définition juridique et légale de la maltraitance, les notions de violence, d'abus et de négligences sont tour à tour sollicitées pour rendre compte d'un phénomène où l'intimité d'une personne est mise à nue par une autre personne et/ou une institution⁵.

Si le noyau dur de la maltraitance, c'est à dire l'ensemble des actes susceptibles d'être condamnés en droit pénal, peut être défini comme des actes de violence envers des personnes

⁴ Le secteur de l'enfance et de la protection de l'enfance en danger a, le premier, mis en place des éléments de lutte contre la maltraitance. Ce néologisme qui vient des pays anglo-saxons et qui est lié, à l'origine, à la prise de conscience des abus sexuels sur enfants coexiste avec la notion ancienne de protection contre les dangers qui menacent l'enfance. Le code civil fixe les règles de protection en matière de santé, de sécurité et de moralité ; le code de l'action sociale et des familles (CASF) vise les cas de mauvais traitements.

Les mauvais traitements sur personnes âgées sont devenus un problème de société en France à la fin des années 1980 grâce à l'action du Professeur Huguenot et à la création d'ALMA. Puis, à son tour, le secteur des personnes handicapées s'est préoccupé de la maltraitance à domicile et en établissement.

⁵ Définition du rapport du Professeur Hilary Brown : « *Tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter.*

L'abus peut être commis par n'importe quel individu (y compris une autre personne handicapée) mais il est particulièrement grave quand il s'inscrit dans le cadre de rapports de confiance caractérisés par une position de force fondée sur :

- *la situation juridique, professionnelle ou hiérarchique de l'auteur de l'abus,*
- *son pouvoir physique, économique ou social,*
- *le fait qu'il soit chargé de s'occuper de cette personne au jour le jour,*
- *et/ou les inégalités fondées sur le sexe, la race, la religion ou l'orientation sexuelle.*

L'abus peut résulter de la cruauté individuelle, d'une mauvaise prise en charge ou de l'indifférence de la société. » Conseil de l'Europe - Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus. Août 2002.

vulnérables⁶, la définition exhaustive du phénomène est plus difficile à préciser tant elle semble fortement liée à des subjectivités individuelles et à des normes qui évoluent selon les sociétés et selon les époques⁷. Si la sensibilité de la société sur ces questions de violence interpersonnelle se renforce, la frontière entre maltraitance objective et expression d'un mal être, sans lien direct avec l'institution, d'une personne dépendante est difficile à délimiter.

- Les descriptions des cas de maltraitance tendent à se substituer à une définition trop générale

L'analyse des phénomènes de maltraitance s'est surtout traduite par la description des différents cas directement issus de l'expérience de terrain. Les descriptions empiriques de la maltraitance ne sont pas différentes, mais elles sont plus ou moins larges et exigeantes. En 1992, le Conseil de l'Europe a proposé une classification en sept catégories qui se sont imposées comme grille de lecture de la maltraitance : violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, négligences passives, privation ou violation de droits. Au delà des actes réprimés par le code pénal, le contenu concret de la maltraitance et de ses différentes catégories fait donc l'objet de débats qui ne sont pas clos.

1.1.1.2 Le mot maltraitance demeure lourd pour les établissements sociaux et médico-sociaux

- Maltraitance en institution et/ou maltraitance institutionnelle⁸ ?

A l'intérieur d'une institution, un acte de maltraitance peut rester un acte isolé, individuel si l'institution réagit rapidement et de manière proportionnée pour y mettre fin et éviter que l'acte ne se reproduise. La maltraitance individuelle en institution peut viser des actes commis par les usagers entre eux, ou par des professionnels ou par des intervenants extérieurs à l'égard des usagers. La maltraitance est qualifiée d'institutionnelle si l'institution laisse les faits perdurer ou se reproduire sans réagir ou si elle adopte une réaction inappropriée qui place de fait ou délibérément l'intérêt de l'institution et de ses membres au dessus de celui de la victime. La notion de maltraitance institutionnelle s'ajoute à celle de maltraitance individuelle ; elle ne dilue pas les responsabilités individuelles mais souligne les responsabilités propres de l'institution dont la raison d'être est la protection des personnes accueillies.

La définition de la violence institutionnelle est plus ou moins extensive si l'on considère que tout placement en institution est une violence alors que la norme est la vie à domicile⁹.

⁶ La notion de violence a été définie par le conseil de l'Europe en 1987 : « *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.* »

⁷ Le rapport Violence et Santé, rédigé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, a choisi une définition large de la « *violence envers les personnes âgées et les personnes handicapées* », soit « *le fait d'agir ou de s'abstenir d'agir sur quelqu'un, ou de la faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation, et entraînant ou risquant d'entraîner un préjudice physique ou psychologique* ». Mars 2005.

⁸ Les travaux de Stanislas Tomkiewicz ont ouvert la réflexion sur ce sujet. Cf. notamment : « *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents* ». Paris, Seuil, 1991.

En amont, un placement contre la volonté des personnes, inadapté à leurs difficultés, participe de la violence institutionnelle. L'admission ou le maintien de personnes dépendantes dans un établissement inapte à les recevoir est un facteur important de risque de maltraitance. Le cas des personnes âgées dépendantes vivant dans des foyers logements ou autres établissements non transformés en établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un des risques principaux de maltraitance comme le souligne le nombre élevé de plaintes¹⁰ des familles dans ce type d'hébergement (*cf. infra*). L'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des structures inadaptées crée un risque de maltraitance également bien repéré par les services locaux.

Le placement inadapté peut également avoir pour conséquence l'accueil de populations hétérogènes dans un établissement et être à l'origine de difficultés de fonctionnement. Par exemple, comme la mission l'a constaté, dans les établissements pour enfants déficients intellectuels, la présence d'enfants ayant des troubles de comportement ou psychiatriques, orientés par défaut, est un facteur de risques pour ces enfants eux mêmes et pour les autres résidents.

➤ La maltraitance institutionnelle demeure tabou

Les institutions médico-sociales dont la mission première est la protection des personnes vulnérables qu'elles reçoivent ont encore des difficultés à accepter l'idée de leurs propres défaillances. L'annonce d'un acte de maltraitance demeure un moment très difficile pour une institution et pour l'image qu'elle souhaite donner d'elle même à l'intérieur et à l'extérieur.

La maltraitance institutionnelle peine à être reconnue et dénoncée tant elle apparaît aux yeux des professionnels comme gravement contraire à la déontologie, comme un mot honteux qui paralyse l'expression¹¹. Elle est plus diffuse, plus difficile à mettre à jour, à dévoiler et à faire cesser que les actes de maltraitance individuelle. Elle repose sur le silence complice de l'institution.

Sa prévention suppose la prise de conscience par l'institution d'un risque inhérent à toute institution et son anticipation, comme pour tous les autres risques pris en compte (incendie, sécurité alimentaire...).

⁹ Les contraintes de la vie en collectivité en terme de sécurité et de rythme de vie (par exemple, problèmes des horaires des repas à concilier avec les horaires de travail du personnel) sont de plus en plus mal ressenties dans une société où la vie en internat est résiduelle.

¹⁰ Les réponses adressées aux plaignants par le conseil général des Côtes d'Armor expliquent clairement la situation : « *Je vous rappelle que le foyer logement n'a pas encore signé de convention tripartite avec les services de la DDASS et du conseil général. Il ne dispose donc pas des moyens humains et financiers lui permettant d'accueillir des personnes âgées dépendantes, à l'inverse des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ayant signé cette convention* ».

¹¹ Lors d'un colloque organisé par une DDASS, l'intervention d'une infirmière de santé publique sur le lien entre nutrition et maltraitance, illustré par un exemple sur les horaires des repas en établissements pour personnes âgées, a suscité le départ de la salle de personnels d'établissements. Autre exemple : la démarche conjointe d'une DDASS et d'une fédération départementale de sensibilisation à la qualité, menée dans plusieurs établissements accueillant de jeunes handicapés, n'a pas été poursuivie dans un des instituts médico-éducatifs (IME) pressentis. Le terme de maltraitance a été ressenti comme inutilement péjoratif, réfuté par les personnels, qui ne se sentaient pas concernés.

L'institution peut être tentée de chercher un coupable pour réduire la maltraitance à un acte individuel. Le sentiment de culpabilité, dans l'équipe des professionnels, peut devenir un obstacle à la prévention et au traitement de la maltraitance et aussi à la prise en charge de la victime.

L'organisation de colloques de sensibilisation permet d'expliquer la problématique et de lever le tabou en direction des professionnels. Ce travail de pédagogie pour une meilleure prise de conscience a été mené à plusieurs reprises depuis 2003 par la DDASS de la Gironde (cf. *infra*).

1.1.2 La définition retenue par la DGAS s'ouvre sur de nouvelles approches de la vie en institution

1.1.2.1 Les choix de la DGAS

➤ La DGAS a retenu une définition large de la maltraitance institutionnelle des personnes âgées et des personnes handicapées

En l'absence de définition légale de la maltraitance, la DGAS a largement repris les travaux du Conseil de l'Europe. En ce qui concerne plus précisément la maltraitance institutionnelle, la DGAS a choisi une acception large en y incluant les actes individuels commis dans l'établissement mais en écartant les conceptions extrêmes¹² qui assimilent *a priori* toute vie en institution à une forme de violence et de maltraitance.

Dans l'urgence qui a caractérisé la réflexion et l'action sur la lutte contre la maltraitance, l'expérience du secteur de l'enfance a largement servi de référence aux acteurs des secteurs des personnes âgées puis à ceux du secteur des personnes handicapées.

Les analyses sur la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées ont mis l'accent sur la notion centrale de dépendance de ces personnes vulnérables et souligné la proximité, voire la similitude, entre maltraitance des personnes âgées et maltraitance des personnes handicapées, notamment en institution.

On doit s'interroger sur l'opportunité d'assimiler complètement la problématique de la maltraitance dans le secteur des personnes âgées et handicapées à celle de l'enfance. Pour l'enfance, la notion de vulnérabilité ne recouvre pas les mêmes réalités. D'un côté, il s'agit de protéger et d'éduquer un enfant pour qu'il parvienne à l'autonomie à l'âge adulte, de l'autre d'accompagner des personnes dont la dépendance est pérenne.

➤ Elle reste toutefois difficilement opérationnelle

Cette définition issue d'une réflexion internationale sur des textes de référence commun aux pays européens a été reprise sans adaptation ni articulation en droit français.

¹² Les questions sur la violence que véhiculent toute institution et tout placement sans l'agrément des personnes demeurent ouvertes.

Les incertitudes liées à cette définition large¹³ qui regroupe sous le même terme des actes dont la gravité est différente conduisent des agents des DDASS que la mission a rencontrés à s'interroger sur ce qui leur est précisément demandé dans la mise en œuvre de cette politique. Une définition trop extensive de la maltraitance, mais aussi à l'inverse trop étroite, risque de ne pas être pédagogique et d'entretenir les ignorances et les laxismes ; bien nommer les défaillances des établissements est le début de la prévention et de la lutte contre ces dysfonctionnements.

Devant les imprécisions de cette définition retenue par la DGAS, un mouvement de fait s'est opéré vers les actes les plus lourds de la maltraitance qui a restreint largement la définition initiale.

1.1.2.2 La DGAS promeut parallèlement une politique de bientraitance dans les établissements

➤ La politique en faveur de la bientraitance est également nécessaire¹⁴

La lutte contre la maltraitance et la mise en place de politiques de bientraitance constituent les deux volets d'une même action publique ayant chacun leur propre logique. La bientraitance peut répondre aux réticences qui s'expriment parfois parmi les professionnels ou les élus¹⁵, mais elle ne peut pas se substituer à la lutte contre la maltraitance.

Le risque d'actes individuels de maltraitance en institutions peut et doit être limité, circonscrit par une politique de bientraitance, mais ce risque, lié à des comportements individuels, ne peut disparaître complètement ; les acteurs doivent constamment reconnaître l'existence de ce risque pour rester vigilants.

En Gironde, l'action conjointe menée par la DDASS et l'IME d'Eysines souligne l'importance que les résidents accorde à la violence même du mot maltraitance, qui rappelle un interdit absolu et la souffrance de la personne dépendante, victime méritant considération¹⁶ et réparation réelle ou symbolique. Ces observations faites, la bientraitance devient une voie propre qui n'est pas seulement une politique de prévention de la maltraitance mais un accompagnement humain des personnes vulnérables. Elle comprend mais ne se réduit pas à la

¹³ « *Le caractère maltraitant d'un acte ou d'une situation ne sera pas défini de manière identique par le juge, le médecin et le psychanalyste.* » Mission Cléry-Melin. Mars 2003.

¹⁴ La politique de bientraitance en établissements est, à la DGAS, de la compétence des bureaux des populations alors que la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées est de la responsabilité du bureau des personnes. Pour ce qui concerne la politique de l'enfance (politique décentralisée : ASE), le bureau de l'enfance suit les volets bientraitance et maltraitance.

¹⁵ « *Il est vrai que la maltraitance pose un problème inacceptable pour les personnes qui en sont victimes. Il est vrai aussi que de mettre une emphase sur cette maltraitance aboutit à ce que les personnes qui s'occupent des personnes âgées se sentent attaquées dans leur vocation qui est une vocation remarquable. (...)* ». Mme Françoise Forette, Conseil général de Paris, débats du 16 juin 2003.

« *La notion de maltraitance n'est pas réellement définie et, bien souvent, les faits évoqués sont en réalité liés à un manque de moyens des établissements, qui laisse les personnels dans l'incapacité de s'occuper correctement des pensionnaires* ». Mme Danièle Hoffmann-Rispal. Commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale. 9 juillet 2003

¹⁶ Les jeunes polyhandicapés de l'IME ont, par exemple, parlé de leur souffrance quand la conception des salles de bains et des WC ou l'attitude des personnes dont ils dépendent pour leur toilette ne respectent pas leur besoin de pudeur et de respect.

recherche de la meilleure qualité des soins et à la reconnaissance des droits spécifiques des personnes vivant en établissements.

- mais l'articulation entre les deux politiques - maltraitance et bientraitance - est insuffisante

L'articulation entre bientraitance et maltraitance est nécessaire à la réussite des dispositifs mis en œuvre pour une meilleure protection des personnes. Plus la définition de la maltraitance en institution est large, plus des outils adaptés et diversifiés seraient nécessaires. Si certains actes relèvent d'une réponse ponctuelle de lutte contre la maltraitance (tous les actes « durs », susceptibles de faire l'objet d'une qualification pénale, mais pas exclusivement), les autres actes de maltraitance (définition large), qui sont graves pour l'usager, doivent conduire l'établissement à mettre en place une politique active de bientraitance (cf. annexe).

Les expériences et les analyses qui sont conduites montrent que la lutte contre la maltraitance doit s'inscrire durablement dans la recherche de la qualité des services rendus et dans le souci constant de la bientraitance¹⁷. La bientraitance n'est pas une notion juridique¹⁸ ; elle s'appuie sur la diffusion et la transmission de bonnes pratiques¹⁹. Elle inspire toutes les grandes options de la loi de 2002²⁰ et la procédure de conventionnement des EHPAD.

Les deux politiques de bientraitance et de maltraitance coexistent mais leur articulation demeure faible. La politique de lutte contre la maltraitance ne s'ouvre pas explicitement sur la bientraitance car la distinction n'est pas suffisante entre le noyau dur de la maltraitance qui doit faire l'objet d'un signalement judiciaire et administratif et la maltraitance qui s'installe au quotidien dans une institution et qui doit être combattue par l'établissement à travers le développement des politiques de bientraitance.

A l'inverse, les dispositifs de bientraitance, comme ceux mis en place à travers les conventions tripartites²¹, ne traitent pas explicitement de la lutte contre la maltraitance dont ils renforcent pourtant sensiblement l'efficacité. La définition au niveau national et professionnel de normes, de référentiels et les résultats des conférences de consensus que les politiques de bientraitance développent à l'intention des établissements servent à objectiver les actions de lutte contre la maltraitance²².

¹⁷ Voir arrêt du 2 décembre 1998 de la chambre criminelle de la cour de cassation : des traitements dégradants ne peuvent pas être considérés comme des actes à visée thérapeutique.

¹⁸ Née vers l'an 2000 pour améliorer les pratiques des professionnels dans les pouponnières.

¹⁹ Journée technique de bilan du dispositif de bientraitance institutionnelle du 24 mai 2002.

²⁰ Seul l'article 8 de la loi (art L.311-4 du CASF) mentionne explicitement la prévention de la maltraitance comme un objectif de la remise aux résidents de la charte des droits et libertés et du règlement de fonctionnement.

²¹ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 sur la réforme de la tarification et du financement des EHPAD, modifiée par la loi du 20 juillet 2001 et leurs décrets d'application. Cette réforme, souvent dénommée « réforme de la tarification », porte sur beaucoup d'autres domaines, en particulier la qualité des prestations offertes par les établissements. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (tripartite) prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

²² Conférence de consensus sur les contentions : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 24-25 novembre 2004.

1.2 La maltraitance en institutions est mal mesurée

1.2.1 Des données quantitatives peu nombreuses

1.2.1.1 Les statistiques sont rares et peu explicatives

- La DGAS et ALMA fournissent des données partielles

Les signalements à la DGAS augmentent rapidement, mais cette croissance est imputable à la mise en place récente d'un dispositif d'étude et de comptabilisation d'un phénomène. Par ailleurs, les outils de mesure des signalements ne sont pas encore d'une fiabilité assurée. Les statistiques fournies par la DGAS via le volet SIGNAL (signalement) de PRISME²³ (prévention des risques, inspections, signalements des maltraitements en établissements) reposent encore sur des méthodes de recueil qui ne permettent pas de rendre compte avec précision et avec justesse des phénomènes de maltraitance. Ces statistiques ne rendent compte que des données transmises par les services, point qui reste problématique (cf. *infra*).

Les chiffres d'ALMA fournissent toutefois des indications sur la maltraitance en établissements²⁴.

Beaucoup de questions restent sans réponse précise, par exemple l'éventuelle corrélation entre tel type de violence et tel type d'établissement²⁵. Il semblerait que les foyers d'accueil médicalisés (FAM) soient plus touchés par les violences entre résidents alors que dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) le personnel serait plus fréquemment mis en cause²⁶.

- Les statistiques de la Justice recensent les condamnations mais ne renseignent pas sur les victimes

Les statistiques du ministère de la justice ne permettent pas de repérer en tant que telles les condamnations pour actes de maltraitance puisque l'incrimination n'existe pas en droit pénal²⁷. Toutefois, les statistiques et les recherches sur les bases de données du ministère de la justice à partir des condamnations prononcées repèrent les cas où la victime est une personne

²³ 90% des départements signalent. De 2001 à mars 2005, la DGAS a été informée de 1.147 cas de maltraitance.

²⁴ Selon les chiffres d'ALMA, 28% des maltraitements recensés à partir des appels avaient eu lieu dans les établissements. Ils ne permettent pas de conclure *a priori* ici sur l'importance respective de la maltraitance en établissements *versus* la maltraitance à domicile. On indique toutefois que l'appréciation générale est que la maltraitance à domicile, moins connue, serait plus importante.

²⁵ Selon les chiffres de la DGAS, 41% des signalements concernent des établissements pour mineurs, principalement handicapés ; 24% concernent des établissements pour adultes handicapés ou en situation d'exclusion, 31% concernent des établissements pour personnes âgées.

²⁶ Réunion organisée par la DGAS pour les services déconcentrés en février 2005, avec des données départementales brutes.

²⁷ Annuaire statistique de la justice, édition 2005 (statistiques 1999 à 2003) : condamnations pour violences volontaires et condamnations pour atteintes sexuelles.

vulnérable²⁸ mais ne donnent pas d'information sur la victime et son type de vulnérabilité et ne permettent pas d'identifier le nombre de victimes personnes âgées et handicapées en établissements.

Une meilleure connaissance – quantitative et qualitative – des condamnations supposerait une recherche spécifique à partir des jugements, pour identifier les caractéristiques des victimes. Une statistique plus détaillée ne pourrait cependant rendre totalement compte de l'ampleur du phénomène de maltraitance en établissements compte tenu des caractéristiques de la procédure pénale et des problèmes de définition de la maltraitance²⁹. Néanmoins, des précisions sur les caractéristiques des victimes pourraient être intéressantes, notamment pour un suivi et une évaluation sur le long terme de la montée en charge du dispositif de lutte.

1.2.1.2 Elles ne peuvent pas s'adosser à d'autres sources

Les organisations internationales font porter leur réflexion sur la publication de textes de référence et d'analyse et sur les dispositifs de lutte à mettre en œuvre. Mais les études statistiques sont rares, incertaines³⁰ et ne portent que sur les personnes âgées. De son côté, le monde associatif n'est pas encore en mesure de conduire des études épistémologiques³¹.

1.2.2 La connaissance qualitative de la maltraitance progresse mais reste partielle

1.2.2.1 Une meilleure connaissance des facteurs de risque, utile pour une politique de prévention efficace

Les études de la DGAS permettent cependant, dans les limites indiquées, de mettre à jour et de mieux analyser les situations de maltraitance³² et de dégager les facteurs de risques³³.

²⁸ 18 peines pour agression sexuelle imposée à une personne vulnérable (depuis 2002) ; 3 peines pour violence sur une personne vulnérable ayant entraîné la mort sans intention de la donner (depuis juin 1998) ; 3 peines pour violence sur personne vulnérable suivie d'infirmité permanente (depuis juin 1998) ; 5 peines pour violences sur une personne vulnérable, suivie d'incapacité n'excédant pas huit jours (depuis octobre 2004),...

²⁹ Par exemple, possibilité pour le Procureur de classer sans suite en cas de sanction autre que pénale ou encore de difficulté à rassembler les preuves, ou difficulté de l'évaluation de l'incapacité temporaire de travail quand les violences s'étalent dans le temps.

³⁰ Les estimations sont le fruit d'extrapolations d'enquêtes étrangères : 5% des plus de 65 ans et 15% des plus de 75 ans vivraient des situations de maltraitance.

Des enquêtes ont été menées en Finlande, aux Pays Bas, au Royaume Uni. Les résultats montrent une prévalence de 4-6%, en prenant en compte la maltraitance physique, psychologique et financière. L'étude conduite en Finlande montre que les femmes sont plus fréquemment victimes de la maltraitance que les hommes.

³¹ ALMA a le projet d'étendre une étude qu'elle conduit actuellement à Paris, sur plus de 200 cas, pour mieux connaître les appelants.

³² Les « *mis en cause* » peuvent être distingués par type d'établissements : dans les établissements pour mineurs handicapés, 60% des actes sont le fait de résidents et 20% le fait du personnel ; dans les établissements pour adultes handicapés, 40% des cas mettent en cause des résidents et 47% le personnel. Dans les établissements pour personnes âgées, le personnel est mis en cause dans plus de 75% des cas.

³³ Les situations de risque sont ainsi notées :

Les statistiques publiées par ALMA³⁴ sur les appels reçus dans ses centres d'écoute téléphonique indiquent qu'en institution les plaintes portent principalement sur des négligences et des maltraitements psychologiques et financières. Les femmes de plus de 80 ans sont les premières victimes de ces maltraitements ; il semblerait que l'explication ne soit pas démographique. Le manque de personnel, de communication et d'écoute sont les causes principales mises en avant par les appelants qui sont principalement les familles des résidents.

1.2.2.2 *L'expression des victimes demeure subjective*

L'étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales (DREES)³⁵ souligne la part prépondérante de la psychologie des victimes dans les situations de maltraitance et dans la connaissance que nous en avons.

L'approche chiffrée de la maltraitance, qui reste très insuffisante et malaisée, ne saurait rendre compte d'un phénomène complexe où la psychologie de la personne qui souffre est centrale. Accepter de se reconnaître victime et entrer dans une démarche de plainte n'est pas spontané ; le comportement de chaque personne face à la maltraitance est aussi lié à l'expérience sociale de toute une vie. Une personne habituée à subir l'autorité tout au long de sa vie active acceptera plus facilement ou trouvera des excuses aux mauvais traitements.

Cette caractéristique rend d'autant plus centrale la question de l'émergence des plaintes et des conditions du recueil de la parole des personnes âgées et handicapées victimes, qui doit se trouver au cœur de la lutte contre la maltraitance.

-
- les déficiences qui accompagnent la très grande dépendance comme la perte de la communication verbale, les troubles sévères et chroniques de type démentiel ou apparenté avec déambulation, agressivité ou apathie,
 - une perte de l'estime de soi,
 - une relation placée sous le signe de la mort,
 - l'épuisement des professionnels et des aidants.

Document de la DGAS du 11 février 2005 : « *La politique nationale de protection des personnes vulnérables* ».

³⁴ ALMA a reçu 7.366 appels en 2002 (dont 50% liés à la maltraitance) et 9.467 en 2003 (dont 68% liés à la maltraitance). ALMA distingue les appels selon que les personnes vivent à domicile ou en institution, analyse les appels reçus selon « *les auteurs des maltraitements et négligences* », « *la catégorie principale des maltraitements et négligences* ». Les statistiques permettent de distinguer les victimes selon leur âge et leur sexe. Les « *éléments favorisant les maltraitements et les négligences* » sont analysés et les auteurs sont classés sur leur positionnement familial ou professionnel vis à vis de la victime. S'il convient de noter que les chiffres issus de l'analyse des appels reçus par ALMA évoluent sensiblement d'une année à l'autre, ces grandes tendances semblent se confirmer.

³⁵ Etudes et résultats : « *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative*. » DREES, janvier 2005. A la différence notable des plaintes relatives au placement de la personne en établissement, l'étude ne relève pas de différence sensible entre les situations des personnes vivant à domicile ou en institution, que la DREES classe en trois catégories qui ne recoupent pas celles retenues par la DGAS : les atteintes à l'intégrité de la personne (comportements ayant des répercussions sur la santé physique ou psychique), à sa dignité (comportements ayant des répercussions sur l'estime de soi) et à l'autonomie citoyenne (comportement gênant la liberté de décision pour soi).

1.3 Une impulsion nationale confrontée à un contexte institutionnel en évolution

1.3.1 Un régime de protection des personnes vulnérables développé

1.3.1.1 Un dispositif pénal renforcé et suffisant pour la protection des personnes vulnérables

Comme indiqué, le terme maltraitance n'a pas de valeur juridique. Mais le nouveau code pénal, entré en vigueur le 1^{er} mars 1994³⁶, exprime le souci de renforcer la protection de la personne qui doit être protégée contre les atteintes de toute nature pouvant lui être portées :

- les atteintes à la personne humaine : atteintes à la vie, à l'intégrité physique ou psychique, aux libertés, à la dignité, à la personnalité, agressions sexuelles...
- la mise en danger de la personne : risques causés à autrui, délaissement, non-assistance à personne en danger...
- la protection des plus faibles : pour les adultes est protégée la personne dont la « particulière vulnérabilité » est due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse.

Le code pénal ne donne pas de définition de la vulnérabilité, celle-ci renvoyant à un état. Mais il désigne les infractions dont la vulnérabilité est un des éléments constitutifs (délit d'abus de vulnérabilité) et les infractions pour lesquelles la vulnérabilité est une circonstance aggravante³⁷.

De surcroît, le code pénal oblige tout citoyen à signaler à la Justice les privations, les mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à une personne vulnérable sous peine d'être, à défaut, poursuivi. Sont déliées du secret professionnel les personnes informant les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont elles ont connaissance infligés à une personne vulnérable.

Certaines notions sont particulièrement susceptibles de s'appliquer aux personnes vulnérables en institutions, par exemple le « délaissement ».

Au total, le dispositif pénal existant pour la protection des personnes vulnérables apparaît, à la Chancellerie, aux procureurs rencontrés, ainsi qu'à la mission, suffisant et il ne semble pas nécessaire de créer de nouvelles incriminations. Les difficultés résident davantage dans l'application du dispositif aux situations et dans son articulation avec les institutions et procédures administratives.

1.3.1.2 Une politique volontariste récente

- Une mise en place concentrée sur quelques mois

³⁶ Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992.

³⁷ Infractions physiques : violences, délaissement, fait de soumettre une personne à des conditions d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine... ; infractions sexuelles ; infractions économiques.

La rencontre de plusieurs grands mouvements de fond, convergents, peut expliquer la priorité donnée par l'Etat à la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables, notamment : l'évolution démographique, la prise de conscience³⁸, aidée par les réflexions internationales et relayée par les médias, l'attention portée à l'utilisateur, fondement de la légitimité des institutions, et la décentralisation, nécessitant un repositionnement de l'action des services.

De 1998 à 2002, cinq circulaires et une instruction interministérielle ont été adressées aux services déconcentrés sur la maltraitance³⁹. Dans le même temps, la lutte contre la maltraitance dans les ESMS puis la revitalisation de la fonction d'inspection dans les services déconcentrés ont constitué des axes prioritaires des directives nationales d'orientation (DNO) du ministère à partir de 1999, et notamment de 2001.

Au niveau national, la DGAS s'est réorganisée, en créant en juillet 2000 un bureau de la protection des personnes, à vocation transversale, chargé de la définition de la politique envers les adultes vulnérables et des dispositifs pour les mineurs et les majeurs. En outre, le bureau conduit une action de sensibilisation et d'information auprès des professionnels et de public⁴⁰. Le Comité de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées a été mis en place en novembre 2002 auprès du ministre chargé des personnes âgées et a constitué trois groupes de travail sur des thèmes ciblés⁴¹. L'élaboration et le suivi du programme quinquennal d'inspection ont été confiés à un comité de pilotage réunissant, sous l'égide de la mission d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés (MAFI) créée à l'IGAS en 1999, des représentants de l'administration centrale et des services déconcentrés. La MAFI est investie d'une mission permanente d'impulsion, d'appui et de contrôle *a posteriori*. La DNO du 23 mars 2001 insiste sur la professionnalisation du contrôle, la structuration et la mise en réseau des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation des DRASS (MRIICE). Elle prévoit la montée en charge progressive d'un

³⁸ Cf. notamment le rapport « *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* », remis à Mme Guinchard-Kunstler par le Professeur Michel Debout, 22 janvier 2002, et le rapport du Sénat, M. Blanc (président), M. Juillard (rapporteur) « *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* », 5 juin 2004.

³⁹ Circulaires sur la lutte contre la maltraitance :

Circulaire DAS-DSF2 98-275 du 5 mai 1998 relative à la prise en compte de situations de maltraitance à enfants au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Instruction interministérielle Cabinet/DGAS-2001-52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance.

Circulaire 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les ISMS accueillant des mineurs et des personnes vulnérables.

Circulaire cabinet 2002/97 du 14 février 2002 relative aux suites à la campagne de prévention des maltraitements et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes.

Circulaire DGAS-SD2-2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures 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.

⁴⁰ Le bureau met sur Internet et actualise les informations sur la maltraitance utiles au grand public et aux professionnels (rubrique « *social/âges de la vie/dossier maltraitance et protection juridique* »). Dans le cadre des travaux du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, une brochure de sensibilisation a été diffusée à 15 000 exemplaires en 2004 et une plaquette plus synthétique a été réalisée. Un CD Rom sur la gestion des risques de maltraitance est destiné aux professionnels et au grand public.

⁴¹ Elaboration d'un dispositif spécifique de gestion du risque maltraitance dans les ESMS, formation des professionnels de l'aide et du soin, lutte contre la violence financière

programme pluriannuel de contrôle sur la maltraitance en ESMS. Elle propose enfin en annexe un dossier sur les modalités et moyens de mise en œuvre.

Les fortes impulsions qui ont été données au niveau politique et qui ont été relayées par les médias ont aidé la société française à prendre conscience des risques de maltraitance dont les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent être victimes. Le rappel d'interdits majeurs s'est traduit pour les services par de nouveaux défis dans la mise en œuvre des politiques publiques.

- Les axes stratégiques de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées en établissements

La chronologie des circulaires montre l'effet d'entraînement du secteur enfance⁴², qui va inspirer en partie les outils proposés pour les personnes vulnérables. Cette notion apparaît à partir de 2001, et est ensuite approfondie : la circulaire du 30 avril 2002 introduit la personne âgée. Les circulaires successives et les DNO vont préciser progressivement les objectifs poursuivis et dessiner les contours des missions assignées aux DDASS. Ces missions peuvent être regroupées, *a posteriori*, autour de trois axes.

- Piloter le dispositif de lutte contre la maltraitance, en se dotant des outils *ad hoc*, pluri-institutionnels et partenariaux
- Prévenir :
 - par la sensibilisation, l'information, la formation des établissements et de leurs personnels ;
 - par l'utilisation judicieuse de procédures préexistantes (conventions tripartites...) ;
 - en renforçant les contrôles préventifs sur les établissements, dans le cadre du programme quinquennal.
- Apporter une attention renforcée à l'usager par la mise en place :
 - d'un accueil téléphonique,
 - de dispositifs de réception et de traitement des signalements,
 - et de soutien aux victimes.

A ces axes stratégiques, s'ajoute un axe spécifique, interne, celui relatif à l'information de l'administration centrale.

1.3.2 dans un environnement institutionnel mouvant

1.3.2.1 Une ligne pas toujours lisible, marquée par l'urgence et la concurrence de nombreuses autres priorités

Le contexte dans lequel la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables en établissements a été initiée présentait des éléments *a priori* favorables : le conventionnement des EHPAD dans les établissements pour personnes âgées, la mise en place

⁴² Circulaire de 1998 et instruction interministérielle du 10 janvier 2001.

de l'allocation pour personnes âgées (APA), la loi du 2 janvier 2002 sur la rénovation des ESMS, font avancer notablement le concept et le souci de qualité de service à l'utilisateur et confortent la lutte contre la maltraitance. Mais, rétrospectivement, ces modifications majeures de la législation ont aussi induit pour les DDASS et les conseils généraux, une charge de travail importante.

Sur le fond, les circulaires n'ont pas associé à la conception de la politique de prévention les représentants nationaux des établissements gestionnaires.

Les circulaires concernant les personnes vulnérables ont été adressées aux DRASS pour information, aux DDASS pour exécution, elles ne sont pas parues au Journal Officiel. Par comparaison, l'instruction du 10 janvier 2001 (protection de l'enfance), interministérielle, avait été adressée, pour information, aux recteurs et aux procureurs. Ces derniers n'ont en revanche pas été destinataires des circulaires concernant les personnes vulnérables, alors même que le caractère transversal et pluri-institutionnel de la lutte contre la maltraitance en établissements est rappelé aux services déconcentrés et fonde un des outils majeurs proposés, le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables (CDPLM).

Sur le plan juridique, les circulaires, successives et rapprochées, n'ajoutent rien au dispositif existant (codes pénal, de l'action sociale et des familles, de la santé publique, du travail,...), le rappelant partiellement à l'occasion de l'accent porté sur un aspect. Les recommandations, les outils proposés aux services se sont empilés progressivement.

La lisibilité du dispositif n'est pas toujours assurée⁴³. Le contexte de mise en œuvre de textes législatifs majeurs, la préexistence de nombreuses instances de concertation au niveau local pour les populations vulnérables ne facilitent pas l'appropriation par les services. Le second levier de la politique, le programme quinquennal de contrôle, a, pour sa part, été marqué par un changement de portage notable : à l'origine, il était très orienté vers les établissements pour personnes handicapées, et les établissements susceptibles d'être transformés en EHPAD, après conventionnement, n'étaient pas *a priori* à intégrer dans le programme (cf. *infra*).

Sur la période 2001-2005, la problématique de la lutte contre la maltraitance a fait l'objet d'une attention soutenue de l'administration centrale. En 2001-2002 avec la mise en place d'une cellule *ad hoc* auprès du ministre, puis à la suite de la canicule de 2003 ou à l'occasion du traitement d'une « affaire » par la presse, les cabinets se sont fortement impliqués dans la conception et la mise en œuvre des dispositifs publics.

1.3.2.2 *Un enchevêtrement de compétences, accru par la décentralisation*

La lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en établissements se trouvent à la croisée de plusieurs politiques et/ou dispositifs : la politique

⁴³ La circulaire du 3 mai 2002 demande la création du CDPLM, alors que l'instruction interministérielle du 10 janvier 2001, relative à l'enfance, avait demandé la création au niveau départemental du groupe de coordination départemental (GCD), mais la circulaire du 3 juillet 2001, qui concerne les enfants mais aussi les adultes vulnérables, évoque également le GCD.

sociale, le contrôle de l'activité des établissements, la surveillance du fonctionnement (protection des personnes).

La décentralisation a fait du conseil général le pilote de la politique sociale dans le département⁴⁴. C'est un acquis en matière de politique gérontologique. Dans le champ du handicap, les contours des compétences respectives des services déconcentrés et des conseils généraux sont en cours de définition et ne sont pas encore bien cernés sur le terrain⁴⁵.

Or, dans ce champ social et médico-social, le rapport de l'IGAS n°2004 087⁴⁶ relève de nombreuses insuffisances dans les bases juridiques des contrôles effectués par les services déconcentrés. « *Les compétences juridiques des inspecteurs souffrent parfois d'un manque de clarté et de lisibilité qui fragilise la sécurité juridique de l'intervention des services* ». Il remarque également que « *la décentralisation des politiques sociales s'est accompagnée d'un renforcement des pouvoirs de contrôle des collectivités mais sans qu'une attention analogue soit apportée à l'évolution et aux contours de la mission de contrôle de l'Etat dans ce cadre : [...] manque de clarté de la répartition des rôles sur le contrôle des structures financées par les collectivités territoriales et absence de pouvoir des services déconcentrés de contrôler la mise en œuvre des politiques des collectivités territoriales*».

La lutte contre la maltraitance en établissements se situe au cœur de cette dualité, source d'incertitude juridique aux niveaux du contrôle et des suites à y apporter, et que le rapport précité détaille. On rappelle brièvement l'articulation juridique :

Au niveau du contrôle :

- Le contrôle de l'activité est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation (Etat, conseil général, Etat et conseil général pour les établissements sous compétence conjointe)⁴⁷.
- Le contrôle au titre de la protection des personnes (surveillance du fonctionnement) est exercé par l'Etat seul⁴⁸, jusqu'à la loi du 11 février 2005 (cf. *infra* article L.313-16).

« *L'équilibre de la répartition des rôles entre l'Etat et le conseil général en matière de contrôle sur les ESMS repose sur le fait que l'Etat est responsable des contrôles visant à assurer la protection des personnes, même dans les établissements dont l'autorisation et le contrôle technique relèvent du conseil général* »⁴⁹.

Mais, depuis la loi n°2002-2, le champ de ces deux régimes juridiques de contrôle se recoupe en partie sur la protection des personnes⁵⁰.

⁴⁴ Loi n°2004-809 du 13 août 2004, modifiant l'article L.313-2 du CASF : « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L.313-12-4, les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'intervention du public* ».

⁴⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 : Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁴⁶ « *Bases juridiques des contrôles par les services déconcentrés dans les champs de la santé, du social, du médico-social, de la protection sociale, de l'emploi et de la formation professionnelle* ». Juillet 2004. JP Bastianelli, R. Cecchi-Tenerini, M. Lignot-Leloup, R. Linsolas, L. Tribot.

⁴⁷ L.313-13 et suivants du CASF

⁴⁸ L.331-1 et suivants du CASF

⁴⁹ Rapport IGAS précité.

⁵⁰ L.313-13 : l'Etat peut intervenir pour apprécier « *l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien-être physique ou moral des bénéficiaires* », dans le cadre du régime de contrôle de l'activité, les pouvoirs des IGAS

Au niveau des suites à apporter au contrôle :

« La loi n°2002-2 a créé un régime de contrôle de l'activité des services et établissements confié à l'autorité qui délivre l'autorisation. Le principe est que le pouvoir de fermeture du président du conseil général est limité aux cas d'exercice sans autorisation. En revanche, en cas de menace pour l'ordre public, le pouvoir de fermeture relève exclusivement du représentant de l'Etat dans le département (L 313-16, fondé sur la protection des personnes) ».

Mais « les injonctions prévues par l'article L 313-14 peuvent être prononcées par le président du conseil général en cas « d'infraction aux lois et règlements » au sens large et non pas seulement en cas de problème de fonctionnement, comme le voudrait la logique du contrôle de l'activité, la protection des personnes restant de la compétence du représentant de l'Etat ».

De surcroît, « la loi relative au handicap introduit une modification qui va bien au-delà d'un renforcement du pouvoir du président du conseil général en matière de contrôle de l'activité. Le nouvel article L 313-16 qui donne le pouvoir de fermeture au président du conseil général pour les établissements qu'il a autorisés prévoit, parmi les trois critères de déclenchement, un critère lié à la protection des personnes [...] (mais il ne dispose pas de tous les moyens de procédure nécessaires à une protection efficace des personnes : en cas d'urgence, il devra faire appel à des IASS et à des MISP pour le contrôle préalable à sa décision de fermeture) ». (id.)

La mise en œuvre du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en ESMS pose, très concrètement, nombre de questions déjà esquissées dans le rapport IGAS précité. L'ambiguïté sur la répartition des pouvoirs était d'ailleurs, dès avril 2002, déjà traduite par les circulaires qui suggéraient aux DDASS « d'inviter le président du conseil général » à participer aux instances à créer (groupement de coordination départemental - GCD -, comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables - CDPLM -).

Certaines questions sont stratégiques :

- l'Etat, dont le rôle d'opérateur se réduit, est-il légitime à contrôler les établissements relevant de la compétence exclusive du conseil général ? Sur ce point, les pratiques sont diverses dans les départements vus.
- Comment articuler la double compétence - préfet et président du conseil général - décidée par le législateur en matière de protection des personnes ? En 2005, les services s'interrogent sur les conséquences de la nouvelle disposition de la loi de février 2005 (mise en œuvre des pouvoirs de fermeture des établissements par le président du conseil général pour des motifs de protection des personnes).

D'autres questions se posent de façon récurrente :

- Quels sont les pouvoirs des agents de l'Etat et des agents du conseil général ? Compte tenu, sur le terrain, de la difficulté à séparer le contrôle de l'activité et la surveillance (au sens de protection des personnes), tous deux pouvant conduire à identifier des institutions

inspecteurs et les procédures étant d'ailleurs différents que dans le cadre de la surveillance du fonctionnement. Le L.313-13 et s. a donc un caractère hybride.

maltraitantes, cette distinction demeure-t-elle opportune ? En d'autres termes, peut-il exister un pouvoir de contrôle qui se limiterait à la gestion, sans se préoccuper de la qualité de l'accueil des personnes et donc des risques de maltraitance ? Dans les départements vus, les gestionnaires et les médecins des conseils généraux sont conscients de leur responsabilité vis à vis des personnes, au delà des aspects budgétaires. En l'absence de répartition claire des compétences entre les services de l'Etat et du conseil général, le contrôle conjoint est devenu une pratique courante, qui elle-même peut poser des problèmes de modalités pratiques, auxquelles des réponses différentes sont apportées selon les lieux (signature des lettres de mission, composition des équipes de missions, existence de rapports conjoints / disjoints...).

- Le risque existe aussi que des structures soient insuffisamment contrôlées par la collectivité territoriale. Les pratiques des conseils généraux sont là encore diverses, mais la période de mise en place des réformes a globalement limité la surveillance ou la présence de leurs agents en établissements (sauf sur des aspects très ciblés comme le calcul des groupes iso-ressources - GIR -). Que faire, pour les services de l'Etat, en cas de déficience du conseil général dans l'exercice de son contrôle d'activité, sachant que nombre d'établissements à risque (notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées) relève de la compétence de la collectivité territoriale ? A l'inverse, des services de conseil général peuvent être très actifs dans le contrôle de l'activité des établissements. L'identification de dysfonctionnements et de risques de maltraitance peut les amener à solliciter l'intervention des DDASS, au titre de la protection des personnes. Qui doit agir, intervenir, dans ce contexte d'interrogations sur les aspects juridiques et aussi de problèmes de moyens de certaines DDASS (notamment en terme de disponibilité des MISP, très sollicités) ?
- Que faire quand il faut apporter des suites sévères justifiées (fermeture)? La pratique, au moins dans les départements vus, est celle d'une grande prudence (décisions rares et toujours conjointes), en décalage avec les pouvoirs juridiques théoriques.

Enfin, il faut noter que la politique gérontologique de maintien à domicile place, en droit et en fait, comme on peut le constater sur le terrain, le conseil général en première ligne pour la lutte contre la maltraitance à domicile. Et c'est, bien sûr, aussi le cas dans le domaine de la protection de l'enfance, décentralisée depuis plus de 20 ans.

II. Une mise en œuvre inégale, mais des constantes dans les avancées et les faiblesses

2.1 Un pilotage départemental en cours de construction et hétérogène

2.1.1 Des instruments de pilotage diversement sollicités

Le pilotage de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et handicapées a été apprécié sur la base de quatre critères :

- la nomination d'un référent « maltraitance » ;
- la mise en place et les actions du GCD et surtout du CDPLM. Ces instances pluri-institutionnelles doivent piloter la politique locale, coordonner les actions, mettre en place la politique d'inspection, évaluer ;
- la mise en place d'un dispositif de gestion des crises, qui constitue l'aboutissement d'une politique bien coordonnée en amont ;
- la place accordée à la lutte contre la maltraitance dans les schémas.

Ces aspects portent l'accent surtout sur la capacité des institutions locales à s'emparer, de façon transversale, de la problématique maltraitance, et à lui donner une impulsion en utilisant les outils proposés.

Le dernier critère étudié concerne les actions systématiques de sensibilisation des établissements. Une stratégie concernant la prévention et la lutte contre la maltraitance dans les établissements ne peut se cantonner au seul niveau des organes de tutelle. Les établissements et leurs personnels, directement concernés, ne doivent pas rester tenus à l'écart ou seulement concernés par le mode inspection ; ils doivent être, en amont, sensibilisés et informés.

Au final, la revue de ces différents critères sur les cinq départements suscite trois constats principaux :

- le décalage entre les instructions nationales et les réalisations sur le terrain ;
- la sensibilisation assez générale des DDASS et des conseils généraux à la problématique de la maltraitance, mais une utilisation des instruments de pilotage et des initiatives « stratégiques » inégales selon les départements ;
- la difficulté à nommer le pilote au niveau départemental, dans le contexte signalé d'enchevêtrement des compétences. On peut donc aussi constater une tentative, implicite, de prise du rôle, soit par la DDASS, soit par le conseil général, selon les motivations et les ressources des uns et des autres.

2.1.1.1 Le référent « maltraitance », des conceptions variées de la fonction

Un référent « maltraitance » ou chargé de mission existe dans chaque DDASS, ou, dans un cas, auprès du Préfet.

Le premier constat de la mission est que, sans investissement de la direction sur le rôle, les attributions du référent, leur définition est laissée à l'appréciation de la personne mandatée. Cette caractéristique peut expliquer l'hétérogénéité des interprétations de la fonction : centrée seulement sur les plaintes et sur les contacts avec et les demandes de l'administration centrale, ou plus large, privilégiant l'impulsion des actions et la transversalité.

Le second constat est que l'engagement du référent, ses initiatives, la conception de son rôle, constituent un levier important de la mise en œuvre de la politique.

2.1.1.2 Le groupe de coordination départemental (GCD), mobilisateur à l'origine, s'est parfois enlisé ; le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables (CDPLM) est inexistant

Le GCD est, à l'origine, une instance tournée vers l'enfance en danger et les jeunes adultes. A ce titre, les établissements pour jeunes posant problèmes et pour jeunes handicapés en relèvent. Comme indiqué, la circulaire du 3 juillet 2001 étend l'action du GCD aux établissements accueillant des personnes vulnérables, mais la circulaire du 3 mai 2002 a demandé la création du CDPLM.

Dans les départements vus, le GCD a été installé en mars-avril 2001. Son fonctionnement a connu ensuite des fortunes diverses : dans deux cas la première réunion fut sans suite, dans trois départements, le GCD a mis en place une instance de concertation pour examiner les situations d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes en difficulté. Dans deux de ces départements, l'instance fonctionne toujours assez régulièrement et procède à des bilans intéressants⁵¹. Cette instance de concertation, qui travaille sur des cas individuels, n'est cependant pas un lieu de définition d'une stratégie départementale.

Un seul département, les Pyrénées Atlantiques, a mis en place en 2002 et surtout pérennisé un programme exhaustif et de fond⁵² (constitution d'un groupe ressources avec des établissements, formation-action et élaboration d'un guide de prévention, missions d'évaluation conjointe conseil général - protection judiciaire de la jeunesse - DDASS, lancement de la démarche de prévention dans les établissements), qui, axé d'abord sur l'enfance en danger, va s'étendre aux établissements accueillant des enfants handicapés.

L'existence du GCD et d'autres instances départementales, où les questions de maltraitance sont évoquées (comité départemental des retraités et des personnes âgées – CODERPA - par exemple), la lourdeur de fonctionnement des instances, l'ambiguïté des circulaires, la moindre pression nationale, la question de la légitimité du pilote expliquent le faible succès rencontré par le CDPLM. Ce comité a été créé dans un seul des départements vus, en avril 2003, et s'est réuni une fois.

2.1.1.3 L'absence de dispositif formel de gestion des crises

⁵¹ Les constats partagés par les deux départements sont : la difficile articulation avec le secteur psychiatrique et l'importance de l'orientation par défaut, faute de places en établissements, porteuse de risques de maltraitance.

⁵² Sous l'animation d'une chargée de mission placée auprès du préfet et avec l'accompagnement méthodologique du centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAHI).

L'absence de CDPLM explique en partie le fait qu'aucun dispositif formalisé de gestion des crises n'ait été mis en place dans les départements vus. Les crises sont gérées au cas par cas, dans l'urgence, par les services de l'Etat et du conseil général, en liaison ponctuelle avec la Justice. Elles sont le principal moment où le corps préfectoral et les élus sont sollicités sur la thématique maltraitance des personnes âgées et handicapées.

2.1.1.4 La maltraitance, une thématique progressivement investie par les schémas, notamment gérontologiques

L'évaluation de la part accordée à la lutte contre la maltraitance dans les schémas départementaux présente des difficultés : la plupart sont en cours d'élaboration ou devront être prochainement revus compte tenu de leur relative ancienneté, selon les nouvelles modalités.

De façon assez générale, les anciens schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ne semblent pas avoir intégré la problématique maltraitance et insistent prioritairement sur les aspects quantitatifs (offre de places). Aujourd'hui, la sensibilisation des acteurs publics laisse entrevoir des évolutions positives dans les schémas en cours de préparation, qui insisteront davantage sur les aspects qualitatifs de la prise en charge.

Au niveau régional, les outils de planification intègrent diversement la problématique de la maltraitance. Dès 1999, elle était abordée par le plan régional de santé en Ile de France. En Aquitaine, le projet d'action stratégique de l'Etat en région (PASED) fait de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et de la qualification des personnels, grâce à la valorisation des acquis de l'expérience (VAE), une priorité. Les schémas de formation des professions paramédicales et sociales sont un des leviers possibles ; par exemple en Aquitaine des modules de formation en santé publique ou en sciences humaines traitent de la question dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), dans les écoles de cadres et dans les écoles d'aides soignants (gestion de la maltraitance et de la violence en institution, déontologie, éthique des professions de santé).

Au niveau des schémas gérontologiques départementaux des avancées sensibles ont pu être observées, au moins dans certains départements, à partir d'une analyse sans concession de la situation existante.

Ainsi, en Gironde, le schéma 1996-2000 (non conjoint) fait émerger la problématique maltraitance à partir de l'accueil familial, dans un contexte de priorité accordée depuis longtemps par le conseil général à ce mode d'hébergement. Le schéma 2003-2007 (conjoint) s'appuie sur le bilan très mitigé du précédent, avec une orientation de protection des personnes en perte d'autonomie. Le diagnostic sur le dispositif de prise en charge en établissements est critique : *« une offre d'accueil hétérogène, des inégalités géographiques, la promotion de la qualité de vie encore peu affirmée, des conditions d'accueil et de prise en charge en établissements souvent inadaptées à l'accompagnement et l'accueil de personnes atteintes de démences type Alzheimer ou maladies apparentées, une connaissance qualitative de l'ensemble du dispositif encore imparfait, des adaptations difficiles à réaliser : des interrogations sur la capacité de certains établissements à rentrer dans la réforme, des questions autour du devenir des logements-foyers »*. Un des axes d'orientations est de favoriser la coordination des actions et des intervenants autour de la personne âgée ; une

proposition a pour objectif de mieux prévenir et de mieux répondre aux situations de maltraitance et détaille les dispositifs prévus⁵³.

Le schéma du département du Val d'Oise, en cours d'élaboration conjointe, témoigne d'une sensibilisation importante à la problématique maltraitance : un chapitre des constats est consacré à « *Des situations de vulnérabilité ou de maltraitance mieux repérées* », grâce à la mise en œuvre de l'APA à domicile et d'une démarche qualité dans les établissements, qui ont contribué à lever le silence. L'objectif du dispositif existant est non seulement de mieux évaluer et observer mais aussi de prévenir les situations en sensibilisant davantage les acteurs pour les aider à passer d'une position de « *maltraitance parfois par inadvertance* » à une attitude de « *bientraitance* », et de permettre aux professionnels d'être moins démunis face à ces situations en développant des réflexions thématiques.

2.1.1.5 La sensibilisation systématique des établissements et de leurs personnels : un levier majeur inégalement utilisé

Les circulaires nationales rappellent aux DDASS la nécessité d'informer les établissements. Cette information privilégie les aspects réglementaires et des modalités de contact individuel avec les établissements⁵⁴. Le CDPLM a bien été chargé d'« *élaborer un programme de sensibilisation, de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables, qui constituera un volet spécifique commun aux schémas départementaux des personnes âgées et des personnes handicapées, et de veiller à la mise en œuvre du programme et procéder à son évaluation* ».

Mais la mise en place des CDPLM a connu des vicissitudes, comme on a vu. S'agissant des DNO et du programme d'inspection, ils sont naturellement peu orientés vers ces aspects.

L'information systématique des établissements (lettre circulaire type) sur les aspects réglementaires est peu assurée. Il en est de même pour les actions de sensibilisation d'ampleur et les échanges, davantage susceptibles d'avoir des effets pratiques sur le fonctionnement des établissements.

Dans un département, les directeurs d'établissements pour enfants handicapés ont demandé une entrevue à la DDASS pour souhaiter davantage de transparence dans la politique de lutte contre la maltraitance et pour faire part de leurs difficultés.

⁵³ Pour ce faire, sont notamment prévus :

de mettre en place : un dispositif départemental coordonné de lutte, de prévention et traitement des maltraitances, s'appuyant sur un comité de pilotage, de coordination et d'évaluation associant les acteurs publics et institutionnels et notamment le système judiciaire ; une cellule inter institutionnelle de traitement et de suivi des signalements avec élaboration d'un guide commun ; des antennes territoriales, les CLIC... (pour le domicile) ; de sensibiliser les acteurs médico-sociaux aux problèmes de maltraitance par une plus grande information et meilleure formation de toutes les personnes en contact avec la population âgée.

⁵⁴ Circulaire du 3 juillet 2001 : « *Impulser dans chaque ESMS un plan d'information pour les enfants et parents (en liaison avec l'éducation nationale), ... Veiller à la pertinence des évaluations individuelles dans les rapports annuels d'activité des ESMS* » ; circulaire du 30 avril 2002 : « *la DDASS doit rappeler aux responsables des établissements la nécessité de contrôler les personnels recrutés... La DDASS doit informer les responsables des établissements sociaux et médico-sociaux des dispositions du code...* ».

A l'inverse, la DDASS de la Gironde a organisé en 2003, pour les établissements et les partenaires institutionnels, à partir du programme national nutrition santé (PNNS) et de la réforme de la tarification, une journée départementale d'information sur la nutrition des personnes âgées, voie d'entrée dans un des aspects de la maltraitance au quotidien. En 2004, la DDASS a organisé une campagne de mobilisation de l'ensemble des partenaires autour de la question de la prévention de la maltraitance des personnes âgées hébergées en institutions⁵⁵. Après une réunion d'information en janvier, furent mis en place 4 ateliers de travail⁵⁶, avec des professionnels, se réunissant régulièrement ensuite. En septembre, après l'ouverture du colloque par le Préfet, les différents groupes de travail ont présenté en séance plénière les outils, de réflexion et pratiques, qu'ils avaient élaborés ensemble⁵⁷. Des prolongements à ces travaux sont programmés : création d'un site interactif maltraitance sur le site de la DRASS et des DDASS d'Aquitaine, démarche conjointe avec l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) et trois de ses établissements, organisation d'un colloque sur la maltraitance des personnes handicapées en septembre 2005, partenariat avec l'association départementale des médecins coordinateurs...

Le conseil général du Val d'Oise a mis en place, à l'occasion de la création d'une plate-forme téléphonique et de la formalisation du circuit des plaintes concernant les personnes âgées en établissements, une démarche progressive. Elle s'est traduite par l'organisation d'un colloque, en 2004, destiné à sensibiliser les élus et les personnels du conseil général. Cette étape intermédiaire et utile peut constituer un préalable à une sensibilisation plus systématique des établissements.

Sur un plan général, les répercussions médiatiques d'évènements organisés par les pilotes constituent, par leur approche constructive, un contrepoids bienvenu à la médiatisation des « affaires ».

2.1.2 Les relations avec les conseils généraux : quotidiennes et peu formalisées

Les relations entre les DDASS et les conseils généraux sont, dans les cinq départements visités, généralement considérées par les partenaires comme bonnes, ce qui n'exclut pas des divergences sur certains dossiers. Les relations entre les services sont fréquentes, voire quotidiennes (échange de fax, par exemple sur les plaintes). Les contacts directs entre les agents sont réguliers, souvent facilités par la proximité des locaux. De nombreux lieux pluri-institutionnels de rencontre et d'échanges existent, où la problématique maltraitance peut être abordée (préparation des schémas, comité départemental des retraités et des personnes âgées - CODERPA -, comité départemental consultatif des personnes handicapés - CDCPH -...). Des instances, groupes de travail réunissant régulièrement les deux services ont été mis en place dans le cadre de la réforme du conventionnement des

⁵⁵ Plus de 200 professionnels des établissements médico-sociaux y participèrent, ainsi que des représentants des institutionnels.

⁵⁶ Atelier 1 : Les facteurs de risque de la maltraitance (avec les fiches d'auto-évaluation : établissement, personnel). Atelier 2 : Traitement institutionnel de la maltraitance (objectif : constituer un outil d'aide à la décision). Atelier 3 : De l'indifférence à la violence : les différents visages de la maltraitance. Atelier 4 : L'aide aux aidants (formations professionnelles, place et apports de la famille).

⁵⁷ Identification des différents facteurs de risque - liés à l'institution, liés à l'individu, personnel au contact de la personne âgée, personne âgée - a abouti à des outils de cotation et d'auto-évaluation (fiche facteur de risques, pour l'auto-évaluation de l'établissement, dans le cadre d'une démarche qualité ; fiche pour le médecin coordinateur concernant la personne âgée ; fiche d'auto-évaluation pour le personnel de l'établissement).

EHPAD, sous des appellations diverses (réunion mensuelle de suivi des dossiers communs, comité de pilotage de la réforme de la tarification), et dans le cadre du suivi et du traitement des plaintes.

Ces relations constantes sont encore très peu formalisées. Des projets sont en cours de construction mais encore non aboutis. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- le contexte de surcharge générale déjà signalé ; les réformes (APA, tarification, loi de 2002...) ont des calendriers à respecter et seront évalués par la population sur des résultats visibles. La problématique de la prévention et de la lutte contre la maltraitance est autre : l'accent peut difficilement être mis sur les résultats, il porte sur les moyens, déjà fort sollicités. La prévention et la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées est, de surcroît, une politique récente. Alors même qu'il reste encore à avancer sur ce plan pour l'enfance, domaine de compétence plus claire pour le conseil général (ASE) ;
- un positionnement complexe des agents des services des conseils généraux vis à vis de leurs collègues des DDASS, attachés territoriaux par rapport aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), médecins territoriaux par rapport aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) (ces personnels de l'Etat étant notamment assermentés et formés aux techniques de l'inspection et du contrôle) ;
- enfin, l'ambiguïté et la faible lisibilité des responsabilités respectives des deux principaux acteurs, déjà signalées.

2.1.3 La méconnaissance du milieu judiciaire

Les relations entre les DDASS et les Procureurs de la République ne sont pas régulières, elles se nouent ponctuellement, au cas par cas, au gré des affaires et elles ne font pas l'objet de protocoles dans les cinq départements vus. Dans certains, il n'y a même jamais eu de rencontre entre le Procureur et le DDASS. Dans un département, le Procureur, en place depuis plusieurs années, n'avait jamais été saisi par la DDASS de signalement.

Un autre constat est la méconnaissance, réciproque, du monde de la Justice et des Affaires sociales :

- La répartition des compétences entre l'Etat et le conseil général dans le secteur médico-social, la législation régissant ce secteur – qualifiée de « *complexe et illisible* » par un Procureur - sont mal connus du milieu judiciaire. Par ailleurs, les saisines du Procureur dans les affaires de maltraitance sont beaucoup plus souvent le fait des familles ou du personnel d'un établissement (souvent dans un contexte de litige employeur-employé) que des services de l'Etat, qui peuvent saisir tardivement, à l'issue d'une phase d'enquête administrative.
- Pour les services des affaires sociales, le fonctionnement de la justice est obscur : absence d'informations sur les suites, incompréhension des décisions de classements sans suite, des interventions en établissements de la gendarmerie ou de la police... Sur le fond, les dispositions du code pénal et du code de procédure pénale, susceptibles d'avoir des effets sur le traitement d'une situation, sont mal connues (pas de légalité des poursuites en cas d'infraction, nécessité de réunion de preuves, difficultés à caractériser et qualifier certains actes...).

Cette méconnaissance retentit sur les résultats de la lutte contre la maltraitance et l'articulation difficile entre les procédures administratives et les procédures judiciaires (cf. *infra*, les sanctions).

2.2 La prévention, des outils pertinents diversement investis

2.2.1 Des procédures insuffisamment utilisées⁵⁸

2.2.1.1 Les demandes d'autorisation⁵⁹ : un instrument efficace de prévention encore inégalement sollicité

- Le contenu des dossiers : des pièces essentielles pour la prévention

La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée explicitement dans les textes, et les procédures d'autorisation relèvent encore largement d'une approche comptable et financière.

Mais la présentation du dossier de demande d'autorisation en comité régional de l'organisation sanitaire et médioc-sociale - CROSMS - et la visite de conformité avant l'ouverture de l'établissement peuvent permettre de vérifier en amont si les conditions objectives de prévention des risques de maltraitance sont bien remplies par les promoteurs du projet. En sus des documents quantitatifs et financiers, le dossier de demande d'autorisation comporte des pièces essentielles⁶⁰ à un examen par les DDASS de la capacité de l'établissement à concevoir et à mettre en place des dispositifs de prévention de la maltraitance.

La DRASS d'Aquitaine a rappelé en janvier 2003 une note d'information⁶¹ du ministère concernant la présentation des rapports devant le CROSMS. L'approche - budget, effectifs, adéquation globale des besoins à l'offre -, ne permettant pas d'apprécier la qualité de la prise en charge des résidants a conduit la DRASS à mettre en place des groupes de travail pour améliorer l'examen de ces aspects lors de l'instruction et le rendre aussi exigeant au regard de la lutte contre la maltraitance que sur les questions financières et comptables. La manifestation d'une grande vigilance des DDASS sur la priorité accordée à la lutte contre la maltraitance a également une vertu pédagogique vis à vis des établissements qui, à leur tour, sont invités à faire preuve de la même vigilance dans leur fonctionnement.

⁵⁸ La nomination des directeurs par l'autorité compétente de l'Etat (article L.315-9 du CASF) et l'entretien d'évaluation annuelle sont des procédures qui peuvent permettre de faire le point sur les pratiques que conduit ou que souhaite conduire le directeur dans l'établissement. Cette démarche peut être intéressante dans les départements où les établissements publics sont nombreux.

⁵⁹ La loi du 2 janvier 2002 a fixé les règles : articles L. 131-1 et suivants du CASF.

⁶⁰ L'énoncé des dispositifs propres à garantir le droit des usagers, une note décrivant le projet architectural, un dossier relatif au personnel...

⁶¹ Note d'information DAS n°96-190 du 13 mars 1996 relative aux modalités de présentation des projets de création, d'extension et de transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux devant les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale.

Les DDASS demandent aux promoteurs des garanties sur la qualité des prestations qui seront dispensées dans l'établissement. Plusieurs points examinés par le MISP à l'occasion du passage du projet en CROSMS, sur lesquels un avis est formulé, peuvent concerner des aspects concrets de prévention : par exemple, le projet de vie, l'avant-projet de soins, la prise en charge spécifique pour les malades atteints d'Alzheimer.

Mais des outils potentiels de prévention de la maltraitance restent peu utilisés. Ainsi, en complément du *curriculum vitae* du directeur, les DDASS vues ne demandent pas d'extrait de casier judiciaire. Plusieurs raisons sont invoquées par les inspecteurs : ils ne se sentent pas autorisés à faire cette demande qui risquerait d'être perçue comme vexatoire. De plus son assise juridique leur semble faible, cette obligation n'étant pas mentionnée dans le CASF mais seulement dans une circulaire, qui ne précise d'ailleurs pas si elle s'applique au directeur général d'un établissement à sites multiples ou au responsable de fait de chacun des sites de la structure juridique qui a sollicité l'autorisation.

- Le risque de maltraitance peut fonder un avis négatif du CROSMS

Après examen du dossier, le CROSMS peut donner un avis négatif en cas de doute sur la qualité du projet de vie, sur les soins qui pourront être délivrés, la qualification des promoteurs et leurs antécédents professionnels ou l'inadaptation des choix architecturaux. Dans la pratique, seuls les manquements les plus graves sont retenus pour motiver un avis négatif.

En 2004, le CROSMS d'Aquitaine a rendu deux avis négatifs au motif que le projet de création d'un établissement EHPAD n'apportait pas de garanties suffisantes sur la qualité de la prise en charge des personnes.

- La visite de conformité : une étape supplémentaire dans le dépistage des risques

Après la délivrance de l'autorisation, la visite de conformité⁶² des lieux d'accueil avant leur ouverture peut également être une étape supplémentaire dans le circuit de dépistage des risques de maltraitance, plus certainement encore si elle peut s'appuyer sur un rapport et un avis du CROSMS étayés. Un dossier présenté par l'établissement accompagne la demande de visite ; les documents de la loi de janvier 2002 sont joints ainsi que le tableau des effectifs du personnel, l'état du personnel déjà recruté et le *curriculum vitae* du directeur. La visite des bâtiments achevés mais encore vides peut permettre de repérer en amont des risques liés à l'architecture extérieure et intérieure, de mettre en garde l'établissement et de suivre ces fragilités potentielles après son ouverture. Dans les Côtes d'Armor, une visite d'un nouvel établissement pour enfants handicapés a mis en lumière les dangers de l'équipement intérieur des salles de bain et a permis de demander des modifications avant l'arrivée des enfants.

2.2.1.2 *Le budget : une procédure trop exclusivement administrative*

Cette procédure se déroule sur dossiers dans la plupart des cas, les gestionnaires des DDASS et des conseils généraux ne se déplaçant pas dans l'établissement. Elle offre de

⁶² Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L.313-6 du CASF. La visite a lieu au plus tard 3 semaines avant l'ouverture de l'établissement.

nombreuses informations sur le fonctionnement de l'établissement pour repérer des risques de maltraitance, mesurer l'implication de l'établissement dans la mise en place des outils de prévention (sensibilisation et formation du personnel, vérification de la réalisation des livrets d'accueil) et aider les établissements dans les nouvelles pratiques qu'ils mettent en œuvre.

➤ L'opportunité d'une vigilance sur l'organisation d'un établissement

Le conseil général des Côtes d'Armor, dans le cadre de la procédure budgétaire des établissements, examine avec soin les plannings des établissements. Ce document est un bon outil pour apprécier le déploiement du personnel sur une journée et sur la totalité de la semaine, y compris les fins de semaine qui peuvent être des moments à risque en l'absence de personnel suffisant en nombre et en qualification. Les modalités d'arbitrage entre les intérêts du personnel et ceux des résidents sont un indicateur utile sur le mode de fonctionnement de l'établissement.

➤ L'appréciation de l'effort de formation

Par ailleurs, l'effort de formation entrepris directement par les établissements, qui s'appuie notamment sur les propositions des grandes fédérations⁶³, peut également être apprécié à travers la procédure budgétaire qui permet de vérifier l'importance que l'établissement accorde à cette action.

La DDASS peut ainsi inciter les établissements à un effort de formation par des aides financières spécifiques. Ainsi la DDASS des Côtes d'Armor a pu, avec l'aide du conseil régional, proposer aux établissements de provisionner les sommes nécessaires pour former un éducateur en 3 ans ou un moniteur en 2 ans en contrat d'apprentissage sans obligation de le recruter à l'issue de la formation. Le budget affecté à cette opération de formation est de 500.000 € pour 15 personnes sur 3 ans.

➤ Un instrument de suivi des inspections

Les DDASS s'appuient également sur la procédure budgétaire pour assurer le suivi d'une inspection maltraitance. A la suite de l'inspection d'une MAS qui s'est déroulée en 2004, une étude sur les moyens financiers mis à la disposition de l'établissement a permis d'établir que le coût à la place était inférieur au coût défini par le ministère. Un crédit supplémentaire a pu être obtenu par la DDASS dans le cadre de l'appel à projet national relatif aux établissements connaissant des difficultés structurelles⁶⁴.

➤ Les limites de la procédure budgétaire

La procédure budgétaire est un outil important dans la politique de lutte contre la maltraitance mais les gestionnaires des DDASS et des conseils généraux soulignent qu'ils se trouvent confrontés à l'ambivalence de leurs rôles vis à vis des établissements avec lesquels

⁶³ Par exemple, au niveau national, la FEHAP a proposé en 2005 une formation d'une journée « repérage et prévention de la maltraitance » dont l'objectif est de « permettre aux participants de pouvoir traiter le problème de la maltraitance dans ses différents aspects s'ils y sont confrontés et pouvoir réagir efficacement sur le plan pratique et juridique ». On peut aussi citer l'UNAPEI qui propose des formations sur place, dans les établissements. Ou encore, au niveau régional, l'URIOPSS de Bretagne qui a organisé en septembre 2005 une journée de rentrée sur la maltraitance avec 200 participants.

⁶⁴ Annexe 28 de la circulaire ONDAM MS PH n° 154 du 22 mars 2005.

ils négocient les enveloppes budgétaires. Les inspecteurs ont insisté sur les difficultés qu'ils rencontrent pour gérer leurs relations avec les établissements ; ceux-ci conditionnent souvent leurs actions contre la maltraitance à une augmentation de leurs moyens financiers. Dans le secteur des personnes handicapées, qui ne connaît pas de procédures contractuelles équivalentes aux conventionnements, la négociation peut être délicate pour la tutelle qui ne dispose pas d'instruments pour asseoir les engagements des deux parties.

2.2.2 Le conventionnement des EHPAD : un outil majeur et mobilisateur

La réforme du conventionnement prône une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs besoins : soins, habitat, restauration, autonomie... Elle repose sur des objectifs opérationnels, permettant de planifier cette démarche d'amélioration : avoir un projet de soins, un habitat, des personnels qualifiés... adaptés aux besoins des résidents. Elle s'appuie enfin sur une double démarche d'évaluation : l'auto-évaluation faite par les établissements, à partir de l'outil Angélique⁶⁵, et celle réalisée par les institutions contractantes financeurs.

2.2.2.1 Une démarche qualité affichée, au bilan positif pour la prévention de la maltraitance

Dans toutes les DDASS vues, le dossier de la réforme de la tarification a été confié à un contractuel de catégorie A rattaché au service des personnes âgées, dossier auquel participent, selon les étapes et les besoins de la procédure, les personnels permanents (services chargés du médico-social, MISP, service santé-environnement...).

Les apports de la démarche de conventionnement à la prévention de la maltraitance sont importants.

➤ En terme de méthode

La réforme a contribué au développement du travail en commun, en interne dans chaque DDASS, avec l'assurance maladie et surtout avec les services des conseils généraux. Cette approche pluri-institutionnelle et transversale est similaire à celle que nécessite la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, et bénéfique, compte tenu du caractère cloisonné des approches gestionnaires qui prévalaient (par exemple, examen séparé, dans les différentes institutions, des budgets des mêmes établissements).

Partout, au niveau départemental, a été mis en place une instance (comité de pilotage, comité stratégique et technique...), composée de représentants de la DDASS et du conseil général, se réunissant régulièrement, pour faire la revue approfondie des dossiers et le point sur le calendrier. Les différentes étapes de la procédure ont été définies conjointement. Des outils communs, de cadrage, de visite, ont été utilisés et souvent élaborés ensemble au préalable. Par exemple, dans le Val d'Oise, le conseil général a piloté la conception, avec les autres institutions et des représentants des établissements, d'un référentiel qualité pour l'auto-évaluation des établissements. La visite de pré-conventionnement, toujours réalisée par des équipes mixtes DDASS (assurance maladie) / conseil général, est suivie de l'élaboration de

⁶⁵ Guide d'accompagnement et outil d'auto-évaluation pour améliorer la qualité des soins en EHPAD.

documents qui, quelque soit leur forme, variée (relevé d'observations, rapports conjoints ou non), doivent aboutir à un diagnostic partagé.

➤ Une présence renforcée dans les établissements

La présence dans les établissements des services gestionnaires, tant de l'Etat que du conseil général, a été souvent délaissée ces dernières années, en raison des charges évoquées. Si la visite de pré-conventionnement est rapide - ½ journée à 1 journée -, elle a cependant permis aux gestionnaires de reprendre contact, physiquement, avec les établissements, leur direction, de visiter les locaux, les chambres des résidents, de donner, à force de comparaisons, des points de repères et des références, et de mieux connaître le tissu des établissements pour personnes âgées dans leur département.

➤ Une pédagogie de la qualité du service au résident

Le terme maltraitance n'est pas cité dans les différents outils proposés ; cependant les quatre thèmes abordés⁶⁶ dans Angélique participent de façon essentielle à la prévention de la maltraitance⁶⁷. L'auto-évaluation par les établissements eux-mêmes, puis la visite par les agents de l'Etat et du conseil général sont l'occasion de questionnements systématiques sur des *items* susceptibles d'influer sur les risques de maltraitance : la formation des personnels, le recueil des plaintes, le projet de vie, le fonctionnement du conseil de la vie sociale, la vie au quotidien (menus et restauration, nettoyage du linge, questions financières...). Compte tenu de la difficulté qu'éprouvent parfois les agents de l'Etat à aborder explicitement la question de la maltraitance, souvent « tabou » auprès des personnels des établissements, l'approche par la qualité du service aux résidents, plus positive, est mieux comprise.

➤ Des prolongements concrets en formation et en pédagogie

La maîtrise progressive de la réforme a permis aux services d'identifier des points de faiblesse ou des points de passage obligé et de mettre en place des actions susceptibles de corriger ou d'améliorer la situation.

Ainsi, dans le Finistère et en Gironde, les DDASS se sont investies sur la formation des médecins coordinateurs des établissements, en faisant intervenir ses MISP. Dans le Finistère, a été présenté le logiciel de l'assurance maladie PATHOS qui, à partir des pathologies, détermine les besoins en médicaments en évitant la « surmédication » dans une démarche de bientraitance.

Dans les Côtes d'Armor, les services du conseil général ont observé que la démarche d'auto-évaluation, intéressante dans son principe, pouvait cependant porter le risque de se transformer en auto-satisfaction, et qu'elle nécessitait la mise en place de mesures d'accompagnement pour aider les établissements à s'y investir complètement en y associant le personnel.

⁶⁶ Attentes et satisfaction des résidents et familles, réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins, l'établissement et son environnement, la démarche qualité.

⁶⁷ Nombre d'outils mis au point dans les services déconcentrés pour la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en établissements s'inspirent très largement d'Angélique.

Le conseil général a donc demandé, en septembre 2002, au centre de gestion d'aider les établissements à s'adapter aux évolutions législatives et aux orientations départementales et a proposé une aide financière aux établissements.

2.2.2.2 Une démarche à consolider

La mise en œuvre du conventionnement rencontre cependant certaines difficultés susceptibles de ralentir la prévention de la maltraitance.

➤ Les problèmes budgétaires

Certains départements commencent à connaître des difficultés à financer les établissements susceptibles de conventionner. Les crédits disponibles ne leur permettent pas d'assurer la mise en place des actions préconisées dans le projet de convention, actions qui, souvent, se traduisent par des effectifs à recruter dans les établissements pour assurer la qualité de la prise en charge. Le résultat en est le ralentissement ou le gel des signatures. La question peut devenir d'autant plus préoccupante que les conventions passées dans les premières années de la mise en place de la réforme ont concerné les établissements les plus avancés. Or, au fur et à mesure de la généralisation, objectif affiché, les DDASS et les conseils généraux travaillent avec des établissements de plus en plus éloignés des impératifs de qualité.

Les agents des DDASS, à la fois parties prenantes dans la réforme et dans l'inspection, peuvent donc se trouver dans la situation inconfortable précédemment signalé (cf. *supra* procédure budgétaire).

➤ La difficulté à recruter des médecins coordinateurs

Le médecin coordinateur, « *garant de l'organisation et de la continuité des soins* » (dans l'article 6 de la convention type de la région Bretagne), est un interlocuteur privilégié sur de nombreux facteurs de risques de maltraitance, évoqués lors de la première partie de la procédure de conventionnement. Or leur recrutement est parfois difficile.

C'est le cas notamment dans les Côtes d'Armor : dans 80% des cas le médecin coordinateur n'est pas encore effectivement recruté au moment de la signature de la convention, compte tenu des difficultés de recrutement dans certaines parties du département et faute de budget disponible. Dix-huit mois plus tard, lors de la visite de suivi du conventionnement, il arrive que les démarches entreprises par la direction de certains établissements soient restées infructueuses. Il est probable, compte tenu des caractéristiques de l'offre de soins libérale, que d'autres départements, notamment ruraux, sont ou seront confrontés à ce problème.

➤ Le conventionnement n'est pas une garantie absolue de qualité

Le conventionnement est une démarche d'amélioration permanente, un processus en continu, appréciés sur la durée. La convention ne peut donc être considérée comme un label de qualité qui atteste d'une prise en charge actuelle satisfaisante pour un résident.

Tous les départements vus ont eu des cas d'établissements conventionnés pour lesquels ont du être diligentés des inspections suite à des plaintes. Dans un établissement, la maltraitance était avérée. Dans un autre établissement conventionné qui venait de terminer sérieusement son auto évaluation la pharmacie dans l'infirmerie était ouverte à tous. Dans deux autres établissements, les plaintes étaient liées aux effets de l'absence de médecin coordinateur, plusieurs années après la signature des conventions. Quand un dossier de plaintes arrive alors que la procédure de conventionnement est en cours, une des DDASS arrête la procédure et se concentre d'abord sur la plainte. Mais dans une autre DDASS, l'arrivée d'une plainte accélère l'instruction du conventionnement, perçu comme la meilleure suite à donner à la plainte.

- Des aspects à approfondir dans la démarche, notamment le suivi des établissements conventionnés et l'écoute de l'utilisateur

La démarche de promotion de la qualité dans les établissements et de conventionnement doit donc s'accompagner d'une vigilance maintenue. Or le suivi des établissements est un aspect encore peu investi, la priorité étant donnée à l'instruction des nouveaux dossiers. De surcroît, la qualité et la lisibilité des documents, soit d'auto-évaluation, soit annuels, transmis par les établissements sont très variables, ce qui ne facilite pas le suivi.

S'agissant des outils, Angélique, utilisé pour l'auto-évaluation, mériterait d'être actualisé pour tenir compte des évolutions réglementaires intervenues depuis sa publication. Un levier, comme le respect de certains aspects de la réglementation du travail, susceptible de contribuer à l'amélioration de la qualité du service et à la prévention de la maltraitance, qui n'est pas intégré dans Angélique, n'est pas utilisé par les services. Par ailleurs, les *ratios* ont été délibérément rayés des outils proposés par la réforme, la mission Marthe estimant que la qualité du service ne s'apprécie pas seulement à travers des *ratios* de personnels mais aussi l'organisation et les caractéristiques de l'établissement. Il n'en demeure pas moins que les services instructeurs sont souvent perplexes et que, *de facto*, sont utilisés des *ratios* disparates.

Enfin, un point qui a paru particulièrement lacunaire dans la démarche est la faible part réservée à l'écoute des usagers et des personnels autres que de direction. Les entrevues, lors de la visite de pré-conventionnement, sont encore trop souvent limitées à la direction et à l'encadrement de l'établissement. La procédure d'auto-évaluation et ses limites, les opportunités qu'offre le déplacement à plusieurs sur un site, même pendant un temps limité, plaident pour qu'une attention plus soutenue soit accordée aux usagers et aux personnels de base de l'établissement lors des visites liées au conventionnement.

2.3 L'attention à l'expression des usagers

2.3.1 Un dispositif théorique complet

2.3.1.1 Un cadre national bien défini

De nombreuses dispositions récentes, de niveaux juridiques divers, ont pour objectif de permettre aux usagers de se faire mieux entendre des institutions, dans les relations quotidiennes ou dans des moments de difficultés.

On peut citer la loi de 2000 sur les relations entre les administrations et les administrés, et surtout la loi du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale dont le premier chapitre, section 2, consacré aux droits des usagers (L.311-3 et s.), rend compte de l'objectif prioritaire du législateur de « *garantir l'exercice effectif des droits [...] et notamment prévenir tout risque de maltraitance* ». A cet effet, les personnes accueillies en établissements doivent bénéficier d'un dispositif protecteur : remise d'un livret d'accueil, d'un contrat de séjour, possibilité de recourir à une personne qualifiée pour faire valoir ses droits, participation au fonctionnement de l'établissement, existence d'un projet d'établissement...

S'agissant des instructions données aux services dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables, elles privilégient également l'écoute et l'attention aux usagers. Ainsi la circulaire du 30 avril 2002⁶⁸ rappelle, en matière de signalement des situations de maltraitance, les obligations des établissements et des services déconcentrés de l'Etat. Ceux-ci, pour remplir leur mission de protection des personnes et de garants de la prise en charge des usagers, doivent d'ailleurs, dans la plupart des situations, diligenter une enquête administrative. Aussi la circulaire du 3 mai 2002 préconise-t-elle de se doter, en amont, d'un outil opérationnel, la cellule institutionnelle de traitement et de suivi des signalements, formation restreinte et technique du CDPLM. Elle rappelle aussi la nécessité de mettre au service des personnes vulnérables des personnes ressources (les personnes qualifiées de la loi de 2002). Enfin, elle incite les services à créer et développer des antennes d'appel et de recueil téléphonique des signalements de maltraitance. Cette priorité est d'ailleurs rappelée par la DNO pour 2005.

Au total, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance peut s'appuyer sur un dispositif complet, s'éloignant de l'approche tutélaire traditionnelle et accordant, pour initier les mécanismes de protection de l'utilisateur, une place centrale à son expression.

La mission a examiné les actions menées par les services dans le cadre des instructions de la politique de lutte contre la maltraitance, l'évaluation de la mise en œuvre de la loi de 2002 supposant une autre approche.

Ses constats la conduisent à conclure globalement que des améliorations substantielles doivent être apportées à la mise en œuvre du dispositif centré sur l'utilisateur.

2.3.1.2 *Le cheminement complexe des plaintes et des signalements*

L'émergence des plaintes, leur recueil, leur traitement sont, comme indiqué, au cœur de la lutte contre la maltraitance. Les confusions ont paru suffisamment fréquentes pour rappeler le sens et la portée des termes utilisés.

⁶⁸ Circulaire DGAS/SD2/ 2002/265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

Un des éléments importants de la distinction entre plainte et signalement est leur origine et leur destination. On se réfère évidemment ici à la plainte ayant un lien avec un acte avéré ou soupçonné de maltraitance.

La plainte est formulée par un usager ou un de ses proches et adressée à une autorité publique. Si l'usager s'adresse à la justice, la plainte est de nature judiciaire (« *porter plainte* »).

Le signalement d'actes soupçonnés ou avérés de maltraitance a pour origine un tiers (direction, personnel de l'établissement, autres personnes ayant connaissance⁶⁹ ...) et doit être adressé à la DDASS : c'est une obligation pour les ESMS de procéder à ce « *signalement administratif* ». Bien sûr, ce tiers a aussi obligation, en vertu du code de procédure pénale, de saisir la justice s'il estime que l'acte relève du code pénal : c'est un « *signalement judiciaire* ».

La plainte adressée à une autorité administrative (DDASS, direction départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes - DGCCRF -, conseil général...) est examinée au fond par la commission des plaintes ou par un service (on exclut le cas où l'autorité administrative ne s'occuperait pas de la plainte, alors qu'elle a une obligation légale d'agir).

La plainte ou le signalement administratif peuvent ensuite faire l'objet de plusieurs types de traitement (on examine les solutions à apporter en partant des cas *a priori* les plus graves) :

- l'acte relaté⁷⁰ semble susceptible de recevoir une qualification pénale ; l'autorité administrative saisie le porte à la connaissance de l'autorité judiciaire, il s'agit d'un « *signalement judiciaire* » ; dans ce cas, *a priori* grave, la DDASS doit informer l'administration centrale, par tous les moyens et sans délai (obligation d'alerte). Il y a donc également un « *signalement administratif* », à l'administration centrale cette fois ;
- l'acte ne semble pas susceptible de recevoir une qualification pénale ; néanmoins il semble justifié de le porter à la connaissance de l'administration centrale. Il y a donc un « *signalement administratif* » à l'administration centrale ;
- le dernier cas concerne les plaintes et les signalements administratifs de premier niveau qui, après examen, ne semblent justifier ni un « *signalement judiciaire* », ni un « *signalement administratif* » à l'administration centrale.

On peut donc avoir deux niveaux de « *signalements administratifs* » : celui de l'établissement à la DDASS, celui de la DDASS à l'administration centrale.

La question pratique permanente que posent aux DDASS les plaintes et les signalements des établissements est l'appréciation de la suite à leur apporter (à qui donner cette information : signaler à la Justice et/ou signaler à la DGAS, ou non ?). L'évaluation est une clef de la politique de lutte contre la maltraitance.

⁶⁹ La protection des médecins (article 226-14 du code pénal) et des personnels (article L 313-24 du CASF) qui sont conduits à signaler des actes de maltraitance a été renforcée par la loi de janvier 2002.

⁷⁰ L'acte ou les actes.

En amont, les usagers peuvent, selon les lieux, bénéficier d'une écoute téléphonique qui pose aussi, parmi d'autres questions, celle de l'évaluation de la situation et de l'articulation avec le signalement.

2.3.2 *La difficile mise en place d'un accueil téléphonique sur tout le territoire*

2.3.2.1 *Une multiplicité de numéros d'appel rendant le dispositif d'écoute peu lisible pour les usagers*

- La mise en place inachevée d'un dispositif d'écoute autour d'ALMA

La DGAS accompagne financièrement⁷¹ le développement des antennes d'ALMA qui couvrent environ la moitié du pays⁷² dans la perspective d'une présence sur tout le territoire national. Le réseau d'écoute des personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, repose sur le bénévolat qui limite les coûts de fonctionnement mais induit d'importantes contraintes⁷³. Les plages horaires d'écoute par antenne sont réduites à quelques heures par semaine qui sont réparties sur un ou deux jours ; toutefois la mise en place d'un système Audiotel⁷⁴ devrait permettre d'étendre les créneaux de réception des appels.

L'accueil téléphonique d'ALMA dans les départements est axé en priorité sur l'écoute des appelants qui ont besoin de parler de leur souffrance ou de témoigner de la souffrance d'un proche, qu'un lien soit ou non établi avec une situation de maltraitance soupçonnée ou avérée. L'écoute des personnes vise en priorité à les aider à réduire les situations conflictuelles, génératrices de souffrance voire de maltraitance. La prévention, la participation à la gestion des plaintes⁷⁵ et le signalement ne sont pas les missions principales d'ALMA qui intervient très rarement dans l'urgence. L'ouverture de l'accueil téléphonique aux personnes handicapées commence à être expérimentée dans quelques départements⁷⁶.

⁷¹ Les relations avec ALMA étaient historiquement de la compétence du bureau des personnes âgées. A partir de 2000, le bureau des personnes a pris le relais mais la gestion de la subvention est assurée par le bureau des personnes âgées. Les structures départementales d'écoute d'ALMA sont subventionnées par les DDASS à hauteur d'environ 3.000 € par an. En 2006, une convention entre ALMA et la DGAS devrait être signée pour 3 ans. ALMA demande un doublement de la subvention et a déposé une demande de reconnaissance d'utilité publique.

⁷² La carte distingue 3 types de départements : ceux qui ont une antenne active (environ 60 à la fin de 2005), ceux dont l'antenne est en cours de création et ceux où ALMA n'est pas représenté. L'ouverture d'une ligne téléphonique, une organisation achevée et une participation au conseil d'administration d'ALMA France définissent les critères d'activité. Le nombre d'appels n'est pris en compte. La création d'une nouvelle antenne nécessite un travail d'environ un an à un an et demi. Une dizaine d'antennes sont créées par an. Il s'agit toujours d'une initiative locale liée à un CLIC, un conseil général, un CODERPA, voire d'une initiative individuelle.

⁷³ L'association ne donne pas de date pour la couverture de la France, faute de moyens (ALMA France juge le nombre de ses permanents au niveau du siège, 3,5 postes, très insuffisant).

⁷⁴ Le numéro Audiotel coûte 34 centimes d'euros la minute, pour des appels qui n'excèdent pas trois minutes (rappel de l'appelant, renvoi vers une antenne locale).

⁷⁵ Quelques antennes d'ALMA (Brest, Marseille, Montpellier) ont cependant participé aux commissions départementales des plaintes prévues par la circulaire du 3 mai 2002.

⁷⁶ Il existe actuellement 6 antennes handicap dont l'Isère (depuis mai 2005), la Lozère et la Meurthe et Moselle. Onze départements devraient être couverts à la fin de 2005. Aucune statistique n'est encore disponible sur l'activité de ces antennes.

Les antennes locales des départements vus par la mission reçoivent un nombre d'appels faible, de l'ordre de quelques unités en moyenne par semaine. Leurs liens, en dehors du versement de la subvention, avec les DDASS, les conseils généraux et les procureurs sont réduits. Dans un des départements, ALMA n'a transmis aucun dossier de maltraitance à la DDASS alors qu'elle a reçu 90 appels concernant des situations de maltraitance en 2003 et 66 en 2004. Dans le même département, le Procureur n'avait pas eu connaissance des activités de l'antenne d'ALMA.

- La mise en place d'une plate forme régionale et professionnelle d'écoute en Ile de France avec le soutien de la DRASSIF

En Ile de France, la dimension régionale de l'expérience permet de financer des plages horaires d'écoute plus larges, réparties sur toute la semaine et de professionnaliser les écoutants. Le traitement des situations individuelles, qui nécessitent un travail de proximité, reste géré, comme dans le cas d'ALMA, au niveau départemental.

L'expérience en cours ne se substitue pas aux activités des antennes départementales d'ALMA, quand elles existent. Les modalités d'une nécessaire coordination entre les deux types de dispositifs (niveau régional, avec des personnels rémunérés, pour le traitement des appels *versus* niveau départemental, avec du personnel non rémunéré, pour le traitement des situations des appelants) ne sont pas établies.

- Le SNATEM peut recueillir les appels concernant les enfants handicapés

Le SNATEM a une compétence qui s'étend à tous les enfants qu'ils soient en famille ou en institution, qu'ils soient handicapés ou non⁷⁷. Compte tenu de son coût, l'extension du SNATEM aux personnes âgées et aux adultes handicapés n'est pas actuellement envisagée par la DGAS.

- L'expérimentation par la DGAS d'un numéro national avec le centre interministériel de renseignements administratifs (CIRA).

Entre mars 2004 et mars 2005, une expérience de gestion des appels par le CIRA a été menée dans cinq départements⁷⁸. Le schéma d'accueil téléphonique expérimenté pour les personnes victimes ou témoins de maltraitance s'est appuyé sur une convention avec le CIRA. Ce dispositif reposait sur une gestion des appels en trois temps : le CIRA orientait les appels⁷⁹ liés à la maltraitance vers les écoutants spécialisés⁸⁰ qui, à leur tour, transmettaient aux autorités administratives ou judiciaires les dossiers qui le nécessitaient. Cette expérience n'a pas été poursuivie dans l'attente des décisions qui doivent être prises en ce qui concerne la téléphonie d'écoute des personnes vulnérables.

L'APF qui a une écoute téléphonique interne et généraliste (quelques milliers d'appels par an dont quelques uns seulement sur des cas de maltraitance) est favorable à cette extension du champ de compétence d'écoute maltraitance d'ALMA, extérieure au monde associatif handicapé.

⁷⁷ Les bilans de l'activité du SNATEM ne permettent pas de distinguer les appels des enfants handicapés.

⁷⁸ Seine-Maritime, Eure, Eure-et-Loire, Indre-et-Loire, Loiret. L'expérience poursuivait trois objectifs : assurer un accueil téléphonique sur l'ensemble du territoire ; élaborer des outils de prise en charge des appels et étudier les questions relatives à la transmission sécurisée des données sensibles sur des personnes.

⁷⁹ Le numéro 0821 08 09 01 a été diffusé par une brochure du secrétariat d'Etat aux personnes âgées « *Lignes de vie, lignes de conduite* » ; il était facturé 0,12 € la minute.

⁸⁰ ALMA a joué ce rôle dans 4 des 5 départements.

- Les numéros d'appel des conseils généraux et des associations têtes de réseaux se multiplient

En dépit des craintes exprimées dans un département visité quant au risque d'un afflux de plaintes qu'il deviendrait difficile de traiter, de nombreux conseils généraux ont mis en place des numéros d'appel à larges compétences pour les personnes âgées ou plus directement ciblés sur la maltraitance. Des associations nationales gestionnaires⁸¹ du secteur des personnes handicapées ont fait de même.

2.3.2.2 *L'adéquation entre les besoins des usagers et les dispositifs mis en place est incertaine*

- **Des dispositifs d'écoute non évalués⁸²**

L'objectif de la mise en place d'une écoute téléphonique pour les victimes de maltraitance sur l'ensemble du territoire n'est pas atteint ; les divers dispositifs demeurent partiels et l'absence de coordination entre eux ne favorisent pas un accès simple à un numéro de téléphone pour toutes les personnes dépendantes et leurs proches.

La mise en place de systèmes d'écoute directement liés aux structures gestionnaires ou à celles qui assurent les financements pose la question du respect de l'anonymat de l'appelant et de la bonne distance à établir entre l'écouter et le plaignant. La confusion des rôles ou une trop grande proximité risque d'entraver la liberté d'expression des personnes qui est un des principaux axes de la lutte contre la maltraitance.

La DGAS qui avait programmé en 2005 une évaluation de l'expérience de l'accueil téléphonique menée avec le CIRA a dû la reporter à 2006 tout en l'élargissant à l'ensemble de la téléphonie en faveur des personnes âgées. Cette étude est un préalable à tout choix définitif sur ce sujet stratégique.

- Une réflexion insuffisante sur le contenu des missions des dispositifs d'écoute

Les besoins des populations dépendantes en matière d'écoute, d'assistance téléphonique et d'aide au signalement sont mal connus tant des DDASS que des fédérations gestionnaires. Le nombre d'appels reçus par les différents numéros en activité progresse certes d'une année sur l'autre mais sans qu'il soit possible d'établir des prévisions fiables d'évolution ni d'en comprendre précisément le sens.

La distinction n'est pas suffisamment établie et étayée entre l'écoute psychologique individualisée qui est la tâche principale des écoutants des différents systèmes mis en place et le signalement de situations de maltraitance qui est une préoccupation forte de la DGAS. L'écoute psychologique des plaintes, le conseil et l'aide apportés aux personnes dépendantes

⁸¹ Cf. note sur APF *supra*

⁸² Sous réserve de la comparaison financière entre le coût du réseau ALMA et celui de la plate forme d'Ile de France, réalisée par la Cour des comptes : « En 2003, le coût global du réseau ALMA pour 39 antennes, était estimé à 310.000 €, le budget prévisionnel de fonctionnement de la plate forme Ile de France en 2004, 468.683 € ». Rapport au Président de la République, « les personnes âgées dépendantes », novembre 2005).

et à leur famille ne relèvent que très exceptionnellement de l'urgence du point de vue de l'écouter, c'est à dire susceptible de poursuites pénales.

Au sens des écoutes téléphoniques, la maltraitance s'entend très largement et inclut pleinement l'expression du mal être des personnes dépendantes et de leur entourage.

La mise en place des listes départementales de personnes qualifiées⁸³ n'a pas été réalisée, au moins dans les départements vus. L'intervention de ces personnes auprès des résidents en établissement devrait dessiner une nouvelle voie d'accès à la parole et à une écoute pour les usagers qui n'est pas prise en compte dans les réflexions sur les missions des dispositifs d'écoute.

2.3.3 Les plaintes des personnes âgées : des procédures pas toujours formalisées, ne faisant toutefois pas obstacle au traitement sérieux de problématiques complexes

Sur un plan général, les travaux du groupe de travail « traitement des plaintes » à la DRASS Ile de France mettaient en évidence la grande hétérogénéité des procédures et modes de traitement des plaintes.

Dans les départements vus par la mission, certains, comme la Gironde et le Val d'Oise, sont très mobilisés par la gestion des plaintes des personnes âgées. Malgré la diversité des modes de fonctionnement de ces cinq départements, le traitement des plaintes, sur le fond, est apparu, généralement assez approprié, alors même que la complexité des plaintes rend le traitement difficile.

2.3.3.1 Des procédures encore insuffisamment formalisées et des outils de suivi hétéroclites

Comme indiqué, l'existence d'une procédure écrite, décrivant le cheminement, les outils d'accompagnement de la gestion des plaintes, n'est pas encore inscrite dans toutes les pratiques.

La mission a ainsi pu constater :

- des incertitudes sur la prise en compte des appels téléphoniques ; en général, une confirmation écrite est demandée à l'appelant ;
- des incertitudes sur le lieu – au sein de la DDASS – où doivent être regroupées les lettres de plaintes ;
- l'absence d'envoi systématique d'un accusé de réception au plaignant ou d'une lettre d'attente, lors de la réception de la plainte, et, quand elle a été examinée, des suites qui lui ont été données ;
- des modalités variables de transmissions au conseil général (les copies de courriers et fiches de liaison peuvent être remplacées par l'information verbale, sans trace) ;
- une information des services gestionnaires de la DDASS (susceptibles d'être intéressés de par leurs missions ou d'avoir des informations sur l'établissement) de qualité inégale.

⁸³ Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée aidant l'utilisateur à faire valoir ses droits.

Pour les départements les plus avancés, la formalisation des procédures est lourde à gérer, « *chronophage* ». La comparaison avec les services fonctionnant de façon informelle confirme cependant la nécessité de cet investissement initial, gage de meilleures efficacité et pertinence des actions menées en aval.

Un autre constat porte sur les outils, quand ils existent : fiches (de liaison, de saisie de la plainte), tableaux excel de recensement et de suivi. Ils sont souvent élaborés à l'initiative d'un agent, qui se sent investi du dossier. Cet aspect positif est cependant contrebalancé par une certaine hétérogénéité des outils qui peuvent être utilisés au sein d'une même DDASS et/ou dans ses relations avec le conseil général : les services personnes âgées et personnes handicapées peuvent ainsi avoir des modèles différents ; la DDASS et le conseil général peuvent avoir chacun, pour la même question, leur outil spécifique (tableau de suivi des dossiers examinés en commission des plaintes). Les outils (notamment les tableaux excel) sont aussi souvent davantage conçus en vue d'une utilisation immédiate (rendre compte des décisions prises sur tel dossier) que dans une vision plus large de pilotage et d'évaluation des actions menées (exemple : impossibilité d'exploiter les nombreuses informations des tableaux par des tris). Enfin, cette multiplication des outils locaux hétérogènes, sur une problématique identique partout, nuit à l'efficacité et à la transparence.

2.3.3.2 *Un traitement sur le fond sérieux : pré-évaluation et commission des plaintes*

Le traitement au fond du dossier débute par une première évaluation, pré-enquête, faite en interne - auprès des inspecteurs gestionnaires, des MISP -, et/ou auprès du conseil général. Cette étape permet notamment d'identifier si la plainte suppose un traitement urgent et une intervention rapide dans l'établissement. La présomption de situations graves et urgentes est très minoritaire. Les services interviennent alors vite (dans le ou les jours qui suivent), en diligentant une mission DDASS ou une mission conjointe DDASS- conseil général dans l'établissement.

Dans les cas, très majoritaires, considérés comme non urgents, la plainte est destinée à être examinée par la « *commission des plaintes* », quand elle existe, i.e. dans trois des cinq départements vus. En cas d'absence de commission, l'instruction est faite en interne à la DDASS.

Cette commission est la forme qu'a prise la cellule institutionnelle de traitement et de suivi des signalements, préconisée par les instructions ministérielles qui en faisaient une formation restreinte et technique du CDPLM. L'absence de CDPLM n'a pas fait obstacle à la mise en place de cette commission, cellule très opérationnelle, qui se réunit en général une fois par mois. Le lieu de la réunion et la tenue du procès-verbal constituent, accessoirement, des indicateurs significatifs du positionnement respectif de la DDASS et du conseil général sur le « *pilotage* » de la politique de lutte contre la maltraitance. Les décisions prises par la commission sont fondées sur une intervention graduée en fonction du degré de gravité présumée : hors les cas d'urgence, les demandes écrites d'explication au directeur de l'établissement sont le premier mode de traitement, puis les visites conjointes et les inspections, principalement par les services de l'Etat (cf. *infra*). Une convocation à la DDASS du directeur peut également être prévue.

2.3.3.3 *L'analyse qualitative des plaintes rend compte de leur hétérogénéité et des problèmes de définition*

Le nombre de plaintes reçues par des départements comme la Gironde et le Val d'Oise est environ d'une centaine par an. La montée en puissance des commissions des plaintes ne permet pas une analyse quantitative pertinente dans le temps.

En revanche, les analyses qualitatives apportent des éclairages sur la nature des plaintes.

Ainsi, l'observatoire départemental de la maltraitance des personnes âgées du Val d'Oise⁸⁴ a recensé, pour sa première année de fonctionnement en 2004, 165 situations signalées (domicile et établissements). Les intervenants professionnels sont majoritaires pour le signalement des situations à domicile, les enfants le sont pour celles en établissements. Sur l'ensemble des signalements reçus, près de la moitié portent sur une situation en établissement. La majorité de ces signalements concerne les conditions globales de prise en charge (répertoriées sous « *négligence passive* ») et non un professionnel agissant seul, le second motif porte sur les « *violences financières et matérielles* ». La majorité des situations a eu pour cadre un EHPAD ou une maison de retraite. Il s'agit le plus souvent d'établissements privés, associatifs conventionnés ou à but lucratif. Les structures publiques et/ou hospitalières sont moins concernées. Des situations de maltraitance ont également été signalées dans des établissements signataires de la convention tripartite et des établissements dont la capacité d'accueil est inférieure à 70 places. Les suites données sont, par ordre d'importance, le suivi de l'établissement, le rappel à la loi, la saisine de la DDCCRF, le changement d'établissement, la protection juridique, le suivi social, un travail de fond en psychothérapie. Le rapport conclut à la nécessité d'être vigilant sur le suivi des établissements conventionnés et sur les petites structures.

En Gironde, l'analyse des plaintes montre que souvent une plainte porte sur plusieurs aspects ou l'ensemble du fonctionnement de l'établissement. Parfois peuvent être identifiées des plaintes portant sur des points précis, aspects administratifs ou financiers (contrat, CPAM, facturation), mise en cause du personnel de l'établissement, soins, repas, hygiène, inconfort (problème de chambre, de chauffage, d'électricité...). Les plaintes signalant des cas « graves » (chutes, décès...) sont rares.

L'analyse qualitative des plaintes conduit à s'interroger sur le sens des mots et les difficultés de mise en œuvre opérationnelle de la lutte contre la maltraitance (cf. *supra*, les problèmes de définition et, *infra*, de signalements). A côté d'un « *noyau dur* » et très minoritaire - les situations susceptibles de relever d'une qualification pénale -, et, à l'autre extrême, de plaintes rendant compte d'un inconfort par rapport à une situation difficile à vivre (changement par rapport aux habitudes de vie antérieures : heures des repas...), les plaintes renvoient souvent à de mauvaises pratiques, des problèmes de formation, d'adéquation des placements, de taille des établissements, pour résumer des problèmes d'organisation et/ou de coûts.

⁸⁴ Mis en place par le conseil général en 2004, en même temps qu'un circuit de signalement sur l'ensemble du département (domicile et établissements). La taille de l'échantillon amène à considérer avec prudence les résultats.

2.3.4 Une très insuffisante attention à l'expression des personnes handicapées

Dans les départements vus, la prise en compte des plaintes des personnes handicapées se caractérise par des constantes :

- la procédure de réception, de traitement des plaintes est assurée par le service qui gère les établissements pour personnes handicapées à la DDASS ;
- la commission des plaintes DDASS-conseil général, quand elle existe, ne traite pas ces plaintes ;
- des échanges, peu formalisés, avec le conseil général ont lieu cependant, selon le type d'établissement concerné ;
- les suites données aux plaintes des personnes handicapées rejoignent celles données à celles des personnes âgées (visite de l'établissement par le service gestionnaire ; inspection diligente rapidement en cas d'urgence présumée ; inspection programmée).

Il y a peu d'outils de mesure et de suivi des plaintes. Ce constat s'explique par le fait qu'un seul service a la main sur la question et que le nombre de plaintes est généralement estimé faible (quelques unités annuelles⁸⁵). Alors même que, selon tous les services, des cas de maltraitance existent, dont certains parfois très graves.

Le secteur des établissements pour personnes handicapées connaît donc une situation paradoxale :

- le secteur n'est pas estimé à l'abri de risques de maltraitance, même si certains des intervenants (les éducateurs) sont mieux formés que dans le secteur des personnes âgées ;
- le positionnement parfois difficile des parents, membres et/ou acteurs du milieu associatif gestionnaire, ce qui peut rendre l'expression de la plainte plus difficile, est reconnu ;
- malgré ces constats partagés, le secteur du handicap se caractérise par la faiblesse de la réflexion institutionnelle sur les moyens de faire émerger la parole des personnes handicapées et/ou de leurs représentants, moyens qui, en outre, peuvent nécessiter des adaptations en raison de certains handicaps.

Dans ce paysage à construire, quelques avancées ont cependant pu être repérées, à l'initiative d'établissements ou de fédérations motivés.

2.3.5 Des personnes "ressources" qualifiées non nommées

Dans aucun des départements vus⁸⁶ n'a été établie la liste des personnes qualifiées, que la DDASS doit établir avec le président du conseil général, liste pourtant attendue par les directeurs d'établissements les plus attentifs.

Les raisons avancées pour expliquer cette lacune portent sur des aspects très pratiques : indemnisation, durée de la fonction, profil, forme de l'acte de nomination... Il est vraisemblable que la construction, parfois laborieuse, avec le conseil général des dispositifs de gestion des plaintes des personnes âgées, et la gestion de ces plaintes, déjà mobilisateurs en moyens, aient relégué au second plan une question qui posait elle-même des difficultés pratiques pour un gain opérationnel difficile à évaluer. Il est cependant certain que la présence

⁸⁵ Le poids quantitatif du secteur est très inférieur à celui des personnes âgées (nombre de places en établissements).

⁸⁶ Un des départements ignorait même ce point de la législation.

d'un tiers compétent peut constituer un atout intéressant, tant pour les usagers que pour les institutions parties prenantes.

2.3.6 *Les signalements administratifs : une gestion délicate*

2.3.6.1 *Des signalements des établissements aux DDASS pour les cas les plus lourds*

Le vocabulaire nourrit pour tous les acteurs une confusion entre les signalements à la DDASS et à l'administration centrale d'une part et les signalements judiciaires d'autre part (cf. *supra*).

L'obligation du signalement administratif des actes ou des soupçons d'acte de maltraitance en établissements concerne, comme on l'a vu, aussi bien les DDASS que les établissements eux mêmes⁸⁷.

Dans les services déconcentrés, les signalements de cas de maltraitance par les établissements, par les personnels ou des tiers sont peu ou mal distingués des plaintes des usagers. Lorsqu'une distinction est faite entre plainte et signalement, elle porte plutôt sur le contenu de l'information reçue, notamment son degré d'urgence et de gravité⁸⁸, que sur sa source.

Le diagnostic qui était dressé en 2000⁸⁹ demeure largement exact : les établissements n'informent les DDASS que des cas les plus lourds de maltraitance qui, très fréquemment, font parallèlement l'objet d'un signalement judiciaire. Dans ce cas, la DDASS reçoit le plus souvent une copie du signalement judiciaire qui vaut signalement administratif. En pratique, les signalements administratifs recouvrent largement les actes les plus graves de maltraitance, c'est à dire ceux dont la justice a également à connaître.

2.3.6.2 *Des interrogations et des réticences des DDASS à signaler à l'administration centrale*

En ce qui concerne les signalements les plus graves de maltraitance, les DDASS ont une obligation d'alerte immédiate, par tous moyens, de l'administration centrale. Souvent les premières informations qui sont données par les DDASS ne correspondent pas à celles qui sont souhaitées par l'administration centrale qui sollicite fréquemment des compléments d'information en urgence. Un signalement déclenche des demandes d'information de

⁸⁷ La circulaire 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales précise les obligations des DDASS.

La DNO pour 2005 rappelle que dans le cadre d'une vigilance et d'une efficacité renforcées dans le traitement des signalements, il convient de sensibiliser les établissements aux obligations auxquelles ils sont soumis en cas de survenue d'un cas de maltraitance.

⁸⁸ D'après l'observation des pratiques faites par les missions, la notion de gravité correspond aux actes de violence active et aux actes de violence passive ou de négligence qui ont des conséquences négatives sur la santé ou menacent la vie.

⁸⁹ « *Les violences quotidiennes constituées d'abus et de négligences moindres, de pratiques professionnelles inadaptées ne sont pas encore ressenties et analysées comme des violences avérées et signalées à ce titre aux autorités de tutelle* ». Michèle Créoff, revue ADSP n°31, juin 2000

l'administration centrale et, le cas échéant, des cabinets qui ne sont pas nécessairement comprises par les DDASS. La centralisation des signalements des actes les plus graves de maltraitance au niveau national peut compliquer la tâche des services déconcentrés qui est d'y mettre fin dans l'intérêt des usagers.

En cas de crise, quand la presse s'intéresse au dossier, le circuit de l'information DDASS- Préfet-administration centrale devient primordial. Dans les départements vus, aucun protocole particulier n'a été arrêté.

2.4 La fonction d'inspection dans la lutte contre la maltraitance : une forte mobilisation des services, mais aussi des difficultés

2.4.1 Une construction progressive des supports de la fonction d'inspection

2.4.1.1 Les exigences d'une mission transversale : l'articulation gestion / inspection et les modalités de fonctionnement interne

L'ensemble des fonctions à assumer par les DDASS sont regroupées en pôles, le plus souvent trois (santé, social, ressources), mais parfois le découpage est plus affiné. L'accent mis par les directives nationales sur la fonction inspection et la lutte contre la maltraitance s'est traduit par deux modes organisationnels dans les DDASS visitées.

Seule une DDASS, la Gironde, a créé une cellule d'inspection, au sein de son pôle médico-social, dotée de personnels⁹⁰ et orientée essentiellement, en raison de la montée des plaintes en provenant, vers les établissements pour personnes âgées. La formule est, dans ce département, mixte dans la mesure où les gestionnaires des services chargés du handicap participent également aux inspections pilotées par la cellule. Dans les autres DDASS, sans cellule dédiée, la fonction d'inspection est assumée par les personnels des services gestionnaires des établissements (IASS), toujours avec des MISP (dont le service de rattachement peut varier), et une association d'intensité variable des personnels des autres services (santé environnement, assistant social, infirmier, diététicien...) ou autres institutions (DRASS, conseil général, caisse régionale d'assurance maladie - CRAM -...).

Dans tous les cas, on observe une difficulté importante à associer les gestionnaires des établissements pour personnes âgées aux inspections, en raison des charges de travail, de problèmes d'effectifs récurrents signalés et du caractère prioritaire de la gestion et de la mise en place des réformes.

L'échantillon est trop faible pour conclure à la supériorité, en terme d'efficacité de la fonction inspection, de l'un des modes d'organisation. Néanmoins, il apparaît que le mode de fonctionnement d'une DDASS est un élément important pour assumer la mission transversale de lutte contre la maltraitance. Des facteurs clefs peuvent être identifiés :

⁹⁰ Cellule sous la responsabilité d'un IASS, avec une secrétaire administrative et une adjointe administrative. En ETP : 1,7 agent.

- le souci de la hiérarchie et/ou du référent maltraitance d'associer l'ensemble des services, qui sont tous peu ou prou concernés, à la réflexion, à la mise en place des outils, aux inspections et au suivi ;
- la circulation et la transparence de l'information, sur les supports informatiques (mise sur le réseau interne des rapports d'inspection, des outils) et les supports papier (copie des plaintes à tous les services suivant, à un titre ou à un autre, un établissement ; classement et archivage des dossiers).

La DDASS de la Gironde s'est investie sur cet aspect, qui reste cependant ailleurs trop négligé et insuffisamment exploré.

2.4.1.2 Des fonctions d'appui de la MAFI et des DRASS utiles

➤ La revalorisation de la fonction d'inspection

Les actions initiées dans le cadre de la mission permanente d'animation des fonctions d'inspection (MAFI) sont appréciées par les services déconcentrés (séminaires de sensibilisation, élaboration de guides et référentiels⁹¹, formation⁹², conseils), qui regrettent toutefois, compte tenu de leurs fortes attentes, l'insuffisance des moyens de la structure.

S'agissant des trois DRASS vues par la mission, elles ont mis en place, à des rythmes différents, leur mission régionale d'inspection et interdépartementale d'inspection, contrôle et évaluation (MRIICE). Ainsi, la MRIICE a été créée dès 1998 en Aquitaine, en juin 1999 en Bretagne, en octobre 2002 en Ile de France. Des avancées notables ont été notées par rapport aux constats formulés par l'IGAS en 2002⁹³.

Les MRIICE se sont attaché à développer les missions principales qui leur sont assignées :

- la programmation, le suivi de la mise en œuvre du programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation (PRIICE) (*cf. infra*) ; les bilans permettent de mieux cibler les outils à développer, les ajustements à apporter et peuvent aller jusqu'à une interrogation sur la pertinence des stratégies.
- l'appui aux DDASS, sur des objets variés :
 - l'aide méthodologique est fortement investie et se traduit par l'élaboration et la diffusion d'outils ; la MRIICE Bretagne a diffusé un dossier type complet inspection maltraitance, une fiche organisation et déroulement d'une inspection, un protocole d'inspection... ; la MRIICE Ile de France met en place des fiches « *temps inspection* » et s'investit sur un projet original, une bibliothèque des rapports ; la MRIICE Aquitaine a fait retravaillé et diffusé un outil d'inspection pour les établissements accueillant des jeunes, initialement élaboré par la DDASS de Dordogne, et d'autres outils ;

⁹¹ Sont en cours d'élaboration un guide de contrôle des ESMS et un guide de gestion des plaintes.

⁹² La MAFI a organisé cinq sessions de formation à l'inspection en 2004 avec plus de 300 stagiaires formés. Au total, plus de 700 stagiaires ont suivi cette formation.

⁹³ Rapport IGAS n° 2002 114, novembre 2002 : « *Enquête sur le fonctionnement et l'activité des MRIICE missions régionales et interdépartementales d'inspection - contrôle - évaluation* », J. Barberye, M. Lignot-Leloup, S. Picard.

- la formation ; en Aquitaine, un programme ambitieux de formation à l'inspection a été mis en place à partir de 2001 et a concerné 145 agents de la région ; en outre, 45 agents ont bénéficié de formations plus spécifiquement orientées vers la lutte contre la maltraitance ;
- les MRIICE apportent toutes, en fonction de leurs propres ressources humaines, un renfort physique aux inspections diligentées par les DDASS qui les sollicitent et qui est bienvenu ;
- l'enrichissement de la réflexion collective doit également être mentionné (par exemple, les travaux du groupe sur le traitement des plaintes en Ile de France, repris au niveau de la MAFI, ou la réflexion engagée avec les conseillers techniques en travail social).

En revanche, les DRASS utilisent, dans des proportions globalement encore insuffisamment développées, les procédures transversales à leur disposition (examen des dossiers en CROSMS, plans régionaux de santé⁹⁴, plans de formation des professions sociales...).

Globalement, on peut cependant conclure que les MRIICE vues ont contribué à la revalorisation de la fonction d'inspection dans les DDASS, avec la lutte contre la maltraitance comme objet précis dans le champ social et médico-social.

➤ Mais un certain décalage avec les services de terrain est perceptible

La mission a cependant observé un certain décalage entre les niveaux de conception, de programmation, nationaux et régionaux, et les services de terrain. Des explications sont avancées par certains : l'absence de pouvoirs hiérarchiques des DRASS sur les DDASS, la mise à l'écart, jusqu'à 2005, des DRASS du circuit de signalement PRISME... Mais le décalage provient sans doute surtout de la nature des objectifs, sensiblement différents, poursuivis par les DDASS et DRASS. En outre, les DDASS, tournées vers l'action urgente, ont des pratiques marquées davantage par la prédominance de l'agent, de ses initiatives que par l'importance apportée à l'écrit et à la mémoire administrative. Ce décalage s'observe sur plusieurs plans :

- le souci de programmation des MRIICE et de respect des orientations nationales, se heurte au fonctionnement, dans l'urgence, des DDASS sur l'inspection dans le cadre de la lutte contre la maltraitance (*cf. infra*) ; cette question amène à s'interroger sur la stratégie en matière de politique de contrôle ;
- la mise à disposition, par les niveaux nationaux⁹⁵ et régionaux, d'outils⁹⁶ nombreux se conjugue souvent avec une réappropriation, une réécriture, l'introduction de modifications personnelles, au niveau des DDASS, de ces outils, par les agents, pour tenir compte des « *spécificités* » locales ; si l'appropriation est nécessaire, on peut s'interroger sur l'absence de régulation et de mutualisation des initiatives locales et régionales ; la méthode devrait

⁹⁴ Le plan régional de santé Personnes âgées d'Ile de France mentionne en 2001 la lutte contre la maltraitance.

⁹⁵ Un des guides fondateurs a été élaboré par l'ENSP et repris par la DGAS (Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les ESMS).

⁹⁶ La MAFI a procédé, en 2003, auprès des DRASS, à un recensement partiel des outils. Le constat est celui d'une multiplication d'outils, destinés aux services gestionnaires, aux inspecteurs, aux établissements (auto-évaluation).

être revue au regard de la problématique de la lutte contre la maltraitance et aux problèmes d'effectifs indiqués par les services ;

- malgré l'existence de pôles d'appui régionaux, le fonctionnement des DDASS est encore largement caractérisé par un recours aux réseaux informels et personnels ; ce constat, ainsi que le précédent, interroge sur les meilleures formes de mutualisation, de partage, et de pilotage ;
- enfin, malgré les importants efforts de formation entrepris, deux aspects sont problématiques dans certaines DDASS : la connaissance du cadre législatif et réglementaire est parfois imparfaite, en raison de l'absence de prestation en matière de documentation. Dans ce domaine, l'on peut alors assister à une déperdition collective d'énergie, chaque agent se tenant – ou non – au courant. Un constat identique peut être formulé pour le conseil juridique, besoin d'autant plus fortement ressenti que le cadre n'est pas d'une grande clarté (cf. *supra*) : la réponse est souvent trouvée auprès de relations et réseaux informels. Les fonctions documentaire et conseil juridique sont globalement insuffisamment assurées.

2.4.2 *Un fort investissement des DDASS sur l'inspection, qui s'éloigne des objectifs initiaux du programme quinquennal*

2.4.2.1 Un ciblage de la programmation sur les établissements présentant un faisceau de risques

Le plan quinquennal d'inspection de lutte contre la maltraitance prévoit, pour chaque région, un nombre d'inspections proportionnel au nombre des établissements. Les DRASS fixent, avec les DDASS, le quota de chacune. L'examen en comité technique régional et inter départemental (CTRI) puis en CAR (conférence administrative régionale) ne pose généralement pas de difficultés particulières, les propositions des services étant retenues.

Ces propositions se basent sur un faisceau de critères ou d'indices convergents : établissements faisant l'objet de plaintes récurrentes, considérées comme non urgentes, établissements perçus comme peu ouverts sur l'extérieur et/ou manquant de transparence (structures potentiellement pathogènes), établissements mal connus des services, repérés dans le cadre du conventionnement...

Les conseils généraux sont généralement consultés, de façon informelle, sur la liste des établissements dont le contrôle est programmé et qui sont de compétence partagée. En revanche, les établissements de compétence exclusive du conseil général ne sont pas inclus dans le programme, alors que la DNO de 2002 laisse ouverte cette possibilité (après accord local à rechercher avec le président du conseil général). Des calendriers de réalisation précis des missions programmées sont rarement établis à ce stade. La période de réalisation effective est dépendante du calendrier des procédures budgétaires (budgets prévisionnels, comptes administratifs) qui sont prioritaires. Les inspections sont souvent de fait la variable d'ajustement des activités d'une DDASS.

Sur un plan général, l'accent porté par le niveau national à l'inspection a donné des résultats positifs : malgré la fiabilité relative des chiffres remontés⁹⁷, une montée en charge du dispositif est nettement observable à partir de 2002, et, en 2004, plus de 3,5% des quelques 17.000 établissements médico-sociaux avaient fait l'objet de contrôles dans le cadre du programme quinquennal de lutte contre la maltraitance.

2.4.2.2 *Des procédures de contrôle non stabilisées*

La réalisation des missions incombe à une équipe dans laquelle apparaît systématiquement un « *noyau* » dur, à savoir un MISP et un IASS. Ensuite, comme cela a été indiqué, leur composition précise dépend des ressources locales ou régionales (par exemple, à défaut d'un service santé environnement étoffé, il peut être fait appel à la DGCCRF, qui fait un rapport spécifique sur la question de sa compétence ; dans certaines DDASS, les travailleurs sociaux sont associés,...), du positionnement de certains services, des relations nouées et appétences, par exemple avec l'assurance maladie, et surtout avec le conseil général (*cf. infra*).

Les procédures mises en œuvre varient selon les départements lors des différentes étapes qui jalonnent la mission : niveau de signature de la lettre de mission, contenu de celle-ci, caractère contradictoire pas toujours clairement établi vis à vis de l'établissement, relances, durée des missions (de 1 à 2 semaines), longueur des rapports... Cette diversité des procédures met en évidence à la fois des incertitudes juridiques et une attention à la formalisation parfois faible.

Les rapports s'appuient sur les outils de l'inspection et en reproduisent souvent le schéma exhaustif. Les parties descriptives peuvent être inutilement longues, pas toujours opérationnelles dans la perspective des préconisations et des suites à mettre en œuvre.

2.4.2.3 *Des engagements inégaux des conseils généraux dans le contrôle et la surveillance de leurs établissements*

Les problèmes de procédures sont également perceptibles dès que des agents du conseil général participent à des missions de contrôle : les rapports disjoints tendent à prévaloir pour des raisons de sécurité juridique. Néanmoins, certains départements distinguent les rapports « *maltraitance* » (rapports disjoints...) et les rapports sur le « *fonctionnement* » (rapports conjoints, cosignés). Par ailleurs, les DDASS signalent une incertitude des personnels territoriaux – attachés et médecins – dès lors que se pose la question de leur signature, c'est à dire de leur engagement.

Ces questions de procédure ne se posent que si le conseil général participe effectivement aux missions de contrôle. Or la situation, au moins dans les départements vus, est très contrastée : dans plusieurs départements, les contrôles conjoints de la DDASS avec les personnels du conseil général sur le secteur des personnes âgées sont faibles, voire inexistant, depuis 2002-2003, la raison invoquée étant la charge liée au conventionnement.

⁹⁷ Données transmises à la MAFI par les MRIICE.

Quant à la surveillance opérée par le conseil général sur les établissements de sa compétence, elle est manifestement d'une intensité très variable malgré l'obligation légale. Or cette surveillance est importante dans la mesure où, dans le secteur pour personnes âgées, le risque de maltraitance dans ces établissements est réel et reconnu par tous. L'exemple, *a contrario*, du Val d'Oise est à cet égard instructif. Les services chargés des personnes âgées au conseil général utilisent les pouvoirs de surveillance sur les établissements non conventionnés que leur confère le code. Dans le cas de repérage de difficultés et de cas graves susceptibles de relever de l'atteinte aux droits des personnes, il est alors fait appel à la DDASS pour qu'elle diligente une inspection. Il y a donc alors complémentarité et enrichissement réciproque de l'action des services, pour peu que les services de l'Etat puissent, matériellement, diligenter sur place un IASS et un MISP.

En définitive, la présence insuffisante des services de certains conseils généraux dans les établissements relevant, pour leur fonctionnement courant, de leur compétence, peut expliquer, en partie, qu'aux inspections programmées se substituent des inspections réalisées dans l'urgence dans des établissements qui étaient plutôt par exception dans le champ théorique du programme quinquennal.

2.4.2.4 Les inspections sur plaintes, dans l'urgence, supplantent les inspections préventives programmées

Dans les départements vus, le nombre d'inspections programmées n'a pu être réalisé, de 2002 à 2004. Le programme prévisionnel a, selon les cas, été effectivement mis en œuvre à moitié ou aux deux-tiers. Les reports d'une année sur l'autre sont courants. Ce constat a d'ailleurs conduit, à partir de 2003, à un réajustement des ambitions initiales en terme de programmation. La croissance du nombre de plaintes a en effet conduit à diligenter rapidement des inspections ponctuelles et inopinées.

Partout, ce sont les établissements pour personnes âgées qui expliquent l'essentiel de ce changement de portage, alors même qu'initialement le secteur des personnes âgées n'était pas considéré comme devant être privilégié, en raison notamment de la réforme du conventionnement. Le nombre de contrôles menés dans cette nouvelle perspective peut représenter davantage que les inspections programmées réalisées.

Dans un cas qui reste cependant atypique par son ampleur, la Gironde, les plaintes ont conduit la DDASS à diligenter 64 contrôles non programmés contre 8 contrôles programmés (prévisions de la programmation : 14). 60 de ces 64 contrôles inopinés concernent des établissements pour personnes âgées (majoritairement non conventionnés).

Au total, la fonction d'inspection et contrôle s'exerce effectivement dans un contexte très sensiblement différent des prévisions : les missions sont plus courtes, plus ciblées, les outils doivent être adaptés, les personnels doivent pouvoir se mobiliser rapidement, notamment les MISP, ce qui est d'ailleurs souvent problématique en raison des nombreuses sollicitations dont ils sont l'objet.

Ce bilan, montrant un décalage important entre les ambitions initiales (des contrôles préventifs dans le cadre d'une programmation pluriannuelle donnant une priorité aux établissements pour personnes handicapées) et la réalité (des DDASS ayant le sentiment d'être « embolisées » par l'urgence et la multiplicité des établissements connaissant pour des

raisons diverses – manque de moyens, manque de motivation, de formation... – des problèmes récurrents générant des plaintes), doit conduire à reposer plusieurs questions stratégiques : l'organisation du contrôle et de la surveillance en continu des établissements, notamment le suivi des conclusions et des suites d'un rapport, et la politique de prévention à promouvoir auprès des établissements.

2.4.3 Une faiblesse patente : les suites et les sanctions des contrôles

La typologie distinguant la maltraitance individuelle et la maltraitance institutionnelle peut guider dans la réflexion sur les suites apportées aux contrôles et les sanctions. Même si la réalité est souvent beaucoup plus complexe et peut montrer, non pas une césure, mais plutôt un *continuum* entre l'une et l'autre forme de maltraitance (*cf. supra*).

L'arrêt de la maltraitance individuelle relève principalement de suites sur les plans professionnels et judiciaires. L'arrêt de la maltraitance relevant de dysfonctionnements institutionnels nécessite plutôt des réponses administratives, voire judiciaires.

Le constat, sur l'ensemble des suites apportées, reste décevant, compte tenu de l'investissement important effectué par les services en amont en matière de contrôles programmés et sur plaintes. Il va jusqu'à susciter, dans les services déconcentrés, des interrogations sur l'utilité et l'efficacité des contrôles.

2.4.3.1 La mise en oeuvre des sanctions professionnelles n'apporte pas toutes les garanties contre la récidive

➤ **Les sanctions professionnelles prononcées par les établissements**

En cas de découverte ou de soupçon de maltraitance, les sanctions pour faute professionnelle peuvent aller jusqu'à la mise à pied et au licenciement pour faute. Mais dans la pratique, les établissements redoutent un jugement des Prud'hommes qui remettrait en cause le bien fondé d'un tel licenciement ou, le cas échéant, des interférences avec des décisions judiciaires de classement sans suite ou de non lieu.

La mise en cause d'un salarié pour maltraitance est difficile à gérer compte tenu de sa charge émotionnelle et infamante qui risque de déstabiliser une équipe professionnelle. La crainte de devoir gérer après un licenciement des décisions de justice qui semblent infirmer les décisions de l'établissement, voire de devoir réintégrer un salarié, est mise en avant pour expliquer certaines réticences des établissements à utiliser les procédures disciplinaires et le recours à des licenciements avec transaction qui passent outre à l'obligation de signalement. Les DDASS peuvent mettre à jour ce type de comportements abusifs à travers l'examen du budget des établissements.

➤ **Les interdictions professionnelles**

Les sanctions les plus graves relèvent des décisions judiciaires avec interdictions professionnelles mais elles interviennent au terme de la procédure judiciaire soit un an, deux ans, voire plus, après les faits reprochés. Mais elles ne deviennent effectives que si les établissements qui recrutent peuvent en avoir connaissance facilement.

Jusqu'à la loi du 9 mars 2004, les droits des établissements variaient selon qu'il s'agissait d'un établissement privé ou d'un établissement public⁹⁸. L'accès au casier judiciaire a été facilité⁹⁹, mais des réticences dans la mise en œuvre sont à surmonter. Pour éviter tout recrutement à risque et respecter le principe de précaution, les établissements pratiquent largement entre eux un échange informel d'informations, principalement dans un même périmètre régional ou à l'intérieur d'un réseau associatif, qui vise en premier lieu « *la période grise* » comprise entre le signalement d'un acte soupçonné de maltraitance et la fin de la procédure judiciaire. Les informations que recherchent les établissements se situent en marge des textes et n'apportent pas toutes les garanties de fiabilité. Des établissements ne souhaitent pas donner des informations que l'ancien employeur n'a pas à fournir en droit et qui indirectement pourraient les mettre en cause.

La contradiction entre le principe de précaution qui vise à prévenir un éventuel risque de récidive qui est un devoir pour les établissements recrutant et celui du respect de la présomption d'innocence de la personne mise en cause au début d'une procédure n'est pas résolue.

2.4.3.2 *Les sanctions vis à vis des résidants sont délicates à mettre en œuvre*

La définition et l'application de sanctions à l'égard des résidants¹⁰⁰ sont inscrites dans le règlement intérieur qui veille à réguler les relations entre ces résidants. Les comportements violents et les incivilités sont sanctionnés notamment par le renvoi de l'établissement pour quelques jours, voire définitivement. Dans certains établissements, le recours à la police ou à la gendarmerie n'est plus une solution de dernière extrémité en cas de vols. La réflexion collective sur ce sujet n'est pas très avancée et les établissements qui auraient besoin de s'adosser à des protocoles consensuels sont souvent seuls, voire isolés, face au problème de la régulation de la violence. Les questions de comportement sexuel dans les établissements qui accueillent des adolescents et des jeunes sont difficiles à gérer sans recours à des référentiels communs qui doivent faire une place aux parents.

2.4.3.3 *Les recours à la justice, une suite pas toujours opérante*

➤ **Les signalements judiciaires des cas de maltraitance, pratiqués d'une manière trop aléatoire**

Les signalements à la justice d'actes soupçonnés de maltraitance sont une obligation¹⁰¹ pour les établissements et la DDASS, qui est inégalement respectée.

⁹⁸ Jusqu'à la loi du 9 mars 2004, le bulletin n°3 ne pouvait être demandé que par la personne concernée. Le bulletin n°2, plus complet, était réservé aux administrations et organismes publics (article 776 du code de procédure pénale).

⁹⁹ Depuis la loi du 9 mars 2004, le bulletin n°2 peut être délivré aux DDASS, que les établissements soient publics ou privés. Les directeurs des établissements devraient pouvoir également (application au 1^{er} janvier 2006) obtenir le bulletin n°2 avant de procéder à un recrutement.

¹⁰⁰ La question se pose davantage dans les établissements accueillant des personnes handicapées, notamment des jeunes.

¹⁰¹ Cf. article 434-3 du code pénal (mineurs de quinze ans ou à une personne vulnérable), et article 40 du code de procédure pénale pour les agents publics.

Les pratiques des établissements répondent largement à cette obligation en cas de la maltraitance entre résidents. Dans un des départements visités, un IME transmet systématiquement au procureur tous les actes de brutalité, de violence et les attouchements entre usagers. Le signalement des actes commis par le personnel sur les résidents est soumis à l'analyse que l'établissement fait de la gravité et de la possible qualification pénale des actes soupçonnés ou avérés.

La mission a constaté une certaine hétérogénéité dans les lignes de conduite des DDASS, qui ne semble pas justifiée par des situations objectives fondamentalement différentes : l'une des DDASS n'a jamais saisi le Procureur, un autre département, très atypique, témoigne au contraire d'un grand zèle, dans les trois autres les saisines sont faibles (le Procureur étant informé par d'autres sources : familles, employés et direction des établissements).

En dépit du contenu de certaines lettres de plaintes, dans le secteur personnes âgées, et de l'investissement sur l'inspection d'établissements à risques, les DDASS signalent assez peu de cas à la justice. Un des procureurs rencontrés a observé qu'une occupation, dans un établissement, supérieure au nombre de lits autorisés est susceptible de poursuites pénales mais que ce dysfonctionnement, qui peut être source de maltraitance, n'est pas porté à la connaissance de la justice par les pouvoirs publics, le plus souvent informés de ces anomalies qui, faute de places, perdurent.

Dans certains cas, les signalements à la justice constituent pour les DDASS et les établissements une suite rapide qui n'exige pas d'enquête supplémentaire et qui, parfois, peut être un moyen de dégager leurs responsabilités. Mais la connaissance insuffisante des procédures judiciaires et le manque de discernement sur les cas à signaler peuvent induire des effets négatifs. La question de la preuve¹⁰² qui est au cœur de la procédure pénale n'est pas suffisamment prise en compte par les services.

Lorsque la DDASS et les services de la justice entretiennent des relations de bonne collaboration, la forme du signalement et les renseignements qui doivent être transmis au procureur font l'objet d'un protocole qui facilite le travail de chacune des parties¹⁰³. Cette pratique est loin d'être généralisée.

➤ **Mais la gestion des suites judiciaires pose des problèmes aux établissements et aux DDASS**

En règle générale, les DDASS se sont plaintes d'être tenues dans l'ignorance des suites des signalements, ce qui s'explique en partie par le rythme du temps judiciaire, par les carences de certains greffes en matière d'informations, mais aussi par l'absence de relations régulières entre les DDASS et les procureurs. Certains services de l'Etat ont su établir des relations institutionnalisées, mettre en place des protocoles et des procédures de transmission de l'information avec les services de la Justice (DGCCRF, Agriculture...).

¹⁰² Les pouvoirs des IASS ont été élargis par la loi de janvier 2002 ; l'assermentation des IASS leur permet de constater des infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à la preuve contraire et d'effectuer des saisies conservatoires en tant que de besoin. Les décrets d'application ne sont pas encore publiés.

¹⁰³ C'est le cas dans le Val de Marne et l'Essonne.

La gestion des classements sans suite¹⁰⁴ est une difficulté qui n'est pas surmontée pour les établissements et les services. Si la décision de classement ne vaut pas, en droit, reconnaissance d'innocence, elle suscite des incompréhensions dans les DDASS et les établissements à l'origine du signalement judiciaire. Une DDASS a dû avec beaucoup de difficultés soutenir la direction d'une MAS qui avait décidé la mise à pied d'un salarié ayant giflé un résidant et la saisine de la justice. Le classement sans suite a été perçu comme un désaveu de l'attitude de la direction et comme un blanc seing donné à la personne mise en cause. A l'issue de la mise à pied, l'employé a repris son travail dans l'établissement sans reprendre dans l'immédiat un poste au contact direct avec les résidants.

Les signalements d'actes de maltraitance entre résidants pour les cas les plus graves posent des problèmes à la justice qui hésite à engager des procédures contre des personnes vulnérables. Ces réticences laissent les établissements gérer seuls ces situations de maltraitance.

➤ **L'articulation entre l'enquête administrative et l'enquête judiciaire est incertaine**

En cas de procédure judiciaire, les DDASS hésitent sur le poids et la place des procédures administratives à mettre en œuvre pour rétablir le bon fonctionnement des établissements et les droits des usagers. Les pratiques sont très hétérogènes.

Un seul département a arrêté avec le procureur la liste des renseignements à transmettre ; dans un autre département, la saisine de la Justice arrête toute velléité d'enquête administrative ; dans les autres, les procureurs signalent des interférences entre les enquêtes (risque de perte de preuves, car la justice a besoin de « faits », risque que les enquêtes se nuisent si aucune concertation n'a eu lieu en amont) et la méfiance dont feraient preuve des DDASS à l'égard de l'intervention de gendarmes ou de policiers dans les établissements.

Un DDASS s'est inquiété auprès de la MAFI d'une décision de non lieu intervenue après une enquête administrative qui avait conclu à des actes de maltraitance. Le procureur avait motivé la décision de non lieu en s'appuyant sur les sanctions administratives : « *Compte tenu des décisions disciplinaires intervenues à l'encontre de ces agents (et de l'absence de plaintes des personnes ou organismes chargés de la représentation légale des victimes qui ont été complètement informées)...* ». La mission partage la réponse apportée au DDASS par la MAFI qui souligne que la décision du procureur rappelle l'importance de la sanction administrative dans sa décision. Loin de diminuer la portée des sanctions administratives, le procureur en a souligné la propre légitimité.

2.4.3.4 *Un recours difficile aux sanctions administratives*

La législation, revue par la loi du 2 janvier 2002 pour mieux s'adapter à un contexte de maltraitance, prévoit, tant au titre de l'ordre public que du contrôle et de la surveillance des établissements, plusieurs possibilités, allant *crescendo*, pour les autorités : injonctions, nomination d'un administrateur provisoire, fermeture partielle ou totale, temporaire ou

¹⁰⁴ Le parquet garde le pouvoir d'apprécier si les preuves sont suffisantes et s'il est opportun de poursuivre les faits qui lui ont été signalés. L'obligation de motiver tous les classements sans suite, à partir de 2007, constituera un progrès considérable.

définitive, d'un établissement. Ces mesures relèvent, selon les champs de compétences, soit du Préfet, soit du président du conseil général, soit d'une décision conjointe (compétence partagée). Le Préfet peut, en cas de carence¹⁰⁵ du président du conseil général, se substituer au président du conseil général et décider de fermer.

Les pratiques observées de suites et sanctions s'étagent, schématiquement, sur trois niveaux :

- lorsque le contrôle d'un établissement a donné lieu à un rapport contradictoire, le contact avec le directeur de l'établissement ou sa convocation à la DDASS (avec, éventuellement, le conseil général) est une pratique courante. Les mesures susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge sont passées en revue. Les solutions sont rarement immédiates : les moyens insuffisants sont souvent invoqués et l'administration, censeur et conseiller sur le dossier, se sent parfois, comme indiqué, en position paradoxale quand elle ne peut, comme financeur, contribuer aux mesures préconisées. Cependant, quand un suivi dans la durée peut être mis en œuvre, à condition que la direction de l'établissement soit convaincue de la pertinence de l'exercice et accepte de s'y prêter, il constitue un accompagnement, pédagogique et utile, des établissements dans leur progression.
- certains établissements, notamment des maisons de retraite, font l'objet de contrôles, d'observations et d'injonctions répétés. Ils reviennent régulièrement à l'ordre du jour des commissions des plaintes, suite à une nouvelle plainte. Les dossiers de ces établissements ne montrent aucune amélioration de la prise en charge : les locaux sont inadaptés et/ou les responsables refusent de modifier leurs pratiques (incompétence professionnelle, effet seuil de la petite taille, limites financières des résidents et de leurs familles...). L'importance de ce « noyau dur » semble très variable selon les départements et être en bonne partie un héritage de la politique gérontologique antérieure menée dans le département.

Nombre d'établissement, à risques, comme le cas présenté en annexe, font l'objet d'un « *suivi au long cours* ». La situation de Mme P. et celui de la maison de retraite sont assez banals.

- mais, en pratique, le passage de l'injonction à une décision encore plus ferme s'avère problématique et faiblement utilisé. Malgré les termes de la DNO de 2002 indiquant que les objectifs des contrôles sont de « *sanctionner, le cas échéant, les insuffisances et les abus, en proposant au préfet du département d'adresser des injonctions aux établissements, dont le non respect doit conduire à prononcer une fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive* ».

Dans les cinq départements vus, depuis la mise en œuvre du programme d'inspection, deux n'ont jamais pris de mesures allant au-delà de l'injonction. Un a fermé une maison de retraite, et deux autres en ont fermé deux, après nomination le plus souvent d'un administrateur provisoire.

Les raisons évoquées pour expliquer cette difficulté à monter d'un cran dans les cas les plus manifestes d'impossibilité d'amélioration de la situation sont principalement de deux ordres :

¹⁰⁵ Cf. *supra*, loi du 11 février 2005.

- la fermeture doit conduire au relogement des personnes ; or les équipements départementaux sont saturés et ne satisfont déjà pas la demande ; les DDASS ne disposent pas toujours de crédits d'assurance maladie suffisants pour la création de places, ce qui met les établissements en position de force. En résumé, il est difficile de prendre des mesures limitant l'activité des établissements par manque de moyens de substitution ;
- l'attitude des familles et des résidants doit être prise en considération : un relogement proche est souhaitable pour éviter le dépaysement de la personne âgée et permettre les visites ; les limites financières des résidants et des familles limitent le champ des possibles. Dans certains cas, il faut aussi relever un mince intérêt des familles pour la qualité de la prise en charge, l'essentiel étant que le parent ait une place, à un coût supportable.

Une étude du conseil général du Val d'Oise a observé que la durée moyenne de séjour en maison de retraite était de 18 mois à deux ans. L'appréciation, souvent rapportée lors de la mission de l'IGAS, du caractère « non urgent » des cas des personnes âgées, conjuguée au constat d'une difficile mise en œuvre des sanctions administratives et à la durée de vie d'une personne âgée en établissement, laissent entrevoir la nécessité d'évolutions majeures sur ce problème.

2.5 Le recueil des informations : PRISME, un outil à la mise en place difficile

2.5.1 Un projet ambitieux encore en construction

2.5.1.1 Le projet PRISME n'est que partiellement finalisé

Pour mener à bien sa mission de prévention et de lutte de la maltraitance dans les ESMS, la DGAS a conçu un système d'information qui vise à collecter les données relatives aux signalements de situations de maltraitance en institutions afin de disposer d'une évaluation des risques de maltraitance à partir d'un large échantillon d'établissements et de cas.

Le système mis au point comporte deux volets et un module facultatif : le volet « *signalement des maltraitances* », SIGNAL, et le volet « *inspections/contrôles* », VIGIE, qui devrait entrer en application en juin 2006. Le module « *Plaintes* » sera proposé à partir du premier trimestre de 2006 aux DDASS sans être rendu obligatoire.

2.5.1.2 Le volet SIGNAL est peu et difficilement utilisé par les DDASS

Les différents volets se mettent en place séparément et SIGNAL est le premier logiciel disponible en DDASS. Il s'agit d'un instrument de transmission des informations relatives à tout signalement de violence ou de maltraitance dans les ESMS collectées par les DDASS à l'attention de l'administration centrale.

Le mode d'emploi a été fourni tardivement aux services¹⁰⁶ et n'a pas encore permis de combler le manque d'information et de pédagogie sur l'utilité et la fonction des outils mis en place dans la lutte contre la maltraitance et qui exigent la mobilisation des DDASS.

Les services ont été confrontés à des problèmes techniques ; l'accès au logiciel par un numéro de code n'a pas toujours bien fonctionné jusqu'à ces derniers mois. L'absence de personnel formé ou disponible est le plus souvent mis en avant par les services pour expliquer le retard dans l'utilisation effective de PRISME.

En mai 2005, les DRASS et les MRIICE n'avaient pas accès à PRISME¹⁰⁷ alors que l'outil était en place depuis près d'un an. La DGAS a prévu des modifications permettant aux DRASS de réaliser elles-mêmes, dans le courant de l'année 2005, les bilans régionaux qui ont été établis, dans un premier temps, par la DGAS.

2.5.2 *Les données fournies sont fragiles et leur interprétation délicate*

2.5.2.1 *Des pratiques très hétérogènes dans les services*

En l'absence de règles claires et homogènes appliquées par les services déconcentrés, les pratiques d'enregistrement des cas soupçonnés ou avérés de maltraitance sont très différentes d'un département à l'autre. Les difficultés techniques d'accès et les problèmes de sélection des cas qui doivent être enregistrés rendent les pratiques des DDASS très variables. En l'absence d'un cadre rigoureux et commun fourni à l'origine par l'administration centrale, les services ont développé des modes d'utilisation différents d'un département à l'autre, y compris à l'intérieur du périmètre d'une MRIICE.

Une DDASS a intégré *a priori* la quasi totalité des plaintes des personnes vulnérables, assimilant presque systématiquement les plaintes reçues à des situations de maltraitance. Le logiciel SIGNAL a été assimilé à tort au logiciel des plaintes qui sera proposé ultérieurement aux DDASS. Cette pratique est, au vu des statistiques transmises par les départements, isolée.

Le plus grand nombre des DDASS ont une pratique tout à fait opposée et ne retiennent que les cas de maltraitance lourde, c'est à dire susceptibles d'être pénalement condamnés.

Ces difficultés d'évaluation et de sélection des cas à entrer sur PRISME est un réel problème pour la personne gestionnaire du logiciel.

Les services déconcentrés qui sont chargés de renseigner le logiciel font également état de leurs difficultés à comprendre s'il s'agit d'un instrument pour informer en temps réel l'administration centrale de toutes les situations dont ils ont connaissance, au risque d'inscrire des éléments incomplets voire incertains, ou s'il s'agit d'un outil statistique qui doit enregistrer des éléments d'information plus sûrs, plus complets, validés mais plus longs à obtenir. La poursuite simultanée de ces deux objectifs qui est affichée par la DGAS semble peu conciliable pour les agents des DDASS que la mission a rencontrés.

¹⁰⁶ La DGAS a édité un guide d'utilisation daté du 18 avril 2005.

¹⁰⁷ Courriel de la DGAS du 20 mai 2005. L'accès devrait être possible fin 2005.

2.5.2.2 qui rendent malaisée l'interprétation des résultats

L'examen du fichier national PRISME –SIGNAL montre (cf. graphique en annexe) que, sur l'ensemble des 929 dossiers¹⁰⁸ figurant dans la base de données au printemps 2005, il convient de noter deux départements avec un nombre élevé d'enregistrements, l'un avec 120 cas, l'autre avec 96.

La moyenne des enregistrements se situe à environ neuf dossiers par département. Soixante trois départements ont enregistré un nombre de cas inférieur ou égal à neuf. Dix sept n'ont enregistré qu'un seul cas.

Compte tenu de cette situation particulière, la mission IGAS a procédé à un examen de l'ensemble des dossiers enregistrés pour le département qui présente la situation statistique la plus atypique et constaté un large enregistrement de plaintes sans lien établi avec des situations de maltraitance¹⁰⁹.

Dans ces conditions, l'interprétation des données reçues au niveau national via PRISME, tant en flux qu'en stock, est difficile si ces réserves sur les conditions du recueil des données ne sont pas bien prises en compte.

¹⁰⁸ Comptabilisés à partir de 2003.

¹⁰⁹ La mission a confié au bureau des personnes ses premières analyses des cas enregistrés dans ce département.

III. Pour une relance de la politique de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables en établissements

Pour éviter un essoufflement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées en établissements, une relance est nécessaire.

Plusieurs éléments constituent déjà des points forts sur lesquels s'appuyer dans cette phase de transition : notamment, la sensibilisation, sur le terrain, des services de l'Etat et des conseils généraux, la mise en œuvre progressive, par les différents acteurs concernés, de la législation améliorant le droit des personnes et renforçant la décentralisation, les réflexions ayant abouti à des propositions¹¹⁰.

Les axes proposés s'appuient sur les constats. Ils s'articulent autour de quatre principes d'action qui semblent stratégiques, qui se recoupent souvent compte tenu du caractère transversal de la lutte contre la maltraitance, et peuvent être enrichis au niveau du contenu (cf. plan Violence et santé) : clarifier et rendre plus lisible, agir en partenariat, valoriser et adapter les outils des services, évaluer et mieux connaître.

3.1 Clarifier et rendre plus lisible

3.1.1 Le rôle des conseils généraux dans les établissements

La responsabilité confiée par la décentralisation aux conseils généraux en matière de politique sociale (personnes âgées et handicapées) doit les conduire à être de plus en plus présents dans les établissements ; ils disposent pour ce faire du pouvoir de contrôler l'activité des établissements qu'ils autorisent (loi du 2 janvier 2002), et depuis la loi du 11 février 2005 du pouvoir de fermeture de ces établissements, au titre de la protection des personnes (L 313-16). Les conseils généraux sont donc en première responsabilité, l'Etat gardant des prérogatives générales et pouvant, en cas de carence du conseil général, intervenir lui-même dans les établissements et les fermer.

Mais l'articulation des lois de 2002 et de 2005 crée un débat qu'il serait nécessaire de trancher : les présidents de conseils généraux ne sont pas certains de disposer de moyens légaux suffisants pour asseoir des procédures de contrôle dans le cadre de la protection des personnes. Pour assurer leur sécurité juridique, ils font appel aux agents de l'Etat (MISP et IASS) désignés par la loi de 2002.

Il paraît donc nécessaire d'assurer la sécurité juridique des différents acteurs pour exercer des prérogatives aussi essentielles. Compte tenu de la décentralisation, le seul instrument en mesure de clarifier le débat est la loi. Elle permettrait aux conseils généraux

¹¹⁰ Outre les rapports précités (réalisés par les parlementaires, demandés par les ministres...), il faut rappeler les préconisations très exhaustives des travaux préparatoires du Plan Violence et Santé (Commission « *personnes âgées et personnes handicapées* ») présentés par le Professeur Marie-Eve Joël, mars 2005.

d'exercer pleinement leurs pouvoirs de contrôle, l'Etat restant garant de l'effectivité de la protection des personnes.

3.1.2 *Le pilotage du dispositif au niveau départemental*

En l'absence de loi, le dispositif peut difficilement être plus lisible ; il peut cependant être rendu plus efficace.

Il est donc proposé la mise en place, dans tous les départements, d'une structure de pilotage des pouvoirs publics¹¹¹, plus légère que le CDPLM¹¹². Cette structure doit être composée en tous cas du préfet, du procureur et du président du conseil général¹¹³. La gestion des différents outils - en premier lieu la commission des plaintes - peut relever de cellules techniques, rendant compte régulièrement à l'instance de pilotage.

3.1.3 *Le sens des mots et les procédures*

La définition, le contenu des mots « *maltraitance* », « *signalement* », « *plainte* », doivent être mieux partagés par les différents acteurs, pour éviter les confusions et les variantes locales trop fortes. Il en est de même pour des notions comme « *urgence* », « *gravité* ». Cette clarification, nécessaire à l'évaluation complexe des situations, doit être effectuée en liaison étroite avec la Justice. En aval, cette démarche pourrait aboutir à la mise en place d'outils aidant à réduire la part de l'émotionnel et de la subjectivité dans les évaluations de situations par les personnels d'inspection, et de procédures harmonisées.

La réalisation d'un guide de l'action publique, sous l'autorité du ministère de la Justice, serait particulièrement bienvenue¹¹⁴.

3.1.4 *Le suivi des établissements, les suites des contrôles et les sanctions administratives*

L'efficacité des contrôles tient en bonne partie à la capacité des services à leur donner des suites. Il est souhaitable d'approfondir la réflexion, tant au niveau national que local, et de soutenir les services.

Plusieurs pistes sont à mettre en œuvre à court terme :

¹¹¹ Les départements dont le CDPLM est une instance utile pourraient le conserver. En tout état de cause, une structure légère paraît plus adaptée pour un rôle de pilotage actif : elle pourrait fixer les grands axes de la politique dans le département, veiller à la mise en place des commissions et procédures de traitement des plaintes, des protocoles de signalements judiciaire et administratif, des dispositifs de gestion des crises et de la prise en charge des personnes victimes...

¹¹² La concertation avec les acteurs pourrait s'effectuer en amont, dans le cadre des nombreuses instances existantes (CODERPA, Maison du handicap, groupes de travail sur les schémas...).

¹¹³ Le Val de Marne et l'Essonne ont mis en place une telle structure pour les signalements, sur la base d'un protocole signé par le préfet, le procureur et le président du conseil général.

¹¹⁴ A l'instar des guides publiés par le ministère de la justice (direction des affaires criminelles et des grâces) en décembre 2003 « *Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal* » et en septembre 2004 « *La lutte contre les violences au sein du couple, Guide de l'action publique* ». La réalisation de ces guides a été pilotée par la justice qui s'est entourée de l'avis d'experts et de médecins spécialistes et a été soumis aux observations des ministères concernés. Ce sont des outils opérationnels destinés aux Parquets mais aussi utiles aux services administratifs de terrain.

- le suivi rapproché des établissements ayant fait l'objet de recommandations à l'issue de la procédure de conventionnement, ou d'injonctions à l'issue d'un contrôle, est un support important ;
- les facteurs susceptibles de contribuer à la mise en œuvre effective des recommandations ou des injonctions doivent être mieux cernés : fixation au niveau départemental par l'instance de pilotage d'une ligne de conduite sur la gestion des suites (réactivité, utilisation des sanctions...), adéquation du contenu des rapports de contrôle, progressivité de la démarche de préconisations et d'améliorations, outils d'accompagnement à mettre en place (crédits fléchés dans le cadre de la procédure budgétaire, obligation de formation, recensement de l'offre locale en matière de formation-sensibilisation, identification des administrateurs provisoires potentiels...) ;
- la meilleure articulation entre enquête administrative et enquête judiciaire peut être recherchée au niveau local, dans le cadre de l'instance de pilotage départemental (cf. *supra*), et au niveau national (cf. *infra*) ;
- une réflexion sur une transparence et une communication accrues auprès des citoyens et des usagers, pour leur permettre de mieux connaître la qualité de la prise en charge, voire les établissements refusant manifestement de s'engager dans la voie de l'amélioration, devrait également être engagée. Une information large sur les sanctions exemplaires prises fait partie du panel d'outils possibles.

3.2 Agir en partenariat

3.2.1 Une approche ministérielle coordonnée

Si les réglementations¹¹⁵ et les procédures différencient le champ sanitaire et le champ médico-social, une approche coordonnée des services du ministère (DGAS, DHOS, DGS) paraît nécessaire, et également dans les contacts avec la Justice (cf. *infra*). Du point de vue de l'utilisateur, personne âgée et personne handicapée, susceptible de faire des allers et venues entre les deux catégories d'institutions, une coordination, sur le terrain, s'impose, qui ne peut être initiée que par une approche concordante au niveau national¹¹⁶.

¹¹⁵ Notamment dans le champ sanitaire, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et le décret n°2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique (CRU).

¹¹⁶ Les DNO successives prévoient explicitement que le programme de contrôle (lutte contre la maltraitance) relevait de la DGAS et de la DHOS (pour les unités de soins de longue durée). Cet aspect n'a pas été contrôlé par la mission IGAS. Il n'en demeure pas moins que les modes de traitement des plaintes, et des signalements n'ont pas bénéficié d'une réflexion partagée entre les deux directions. La DGS mène une réflexion avec la Justice (dans le cadre du plan « *Violence et santé* »).

3.2.2 Faire de la Justice un partenaire majeur, tant au niveau national que local

Les relations avec le ministère de la Justice sur une question relative à la protection des personnes sont un enjeu majeur. Ces relations peuvent trouver de nombreux points d'application :

- approche coordonnée des services centraux du ministère auprès de la Justice ;
- prise de contact et mise en place de protocoles ou modalités de fonctionnement avec la Justice au niveau local, auxquels les conseils généraux doivent impérativement être associés (cf. *supra*) ;
- étude sur la jurisprudence à partir des condamnations prononcées quand la victime est une personne vulnérable (cf. *infra*) ;
- réalisation, sous l'autorité de la Justice, d'un outil opérationnel destiné aux Parquets mais aussi aux services de terrain (services déconcentrés de l'Etat, conseils généraux, réseaux associatifs...).

3.2.3 Mobiliser les représentants des établissements et associer les usagers pour promouvoir une politique de sensibilisation et de prévention

L'association, le plus en amont possible, des fédérations nationales représentant les établissements gestionnaires et les usagers, ainsi que les professionnels¹¹⁷, apparaît comme un enjeu stratégique, tant au niveau de la conception, que comme relais de la mise en œuvre opérationnelle. Nombre de fédérations ont déjà entamé des réflexions et lancé des actions.

Il s'agit maintenant de franchir un pas et d'aller, en concordance avec l'esprit de la loi de 2002, vers une politique privilégiant systématiquement la sensibilisation et la formation dans les établissements, et la participation des usagers.

Le secteur du handicap doit être pleinement associé à cette stratégie.

Un cadrage national méthodologique¹¹⁸ serait utile, de même que la recherche de consensus et de référentiels sur les bonnes pratiques professionnelles.

Dans les départements, de nombreuses déclinaisons sont possibles, par exemple :

- préconisations des rapports de contrôle dont la mise en œuvre pourrait être rendue plus facile avec le soutien des associations et réseaux ;
- offre de formation-sensibilisation, adaptée au fonctionnement des établissements ;
- mise en place, dans les situations de risque et de première alerte, de réponses graduées, plus nuancées, moins culpabilisantes, à apporter aux établissements et à leurs personnels, pour dépasser l'alternative actuelle silence ou sanction professionnelle ;
- aide à la mise en œuvre de l'auto-évaluation dans les établissements.

¹¹⁷ Par exemple, associations des médecins coordinateurs...

¹¹⁸ Par exemple, contenu général de la sensibilisation, éventuellement en plusieurs « niveaux ».

3.3 Valoriser et adapter les outils des services

3.3.1 *S'appuyer de façon systématique sur les procédures existantes*

Nombre de procédures existantes (budgets, autorisations et extensions des établissements, conventions tripartites, schémas et autres outils de planification...) permettent, sur des points précis, des avancées dans la qualité de la prise en charge et/ou son anticipation (formation...), mais elles sont utilisées de façon ponctuelle. C'est la combinaison de toutes les procédures existantes et leur utilisation systématique qui peuvent offrir de meilleures garanties.

Un outil (guide) pourrait être mis à la disposition des services, pour préciser comment les différentes procédures peuvent être optimisées pour dépister et lutter contre les risques de maltraitance.

Veiller à l'utilisation par les services de ces outils est une des fonctions à assigner au référent maltraitance de chaque DDASS, fonctions qui devraient d'ailleurs faire l'objet d'une définition plus harmonisée quant à son contenu.

3.3.2 *Mutualiser les outils en créant un réseau public "lutte contre la maltraitance – promotion de la bientraitance"*

La richesse des outils existants a été signalée. La mise en place d'un site d'information et d'échanges¹¹⁹, ouvert à tous les partenaires, constituerait un soutien aux opérateurs.

Outre le partage des outils existants (guides, documents types...), ce site pourrait permettre d'avancer sur des domaines où de fortes attentes se manifestent : fonction documentaire, conseil juridique.

Plusieurs autres champs d'actions existent :

- construction d'outils informatiques d'aide à la gestion transversale et inter-services des dossiers d'établissements ;
- formation des agents de l'Etat et des conseils généraux sur l'inspection et la maltraitance, en liaison avec l'ENSP et le CNFPT.

3.3.3 *Adapter la politique d'inspection*

La prévention primaire¹²⁰ doit être mise en place essentiellement grâce à une démarche concertée et systématique avec les acteurs (cf. *supra*), et la vigilance des pouvoirs publics sur

¹¹⁹ La mise en place d'un réseau national ne signifie pas qu'il incombe à la DGAS de tout concevoir ; au contraire, il serait même souhaitable qu'y participent activement les MRIICE, les fédérations, les conseils généraux,... selon les compétences qu'ils ont développées. Le rôle de la DGAS serait plutôt de cadrer l'architecture de ce réseau et d'en garantir la cohérence et la pertinence, en lien avec les autres partenaires.

¹²⁰ Conseil de l'Europe, rapport du Professeur Hilary Brown précité, sur la notion de prévention : au stade primaire, les interventions empêchent les abus de se produire ; au stade secondaire, il s'agit de détecter rapidement les abus et, au stade tertiaire, de prendre en charge les victimes. L'intervention est soit défensive (elle

les établissements (contrôle de l'activité de leurs établissements par les conseils généraux, utilisation systématique des procédures existantes dans les DDASS).

Il est souhaitable de maintenir des inspections à titre préventif¹²¹, notamment pour enrichir la réflexion-action des partenaires sur les facteurs de risques, et de redonner une priorité au secteur du handicap. Mais il faut aussi prendre acte des pratiques, qui rendent compte d'une réalité : la montée des plaintes. Celle-ci paraît une tendance lourde¹²². La mission préconise donc d'adapter le programme d'inspection à cet impératif de prévention secondaire qui ne peut relever que de l'action des autorités publiques.

Le recalibrage de la politique d'inspection suppose d'adapter les outils : inspections plus courtes, plus ciblées, qui nécessitent des guides de contrôle et outils plus pratiques et efficaces, attention à porter aux suites.

3.4 Evaluer et mieux connaître

3.4.1 Evaluer les dispositifs en faveur des usagers et de soutien aux victimes

Plusieurs champs nécessiteraient d'être mieux cernés et évalués, car ils constituent souvent le préalable à des réflexions plus abouties et à la mise en place d'actions concrètes :

- en priorité, les dispositifs d'écoute téléphonique existants : l'audit organisationnel et financier, nécessaire, doit s'appuyer sur l'étude des besoins des personnes âgées et handicapées et du rôle de ces dispositifs dans les signalements ;
- la mise en œuvre de la loi de 2002, et notamment de tous les aspects relatifs aux droits des usagers ;
- l'étude des décisions judiciaires, sous le pilotage du ministère de la justice : elle permettrait d'une part de mieux comprendre leurs ressorts (preuves dans les condamnations...), d'autre part de mieux identifier les caractéristiques des personnes vulnérables et des personnes incriminées. Des enseignements utiles à l'action devraient pouvoir en être tirés (enseignements pratiques pour les services administratifs de l'application du code pénal, et articulation avec la justice ; guide de l'action publique...)
- le lancement d'une étude nationale sur la maltraitance des personnes âgées : ce serait un élément de prise de conscience¹²³ dans le grand public et auprès des acteurs de terrain, comme le recommandait le rapport Debout. Elle devrait être étendue aux personnes handicapées et distinguer les phénomènes à domicile des cas de maltraitance en établissements.

visé à éviter un danger, par exemple, en excluant un membre du personnel) soit offensive (par exemple, en encourageant la participation des usagers).

¹²¹ Par exemple, repérage grâce aux outils des DDASS et des conseils généraux – placements des COTOREP, APA en établissements - des établissements pouvant présenter des facteurs de risques...

¹²² Extension des commissions des plaintes, de l'information de usagers, de la prise de conscience, des réflexes de « *consommérisme* »...

¹²³ Voir l'impact de l'étude « *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale* ». La documentation française. Juin 2002.

De façon plus générale, il serait souhaitable de parer à la faiblesse des études et recherches en sciences sociales dans un champ qui risque de connaître un important développement.

3.4.2 Un contexte nouveau qui pose la question des outils de la connaissance

L'outil PRISME a représenté un travail intéressant et précurseur mais le logiciel informatique doit traduire des procédures amont éclaircies.

Sa pérennité suppose des avancées et des réponses sur nombre de points soulevés et que soit aussi résolue la contradiction qui préside à ses objectifs (outil d'information en temps réel de l'administration centrale ou outil statistique).

Par ailleurs, le contexte en évolution montre que se mettent en place des outils de connaissance régionaux, locaux, ou associatifs ; ce phénomène devrait s'étendre avec la prise de responsabilité des pilotes de la politique sociale dans les départements, les conseils généraux. Cette question mériterait d'être plus amplement expertisée, pour permettre, au niveau national, le recueil et l'analyse de statistiques fiables et utiles à la mise en œuvre des politiques publiques dans un contexte de décentralisation.

Françoise BAS-THERON

Christine BRANCHU

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Liste des sigles

Annexe 3 : Situations de bientraitance, situations à risque, situations de maltraitance

Annexe 4 : Schéma des acteurs et institutions cités dans la circulaire du 3 mai 2002

Annexe 5 : Fiche-action sur la lutte contre la maltraitance du schéma gérontologique (en phase finale d'élaboration) du département du Val d'Oise.

Annexe 6 : Lettre de plainte

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Liste des personnes rencontrées

NIVEAU NATIONAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Secrétariat d'Etat aux personnes âgées

M Bertrand BUFFON, Conseiller technique

Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées

Mme Annie COLETTA, Conseillère technique

Inspection générale des affaires sociales

M. Roger LINSOLAS

M. Roland CECCHI TENERINI

M. Dominique GIORGI

M. Christophe LANNELONGUE

Mme Pascale GARD-GODON

Direction générale de l'action sociale

M Jean Jacques TREGOAT, directeur

Mme Florence LIANOS, sous-directrice des âges de la vie

M. Daniel ANGHELOU, chef du bureau 2A Protection des personnes

Mme Amélie CHARRETIER-JACQUET, bureau 2A

Mme Françoise LE CLOITRE, chargée du suivi des signalements de maltraitance dans les structures sociales et médico-sociales

Mme Annick BONY, chef du bureau Personnes âgées

Mme Frédérique CHADEL, chargée de mission

M. Antoine de CHATEAU-THIERRY, chef du bureau Enfance et famille

Mme Anne OUI, adjointe au chef du Enfance et famille

M. Joël BLONDEL, sous directeur des institutions, des affaires juridiques et financières

M. Jean Pierre HARDY, chef du bureau Réglementation financière et comptable

Mme Danièle NICHOLAS-DONZ, chef de projet de qualité

Mme Catherine PICARD, chef du bureau des affaires juridiques et contentieuses

M. Thierry BOULISSIERE, chef du bureau Adultes handicapés

Mme Sophie JACQUOT, chef du bureau Enfance handicapée

Mme Michèle AUDI, adjointe à la chef du bureau Enfance handicapée

Direction générale de la santé

M. Patrick AMBROISE, chef du bureau Santé des populations, précarité et exclusion

Mme Véronique MALLET, bureau Santé des populations, précarité et exclusion, chef du projet « Violence et santé »

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Mme VAN HERZELÉ, chef du bureau Droit des usagers et fonctionnement général des établissements de santé

Mme Isabelle MANZI, chargée des questions juridiques

Direction de l'administration générale, du personnel et du budget –Sous direction des systèmes d'information et des télécommunications

M. Claude GROJEAN, chef de projet informatique

MINISTERE DE LA JUSTICE

Directions des affaires criminelles et des grâces

M François CAPIN-DULHOSTE, chef du bureau des politiques pénales générales et de la protection des libertés individuelles

Mme Aude MARLAND, magistrat

ASSOCIATION DES DEPARTEMENTS DE FRANCE (ADF)

M. Jean Michel RAPINAT, chef de service du pôle Social

ALMA - FRANCE

Mme Françoise BUSBY, directrice

Professeur Robert MOULIAS, vice président

M. Christian COLLIN, coordinateur national

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF)

M Claude MEUNIER, directeur général

Docteur MICHEL DELCEY, conseiller national médical, santé, recherche

M Dominique DUSIGNE, conseiller juridique du pôle réseau

UNAPEI

M Laurent COCQUEBERT, directeur général

NIVEAU REGIONAL

AQUITAINE

DRASS

M. BECOT, directeur régional
Mme COIFFE, secrétaire générale de la DRASS
Mme CLAVEL-SARRAZIN, responsable de la MRIICE

Docteur BARATCHART, MISP, Inspection régionale de la santé

Service des politiques sociales et médico-sociales :
Mme GEOFFROY, IASS, secteur social
Mme FONT, IASS, secteur handicapés
Mme CARTAU, IASS, chargée de mission transversale.

BRETAGNE

Mme Bernadette MALGORN, Préfète d'Ile et Vilaine, préfète de la région Bretagne

DRASS

M. Jean-José ANDREA, directeur régional
M. Bernard GUILLOU, responsable de la MRIICE
Mme Christylla ETIENNE-JACQUET, responsable du service des actions médico-sociales

ILE DE FRANCE

DRASS

M. Michel PELTIER, directeur régional
Mme Danièle NAGEOTTE, inspectrice principale, responsable de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, contrôle, évaluation MRIICE
M. Christophe BARLET, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, MRIICE
M. Fabrice TOUZARD, secrétaire administratif, MRIICE

NIVEAU DEPARTEMENTAL

Département des Côtes d'Armor

M. MACCIONI, préfet

Procureur de la République de St Brieuc

Mme Maryvonne CAILLEBOTTE

DDASS

M. Philippe FORT, directeur
M. François de MARTEL, directeur adjoint
Mme Martine GALIPOT, IPASS
M Hugues GRASELY, IASS (personnes handicapées)
Mme Rosemarie JOULAN, IASS (personnes âgées)
Docteur Annie LE GOAS, MISP
Docteur Jacques PERNES, MISP

Conseil Général

Mme Marie Hélène BATTAS, directrice de la Solidarité départementale
Docteur GOULON, personnes âgées et personnes handicapées
Mme LE BERRE, personnes handicapées
Mme LEON, personnes âgées
M Daniel MACE, coordinateur des politiques pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Maison de retraite de Montbareil à Saint Briec

Mme Françoise JOUAN, directrice

Institut Médico-Educatif du Valais

M Alain CARRÉE, directeur

Antenne ALMA

Mme Denise GRANDJEAN, présidente
Mme Marie Claire BOUYAUD, membre, écoutante
M Le TELLIER, membre, référent

Département du Finistère

M. Gonthier FRIEDERICI, préfet

DDASS

M. Christian MEURIN, directeur
Mme Nathalie GUYADER, directrice adjointe
M. Michel LE JOLIFF, inspecteur hors classe des affaires sanitaires et sociales, responsable du département social
Mme Nicole COUSIN, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, responsable du secteur hébergement et logement
M. Alain COMPAIN, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales, responsable du département médico-social
Mme Sophie LASSERRE, chargée de mission EHPAD

Mme Marie-Claude FRANCOIS, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, responsable du secteur enfance handicapée

Mme Christelle GUERIN, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, responsable du secteur adultes handicapés

Mme le docteur Françoise LARGEAU, médecin inspecteur en chef de santé publique, responsable du département de santé publique

Mme le docteur Juliette DERRIEN, médecin inspecteur de santé publique

Conseil général

Mme Jocelyne DHOLLAND, directrice générale adjointe chargée de la solidarité

Mme le docteur Anne KIEFFER, chef de service action médico-sociale, grand âge – handicap

Mme le docteur Marie-Françoise HUYGUES DES ETAGES, médecin conseil handicap

Mme Antoinette LE QUERE, chargée des questions de maltraitance

Office des retraités de Brest - Antenne du Finistère de la fédération ALMA

M. René BADOU, président

Mme Anne-Marie ABIVEN

M. Jean-Marie BAYRAND

Mme Jeannette CLOAREC

M. Guy CRISSIN

Mme Marie Jo GAURIOU ANDRE

Mme Marie-Thérèse PHILIPPE

Mme Odette SEZEQUEL

Département de la Gironde

M. PENY, secrétaire général de la préfecture

Procureur de la République

Mme Marie Hélène de la LANDELLE, Vice-procureur

DDASS

M. de CHALUP, directeur départemental

M. BOISSEAU, directeur-adjoint

Pôle Politiques et programmes de santé, service Politiques et actions de santé :

Docteur MANETTI, MISP, chef du service, et chargé de l'inspection et du suivi des établissements médico-sociaux et des établissements de santé du Nord de la Gironde.

Docteur JAMET, MISP, Inspection et suivi des établissements médico-sociaux et des établissements de santé du Sud de la Gironde

Pôle santé-environnement :

Mme BINDER, technicien sanitaire en chef

Pôle Politique sanitaire et médico-social, service politique sociale et médico-sociale :

Mme Cécile RAPINE, IPASS, référent maltraitance

Cellule inspection contrôle :

M. BONNEMAISON, IASS, Personnes âgées, chargé de la cellule inspection-contrôle jusqu'à fin 2004.

M. HULLOT, IASS, Personnes âgées, chargé de la cellule inspection-contrôle depuis fin 2004.

Mme COLIN, adjoint administratif, Personnes âgées, cellule inspection-contrôle

Mme RABASTOU, secrétaire administratif, Personnes âgées, cellule inspection-contrôle

Service personnes âgées :

Mme QUERE, IASS, secteur personnes âgées, planification, tarification, conventionnement

Melle BONAVENTURE, contractuelle sur la réforme de la tarification

Melle LEVASSEUR, secrétaire administratif

Mme MERCADAL, contractuel

Mme THOUVENIN, secrétaire administratif

Service personnes handicapées :

Mme BROSSARD, IASS

Mme LAPRIE, IASS

Service communication :

M. MARTIN, chargé de communication

Conseil général

Mme LISSE, directrice de la solidarité

M. BLAIS, attaché territorial, service des établissements pour adultes handicapés

Docteur BOISSE, gériatre, service personnes âgées

Docteur FROSSARD, accueillants familiaux, conseiller technique sur les établissements pour personnes adultes

Mme le Docteur MAGNAUDET, personnes âgées et personnes handicapées à domicile

Mme MUSQUIN, responsable du numéro vert

Etablissements

IEM d'Eysines (APAJH) :

M. DUCALET, directeur général, ancien directeur du CREAHI Aquitaine,

Le directeur de l'établissement, les éducateurs, un groupe de 5 jeunes résidents.

Maison de retraite

Département des Pyrénées Atlantiques

M. Philippe GREGOIRE, préfet

Mme PUYO, chargée de mission droit des femmes auprès du préfet

Procureur de la république

M. Eric MAUREL

DDASS

M. Jean-Marc TOURANCHEAU, directeur

M. Bertrand ABIVEN, directeur adjoint

Mme Véronique MOREAU, inspectrice principale, responsable du pôle santé

Mme Béatrice ANDILLON, médecin inspecteur de santé publique, inspection et actions de santé

Mme Marie-Josée ABOU-SALEH, médecin inspecteur de santé publique, inspection et actions de santé

Mme Marie-Louise ALVAREZ-MOTORRA, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, politique personnes âgées

Melle Gisèle CAMIZULI, chargée de mission conventions tripartites

M. Nicolas PARMENTIER, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales, responsable du pôle social

Mme Sandrine BATIFOULIE, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, handicapés mineurs

Mme Cécile PERO, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, handicapés adultes

M. Paul SALVIA, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, responsable du pôle ressources

Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse

M. Jean TEUMA, directeur

Mme Joëlle BORELLO, conseillère technique

Conseil général

M. Miguel BREHIER, directeur général des services

M. Christian TABIASCO, directeur général adjoint, direction de la solidarité départementale

Association paloise d'aide aux victimes et de médiation (APAVIM)

Mme Nicole TERCQ, directrice

Mme Brigitte LAMARRE, psychologue clinicienne

M. Philippe BORDENAVE

Département de l'Essonne

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

M. Bernard LEREMBOURE, Directeur

Mme Michèle Le FOL, Directrice adjointe

Conseil général

M. Jérôme GUEDJ, Vice Président chargé des solidarités

Mme Pascale PREVOTEL

Association AGE 91

Docteur Bernard DUPORTET, Président
Mademoiselle Rachel PORTHEAULT, Directrice

Département du Val de Marne

Conseil Général du Val-de-Marne –

Mme Michèle CREOFF, directeur de l'enfance et de la famille

Département du Val d'OISE

M. Christian LEYRIT, Préfet

Procureur de la République

M. SALVAT

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Mme Christine LAVAIL, directrice adjointe

M. Jean-Noël MILLIOT, directeur adjoint

Mme Sophie SERRA, inspectrice principale des affaires sanitaires et sociales, responsable du domaine Politiques médico-sociales

Mme Marie LAPORAL, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, Personnes âgées

M. Eric VENOUGOBALANE, chargé de mission

Mme Béatrice PERCHEY, secrétaire administratif, Personnes âgées

Mme Géraldine MAYET NOËL, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, personnes handicapées – enfance

Mme Valérie CASTRIC, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, personnes handicapées – adultes

Mme Emmanuelle ROSSIGNOL, conseillère technique en service sociale

M. Laurent CHAMBON, assistant social

Docteur Marc GASTELLU, médecin inspecteur de santé publique, Inspection départementale de la santé

Conseil général

M BAZIN, maire, conseiller général, vice-président du conseil général, président de la commission des affaires sociales, de la santé et du logement

Mme ROSSI, direction adjointe de la solidarité, directeur des personnes âgées

Mme BLANCHARD, chef du service des prestations pour les personnes âgées en établissements

Mme Violaine LE ROUX, Direction des personnes handicapées Responsable contrôle-tarifification des établissements

Docteur DEMINOT, médecin du conseil général

ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES

Liste des sigles

ALMA : Allô maltraitance des personnes âgées
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ASE : aide sociale à l'enfance
APA : allocation pour personnes âgées
APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés
APF : association des paralysés de France
CAR : conférence administrative régionale
CASF : code de l'action sociale et des familles
CDCPH : comité départemental consultatif des personnes handicapées
CDPLM : comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables
CIRA : centre interministériel de renseignements administratifs
CLIC : centre local d'information et de coordination
CNCPH : conseil national consultatif des personnes handicapées
CNFPT : conseil national de la fonction publique territoriale
CODERPA : comité départemental des retraités et des personnes âgées
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
CREAHI : centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSMS : comité régional de l'organisation sanitaire et médico-sociale
CTRI : comité technique régional et interdépartemental
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCCRF : direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGAS : direction générale de l'action sociale
DNO : directive nationale d'orientation (annuelle) du ministère des affaires sociales
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la région Ile de France
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques (ministère des affaires sociales)
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP : école nationale de santé publique
ESMS : établissement social et médico-social
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but lucratif
GCD : groupe de coordination départemental
GIR : groupe iso ressources
IASS : inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
IME : institut médico-éducatif
MAFI : mission d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés (IGAS)
MAS : maison d'accueil spécialisée
MISP : médecin inspecteur de santé publique
MRIICE : mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (DRASS)

ODAS : observatoire de l'action sociale décentralisée
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONED : office national de l'enfance en danger
PASSED : projet d'action stratégique de l'Etat en région
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PNNS : programme national nutrition santé
PRISME : prévention des risques, inspections, signalements des maltraitances en établissement
PRIICE : plan régional et interdépartemental d'inspection et de contrôle
PRS : programme régional de santé
SIGNAL : volet « signalements » de PRISME
SNATEM : service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
UNAPEI : union nationale des amis et parents de l'enfance inadaptée
URIOPSS : union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
VAE : validation des acquis de l'expérience

ANNEXE 3 : SITUATIONS DE BIEN-ÊTRE,
SITUATIONS À RISQUE, SITUATIONS DE
MALTRAITEMENT

Extrait d'un des outils élaboré avec les professionnels, pour la réflexion et l'auto-évaluation individuelle des professionnels des établissements. Colloque organisé par la DDASS de la Gironde en 2004

Les références partent des temps de vie de la personne accueillie en établissement : le lever, les traitements, la toilette, les repas, l'animation. Pour chacun de ces temps, les situations sont classées en trois groupes : bientraitance, à risque, maltraitance.

Illustration sur le temps « la toilette » :

Bientraitance :

- Je lui explique ce que je fais au fur et à mesure
- J'essaie d'obtenir son accord par le dialogue
- Je respecte son intimité – je ferme la porte pour respecter sa pudeur
- J'habille la personne en tenant compte de son avis (habits, maquillage, bijoux, coiffure)

A risque :

- Je ne tiens pas compte de la température ambiante
- Je la laisse en tenue de nuit, elle sera habillée pour le soir
- Je l'habille moi-même car je suis pressée
- J'impose la tenue (pas le choix) et/ou son maquillage

Maltraitance :

- Je ne lui lave jamais les pieds, les dents, les appareils dentaires, les cheveux
- Je ne lui mets pas d'appareil dentaire, de toutes façons elle en s'en sert pas
- Je ne change pas la personne lorsqu'il y a nécessité
- Elle demande à être accompagnée aux toilettes, je n'ai pas le temps, je lui réponds : « Vous avez une couche, faites dedans ».

**ANNEXE 4 : SCHEMA DES ACTEURS ET INSTITUTIONS
CITES DANS LA CIRCULAIRE DU 3 MAI 2002**

Adultes vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées

Comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables (CDPLM)

Sous autorité du Préfet / en concertation avec le président du conseil général

- Le DDASS,
- Le procureur de la République,
- Les juges des tutelles,
- Les services de police et de gendarmerie,
- La DDCCRF,
- un représentant de l'antenne ALMA,
- un représentant de l'association départementale d'aide aux victimes,
- des représentants d'associations d'usagers de la justice,
- des représentants des associations tutélaires,
- un représentant du conseil départemental des personnes âgées (CODERPA),
- un représentant du comité départemental consultatif des personnes handicapées.

Cellule institutionnelle de traitement et de suivi des signalements :

- formation restreinte et technique du comité départemental
- peut associer à ses travaux des médecins, notaires, avocats...

- effectuer un diagnostic partagé ;
- élaborer un programme de sensibilisation, de prévention et de lutte contre la maltraitance qui constituera un volet spécifique commun aux schémas départementaux des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- évaluer le programme
- développer ou de créer une antenne d'écoute et d'accueil téléphonique
- mettre en place d'une cellule inter institutionnelle de traitement et de suivi des signalements
- proposer des sites d'inspections dans le cadre de l'élaboration du programme pluriannuel d'inspection et de contrôle des établissements

- regrouper les signalements effectués auprès des différentes instances
- analyser les signalements, en collaboration étroite avec les services compétents, avec le soutien d'experts et des personnes ressources
- coordonner la gestion et le suivi des situations de maltraitances ;
- élaborer un protocole d'intervention dans les situations de crise
- prévoir les modalités des enquêtes et des contrôles nécessaires
- centraliser les données recueillies par les différents services en constituant un fichier départemental des signalements dans la perspective de la mise en place d'un observatoire départemental des violences.

Personnes ressources

**ANNEXE 5 : FICHE-ACTION SUR LA LUTTE CONTRE LA
MALTRAITANCE DANS LE SCHEMA
GERONTOLOGIQUE DU DEPARTEMENT DU VAL
D'OISE**

Fiche-action sur la lutte contre la maltraitance dans le schéma gérontologique du département du Val d'Oise (en phase finale d'élaboration à l'automne 2005).

<u>1 – PREVENIR L'ISOLEMENT SOCIAL ET FAMILIAL DE LA PERSONNE AGEE</u>	
Fiche Action 1-5 Renforcer la lutte contre la maltraitance chez les personnes âgées à domicile et en établissement	
PUBLIC VISE	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées vulnérables - Les professionnels, les aidants familiaux
ACTEURS CONCERNES	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil Général – DPA, DPH, DPS, DVS, Observatoire départemental, DSI, Direction de la Communication - DDASS, Plate-forme régionale - Parquet, juge des tutelles... - Responsables d'établissements et services....
LIEU DE L'ACTION	- Le département
DESRIPTIF DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les actions engagées en articulation avec la plate-forme régionale - Renforcer la coordination avec les services de l'Etat et plus particulièrement la DDASS pour un meilleur suivi des établissements (articulation avec le dispositif du système d'information PRISME - Développer des actions de sensibilisation auprès du public, des aidants familiaux et de tous les professionnels intervenant auprès des personnes âgées - Développer des actions de formation auprès des professionnels - Mutualiser l'organisation des dispositifs de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et/ou handicapées
CONDITIONS NECESSAIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Temps institutionnel - Un ajustement des moyens humains et financiers - Des actions de communication
ATOUS	<ul style="list-style-type: none"> - Une volonté partagée par les professionnels, - La mise en place d'un dispositif régional et départemental,
FREINS	- Les moyens insuffisants pour assurer un travail de prévention et de suivi des préconisations.
DELAI DE MISE EN ŒUVRE	- Des actions à prévoir sur la durée du schéma
EVALUATION	- Suivi statistiques annuel à travers la mise en place d'un observatoire de la maltraitance

ANNEXE 6 : LETTRE DE PLAINTE

Une lettre de plainte « courante » (extraits)

De Mme N, mère d'une personne âgée, Mme P, résidente d'une maison de retraite, à la DDASS :

« ...Ma maman se trouve dans cette maison de retraite depuis bientôt trois ans. Le personnel a commis un nombre important d'infractions qui vont à l'encontre du règlement...Il y a un manque d'hygiène évident. Il y a des chiens dans les cuisines, et, malgré les panneaux d'interdiction de fumer posés récemment, le personnel fume quand même. Le personnel tutoie ma mère, ce qui est un manque de respect vis à vis d'elle.

...Un mardi après-midi, lorsque comme d'habitude, j'ai voulu aller promener ma mère, elle baignait dans ses besoins. J'ai demandé au personnel si cela était normal, il m'a répondu qu'il n'était pas payé pour changer maman, mais pour faire le ménage. Le jeudi, le docteur est venu pour examiner maman. Je voulais que la dame de service la change. Elle m'a répondu que c'était l'heure de la débauche...

...J'ai rencontré la directrice Mme Z... Elle n'a rien voulu entendre. Le patron, M. Z (mari de la directrice), m'a menacé et m'a dit que dans un mois à compter d'aujourd'hui, il mettra maman à la porte... Il m'a répondu qu'il avait tous les droits car il est le patron.

...Maman ne reçoit aucun soin, aucune stimulation alors qu'elle a la maladie d'Alzheimer, de l'ostéoporose et qu'elle est diabétique. Je suis très inquiète de l'avenir de ma mère dans cette maison de retraite... »

Mme P. réside dans un établissement bien connu des services, faisant l'objet d'un « suivi au long cours ».

Résumé du dossier de l'établissement

La maison de retraite (14 résidents, âgés de 90 à 98 ans, dont 2 autonomes pour réaliser leur toilette) a fait l'objet d'un contrôle inopiné, le 13 octobre 2003, par une équipe de la DDASS (1 IASS, 1 IES, 1 infirmière de santé publique). L'objectif de la visite est de s'assurer de la prise en compte des demandes faites par la DDASS lors d'un précédent contrôle.

Les constats du rapport sont les suivants : les locaux sont en bon état mais peu adaptés à la dépendance ; l'organisation des repas est insatisfaisante ; les injonctions précédentes n'ont pas été suivies d'effets : animation inexistante, non respect du droit des usagers, organisation du travail centrée autour de la fonction nettoyage, organisation des soins très déficiente, absence totale de formalisation, hygiène alimentaire non réglementaire. Le rapport conclut à une qualité de la prise en charge très dégradée et envisage un changement de gestionnaire s'il n'y a pas d'amélioration significative de la situation.

Le DDASS adresse à la directrice le 21 octobre 2003 le rapport contradictoire, une lettre d'injonctions et indique qu'il sera procédé à la vérification de l'exécution des injonctions. La directrice répond le 20 novembre 2003 : elle indique mettre en place un certain nombre de mesures. Elle se défend et justifie ses pratiques.

Le 28 mai 2004, la DDASS organise une visite inopinée de l'établissement. La directrice est absente. La visite conclut à l'absence de suites données aux injonctions d'octobre 2003, sauf pour la partie hygiène de la cuisine. La directrice est convoquée à la DDASS, elle demande des délais supplémentaires. Une lettre du DDASS indique les mesures qui permettraient de définir un socle minimal de fonctionnement qui pourrait être jugé satisfaisant ; elle précise que la prochaine étape prévue par le CASF serait la décision de sanctions administratives par le Préfet, dont les conséquences seraient très lourdes pour l'institution. Elle demande que les réalisations soient précisées pour le 30 septembre 2004.

La directrice répond le 29 septembre 2004 et indique la liste de mesures dites prises.

En avril 2005, la DDASS reçoit la plainte de la petite fille d'une résidente (cf. supra). Une réponse d'attente lui est adressée.

Le MISP prend en charge le dossier, les décisions prises sont indiquées à la commission des suites début juin 2005 : reconvoque la directrice à la DDASS et saisine du Procureur pour les faits indiqués dans la lettre de plainte.

« Pour remplir sa mission de protection des personnes vulnérables et de garant de la prise en charge des usagers¹, la DDASS a...effectué une [et même plusieurs] inspection car les violences institutionnelles constituent le symptôme de dysfonctionnement graves [...] qui a établi des faits, rassemblé des éléments objectifs et n'a pas donné lieu à des appréciations subjectives. Cette enquête n'a pas cherché les preuves d'une culpabilité mais a visé à s'assurer de l'absence de danger pour les personnes accueillies et des capacités de l'établissement à poursuivre leur prise en charge... ».

**REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ACTION
SOCIALE**



Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

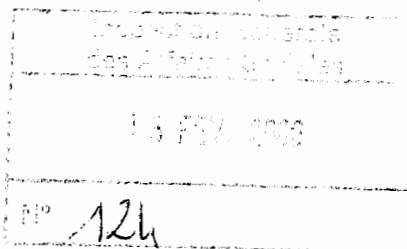
Sous-direction des âges de la vie
Bureau de la protection des personnes

Paris, le

- 8 FEV. 2006

Affaire suivie par : Amélie CHARRETIER-JACQUET
Tél : 01 40 56 88 42 Fax : 01 40 56 87 22
Courriel : amelie.charretier@sante.gouv.fr

N/Réf :



**Note à l'attention de Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY,
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

OBJET : réponse au rapport sur l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico- sociaux

Depuis 2001, la direction générale de l'action sociale met en place une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables. En 2005, vos services ont procédé à l'évaluation de la mise en œuvre de cette action. Le rapport provisoire, que vous m'avez transmis le 21 décembre 2005, appelle de ma part quelques commentaires.

Je tiens tout d'abord à préciser que je partage l'essentiel des constats, analyses et propositions formulés par les membres de la mission de l'IGAS. Je note que les rédacteurs du rapport soulignent l'intérêt et la légitimité de l'Etat à intervenir dans ce domaine, compte tenu des enjeux majeurs liés à la protection des personnes vulnérables dans le champ social et médico-social. Le cadre législatif et réglementaire en vigueur y est jugé suffisamment adapté pour assurer une protection satisfaisante des publics vulnérables. Il y est pris acte de la mise en place aux niveaux central et déconcentré des dispositifs, procédures, outils.

Des avancées y ont été constatées depuis cinq ans, même si des insuffisances subsistent. A ce titre, le rapport met l'accent sur la nécessité de clarifier les concepts et les compétences respectives de l'Etat et du département, de renforcer la cohérence de certains dispositifs et de développer les partenariats, notamment avec les services de la justice et les départements.

Partant des mêmes constats, j'ai décidé, en accord avec le cabinet de Monsieur BAS, d'engager dès 2006 une nouvelle phase de cette politique, dont le programme d'action est en cours de finalisation. Une attention particulière sera portée à l'accompagnement des services déconcentrés chargés de sa mise en œuvre.

Il convient de préciser que mes services ont lancé en 2005 des actions visant à améliorer la connaissance de la maltraitance en institution, la sensibilisation et la formation des professionnels. A ce titre, la prévention de la maltraitance constitue une des priorités du programme de formation professionnelle continue des personnels de la fonction publique hospitalière (ANFH). La connaissance des phénomènes de maltraitance a par ailleurs été inscrite dans les référentiels de compétence des professionnels, dans le cadre de la refonte des diplômes gérés par la direction générale de l'action sociale.

De même, le volet « SIGNAL » du système d'information « PRISME » devrait à terme permettre de mieux cerner l'ampleur du phénomène et d'avoir une connaissance plus fine des situations de maltraitance en établissement. Le volet « VIGIE » (inspections et suites données) devrait être mis en place avant la fin de l'année.

L'étude programmée en 2006 sur les dispositifs d'écoute téléphonique devrait également contribuer à améliorer la connaissance de la maltraitance en institution, ainsi que permettre l'adoption de mesures susceptibles de renforcer la cohérence des dispositifs, la coordination des acteurs et l'efficacité des actions, dans la perspective de la mise en place d'un dispositif national d'accueil téléphonique couvrant l'ensemble des situations de maltraitance envers les adultes vulnérables.

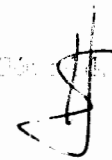
Par ailleurs, consciente des difficultés d'interprétation et de mise en œuvre des dispositions relatives aux autorités chargées du contrôle des établissements, la direction générale de l'action sociale a introduit dans l'ordonnance de simplification du 1^{er} décembre 2005 des dispositions qui devraient clarifier la situation.

Parallèlement, il convient de renforcer la collaboration entre les services de l'Etat et du département. Une réflexion sera engagée avec l'Assemblée des départements de France pour convenir des modalités de coopération sur ce sujet.

Enfin, compte tenu de la nécessité de poursuivre la mobilisation des services déconcentrés (dans la mesure de leurs moyens) en matière de repérage des risques de maltraitance en institution, il m'apparaît essentiel de reconduire en 2007 le programme pluriannuel d'inspections, dont le champ et les modalités seront à discuter avec vos services (Mission d'appui aux fonctions d'inspections).

En tout état de cause, c'est avec la volonté de clarifier et de consolider la politique de lutte contre la maltraitance que j'entends poursuivre l'action engagée. A ce titre, le rapport que vous avez bien voulu me faire parvenir constitue un point d'appui essentiel pour l'élaboration et la mise en œuvre de la nouvelle phase de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Le Directeur Général de l'Action Sociale



Jean-Jacques TROGAT