

Travaux préparatoires à l'élaboration
du Plan Violence et Santé
en application de la loi relative
à la politique de santé publique du 9 août 2004

Commission
« Personnes âgées et personnes handicapées »

Professeur Marie-Eve Joël
Mars 2005



Membres de la Commission :

Mme Marie Eve JOEL, Professeur à l'Université Paris Dauphine, présidente de la Commission.
M. le Pr CASSOU, Chef de service gérontologie, hôpital Sainte Perrine, Paris
M. Denis COLIN, Gériatre, Médecin des hôpitaux détaché au Centre régional de rééducation spécialisé de l'Arche du Mans.
M. Arnaud DE BROCA, FNATH
Mme Isabelle DONNIO, Directrice d'un Service de soins à domicile pour personnes âgées et handicapées, psychologue, chargée d'enseignement à l'Ecole Nationale de la Santé publique
Melle Judith DULIOUST, interne santé publique
M. Bernard DUPORTET, Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés
M. Bruno FABRE, Chargé de mission à la DRASS du Centre, Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, Responsable de la Mission d'inspection et de contrôle de la région Centre
M. Karim FELISSI, FNATH
Mme Pascale GILBERT, DREES, Médecin de santé publique
Mme Laure GREGOIRE, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, chargée de l'organisation des soins pour les personnes âgées
Mme Aliette GAMBRELLE, UNAPEI
M. Philippe GUILLAUMOT, Praticien hospitalier psychiatre, CH des Pyrénées, département de psychogériatrie
M. Benoît LAVALLART, Gériatre, direction générale de la santé
Mme Véronique MALLET, direction générale de la santé, chargée de la coordination des travaux préparatoires du plan Violence et santé
Mme Simone PENNEC, Maître de conférence à l'Université de Brest, formateur sur les questions de gérontologie et de handicap
M. Bruno POLLEZ, Praticien hospitalier de réadaptation, détaché à la DGS sur le thème des maladies invalidantes
M. Jean POUILLARD, Médecin retraité, Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
M. Jean POITEVIN, Directeur de l'Institut du Val Mandé
M. Marc ROUZAUD, Ancien Directeur Général de l'Association des paralysés de France (APF)

Auditions :

Les membres de la commission ont tous présenté leurs travaux et analyses au cours des différentes réunions. Par ailleurs, quatre intervenants extérieurs ont été invités :

Mme Florence LEDUC, UNASSAD
Mme Aude MARZLOFF, Association Espass
Mme Aude MARLAND, Magistrat, Ministère de la justice, sous-direction de la justice pénale
M. Robert MOULIAS, Association Alma

Rapporteur :

Mme Odile DOUCET, DGAS, direction générale de l'action sociale, Sous-Direction des âges de la vie, Bureau Protection des personnes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
ETAT DES LIEUX.....	11
1. ASPECTS DESCRIPTIFS.....	11
1.1. <i>Protagonistes et mécanismes</i>	12
1.1.1. Les protagonistes	12
1.1.2. Les mécanismes	13
1.2. <i>Les acteurs de terrain</i>	14
1.2.1. La carence ou l'inadéquation de la prise en charge	14
1.2.2. La maltraitance à domicile et en institution	15
1.2.3. Les spécificités des violences envers les personnes vulnérables	16
2. APPROCHE QUANTITATIVE.....	19
2.1. <i>Cadrage démographique</i>	19
2.1.1. Personnes âgées	19
2.1.2. Personnes handicapées	19
2.2. <i>Les chiffres de la violence envers les personnes vulnérables</i>	20
2.2.1. Les autres sources de données	21
2.3. <i>Limites et carences de l'appréhension chiffrée de la maltraitance</i>	24
2.3.1. Difficultés liées au repérage ou à la prise de conscience	24
2.3.2. Les freins à l'énonciation,	25
2.3.3. Recueil et traitement des données.....	25
3. LES ÉVOLUTIONS DU DROIT ET DES AUTRES DISPOSITIFS.....	27
3.1.1. Dispositifs législatifs et réglementaires	27
3.1.2. Dispositions d'ordre général et pénal	27
3.1.3. Droit des usagers	27
3.1.4. Prévention et lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables	28
3.2. <i>Le dispositif national de lutte et de prévention de la maltraitance</i>	31
3.2.1. Les axes prioritaires du dispositif national	31
3.2.2. Analyse critique du dispositif de prévention	36
3.3. <i>Le traitement judiciaire des violences contre les personnes vulnérables</i>	37
3.3.1. La plainte	37
3.3.2. Les orientations données par l'autorité judiciaire	37
4. LES INITIATIVES ET LES EXPÉRIMENTATIONS	39
4.1. <i>En France</i>	39
4.1.1. Les travaux du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées	39
4.1.2. Accueil téléphonique, suivi et traitement des situations de maltraitance.....	39
4.1.3. Un travail en réseau : l'exemple du CH de PAU	41
4.1.4. Une approche systémique du risque de maltraitance en établissements	43
4.2. <i>Les dispositifs étrangers</i>	44
4.2.1. Québec	44
4.2.2. Autres dispositifs étrangers.....	45

RECOMMANDATIONS.....47

5.	S'ASSURER DE L'EFFECTIVITÉ DES DISPOSITIFS EXISTANTS	48
5.1.	<i>Les moyens juridiques : production et mise en œuvre de la norme</i>	48
5.1.1.	Interventions en amont	49
5.1.2.	Dire le droit et veiller à sa mise en œuvre	50
5.1.3.	Contrôler, évaluer, réguler la mise en œuvre des textes	51
5.2.	<i>Créer les conditions de la mise en œuvre du droit : repérer, former, communiquer</i>	53
5.2.1.	Repérage, signalement, traitement et suivi des situations de maltraitance	53
5.2.2.	Former les intervenants, valoriser les métiers, créer des filières spécifiques.....	55
5.2.3.	Sensibiliser le grand public.....	57
6.	REFORCER LES DISPOSITIFS EXISTANTS, REMÉDIER AUX CARENCES	58
6.1.	<i>Analyser et améliorer les pratiques</i>	59
6.1.1.	Connaître et diffuser les bonnes pratiques de soins et d'accompagnement	59
6.1.2.	Prévenir la maltraitance lors des changements de parcours.....	59
6.2.	<i>Assurer l'accueil, les soins, le suivi des victimes et des personnes mises en cause</i>	63
6.2.1.	Les victimes et les usagers.....	63
6.2.2.	Prise en charge des personnes « mises en cause »	63
7.	INFLÉCHIR ET INNOVER	65
7.1.	<i>Développer une culture de gestion des risques</i>	65
7.1.1.	Intégrer le risque « violence » dans les établissements de santé	65
7.1.2.	Le risque « violence » et le secteur et médico-social.....	66
7.2.	<i>Prévenir et lutter contre la maltraitance au domicile</i>	66
7.2.1.	Promouvoir l'élaboration d'une charte des intervenants à domicile	67
7.2.2.	Renforcer la coordination et favoriser le travail en réseau	67
7.2.3.	Organiser la surveillance et le contrôle.....	67
7.3.	<i>Les tiers</i>	67
7.3.1.	Les tiers qui écoutent et préviennent	67
7.3.2.	Les tiers qui évaluent	68
7.4.	<i>La recherche</i>	69

Introduction

Emergence de la problématique

La maltraitance des adultes vulnérables a longtemps été un phénomène nié et largement sous-estimé. La reconnaissance par l'opinion publique du problème social et de santé publique que constitue ce phénomène s'est développée dans nombre de pays ces dernières années, au même titre que la reconnaissance de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants.

La maltraitance des adultes vulnérables – personnes âgées et personnes handicapées - revêt d'ailleurs de nombreux traits communs avec ces autres formes de violences à l'égard de conjoints et d'enfants : lenteur de la reconnaissance du phénomène, difficulté à le conceptualiser, à le définir, le mesurer ; attention portée à la vulnérabilité et à la pathologie, plutôt qu'aux relations de pouvoir et de genre.

Les personnes âgées

Les mauvais traitements ou maltraitances envers les personnes âgées ont été décrits pour la première fois dans des revues britanniques en 1975 sous l'expression *granny battering*, violence envers les grands-mères. Le Congrès des Etats Unis s'est, le premier, saisi du problème d'un point de vue politique et social ; après quoi les chercheurs lui ont emboîté le pas dans les années 80 en Australie, au Canada, en Chine, en Europe du Nord puis aux USA. Dans les années 90 l'ensemble des pays européens a suivi ce mouvement.

En France la question de la maltraitance des personnes âgées est apparue sur la scène publique à la fin des années 80, grâce à l'association ALMA et à son président, M. le professeur Huguenot. En 2001, à la demande de Mme Guinchard-Kunstler un groupe de travail présidé par le professeur Michel Debout a rédigé un rapport et présenté des propositions.

Monsieur Hubert FALCO, ministre délégué aux personnes âgées, a fait de la lutte contre la maltraitance envers les aînés une de ses priorités et installé dès 2002 le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.

Les personnes handicapées

La question de la violence à l'égard des personnes handicapées n'a pas, jusqu'à une période très récente, suscité d'intérêt particulier. Quelques étapes sont cependant à souligner :

- En 1993, L'UNAPEI¹ a lancé un projet associatif global qui invite les associations à effectuer un travail de recentrage sur leurs valeurs et leurs objectifs et sur les moyens dont elles se dotent pour réaliser ces objectifs. En 1994, une étude a été réalisée sur le thème de la vie sexuelle et affective de la personne handicapée mentale et son incidence sur sa prise en charge familiale et pédagogique et sa fonction parentale ; puis en 1998, un travail a été fait sur la problématique du SIDA. Une étude sur les maltraitances des personnes handicapées dans la famille, dans les institutions et dans la société a donné lieu à la rédaction d'un Livre Blanc qui émettait trois recommandations : prévenir, repérer et agir. Le Comité national d'éthique a rassemblé tous ces travaux dans un ouvrage intitulé *Ethique et Droit* publié en juillet 2000.
- Une proposition de loi relative au « renforcement de la sûreté des personnes âgées vulnérables » en date du 20 septembre 2001 qui vise à renforcer la protection financière de personnes vulnérables quand elles effectuent des transactions économiques. Cette proposition n'a pas abouti.

¹ L'UNAPEI fédère 750 associations, regroupe 2 300 établissements et services et accompagne 180 000 personnes ; elle s'est doté d'un comité national d'éthique. (Union nationale de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis)

- Le rapport de Mme le professeur Brown « La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus », élaboré avec le groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées, à la demande du Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées du Conseil de l'Europe. Le projet de résolution issu de ce rapport est en cours d'examen par le Comité.
- La commission sénatoriale créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002 a rédigé un rapport intitulé « La maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir ». Certaines des propositions ont été reprises dans des lois récentes, en particulier la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances.
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit la politique de prévention, de réduction et de compensation des handicaps et précise qu'elle s'appuie notamment « sur des actions de prévention concernant la maltraitance des personnes handicapées ».

Le champ retenu par la commission

Diversité des notions de violence

La violence a fait l'objet de multiples définitions, la première étant celle du Conseil de l'Europe en 1987, dans le cadre d'une commission relative aux violences intra-familiales. Elle propose la définition suivante : « la violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe) s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

La violence se définit comme « agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. Elle se manifeste au détriment d'une personne vulnérable par une contrainte physique, psychologique, matérielle ou morale.

L'intentionnalité de la contrainte exercée n'est pas obligatoire : l'auteur peut ne pas être conscient de la gravité des conséquences de ses actes.

Négligence et abus

Deux notions servent à décrire la maltraitance dans la littérature internationale : la négligence (*neglect*) et l'abus (*abuse*).

La négligence est le défaut de subvenir aux besoins d'une personne âgée ou handicapée tant au niveau physique, psychologique, affectif, que spirituel. Elle peut être passive, par exemple une non-intervention par manque de connaissances sur des chances de guérison, ou active comme dans le refus d'assistance.

L'abus est un mode de contrainte volontaire et active qui fait du mal sur le plan physique, psychologique ou sexuel, ou cause du tort sur le plan financier. Dans la littérature sur la maltraitance, la notion d'abus se rapporte à des actes plus graves que la négligence, avec intention de causer du tort ou des dommages, de profiter d'autrui ou de ses biens. Elle inclut les abus de pouvoir, de faiblesse et d'autorité, et peut être autant le fait, du professionnel qui abuse de son statut pour imposer une décision, que de l'aïdant naturel qui se trouve en position de force face à la personne vulnérable.

L'organisation des Nations Unies² a défini la violence envers les personnes vulnérables, d'une façon large, de la manière suivante : « la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou

² Rapport du Secrétaire Général : *Abuse of older persons*, 2002

risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée ».

Le rapport "La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus" de la commission placée sous la direction de Madame le professeur Hilary Brown, en janvier 2002, propose une définition pratique de la violence, de la maltraitance, des abus et des négligences envers les personnes handicapées, qui « englobe les abus physiques et sexuels, les préjudices psychologiques, les abus financiers, et les négligences et les abandons d'ordre matériel ou affectif ». Le rapport vise « 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 ».

Définition utilisée par la présente Commission

Celle-ci s'inscrit dans le registre des relations interpersonnelles de la vie quotidienne : situations de dépendance au sein de relations de protection - éducative, de soins. L'un des protagonistes, censé apporter une protection, exerce sa force sur l'autre.

Après avoir recensé les définitions de la violence à l'égard des personnes vulnérables dans la littérature nationale et internationale, la Commission souligne, avec le rapport Brown, que « la difficulté de cet exercice [de définition de la maltraitance] consiste à situer correctement le problème entre deux pôles dont le premier serait une définition réductrice de la violence [...] qui masquerait la réalité du phénomène, et le deuxième une extension exagérée du concept qui en atténuerait la spécificité en y incluant des problèmes beaucoup plus vastes... ».

La commission considère que la pluralité des définitions de la maltraitance est le reflet d'une réalité multiforme, difficile à appréhender. Elle s'appuiera, au cours de ce rapport, sur une définition large de la violence comme « fait d'agir ou de s'abstenir d'agir sur quelqu'un, ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation, et entraînant ou risquant d'entraîner un préjudice physique ou psychologique ». Cette violence peut se manifester par des gestes ou paroles violentes, des menaces, des négligences, l'exploitation des personnes, des contraintes, des privations arbitraires de liberté tant au sein de la vie publique que privée.

Dans cette définition large, l'intentionnalité de la contrainte n'est pas requise, pas plus que la perception de son caractère violent par celui qui la perpétre. En effet, il est rare qu'elle se traduise par des faits ou des actes particulièrement graves et spectaculaires. La maltraitance correspond souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes vulnérables.

Les membres de la commission, soulignent l'importance de la violence par inadvertance, ou violence « en creux », selon la terminologie de Stanislas Tomkiewicz³, qui se traduit de manière insidieuse et quotidienne, à bas bruit. La maltraitance commence souvent par des actes en apparence anodins, qui ne constituent pas des infractions pénales mais portent préjudice et sont susceptibles de constituer leur destinataire en « victime ».

Domaines spécifiques

La commission inclut également dans le champ de sa réflexion :

- La violence qui résulte d'une insuffisance significative et prolongée de bientraitance ;
- L'auto-violence, en référence au taux de suicide des personnes âgées très supérieur à celui rencontré dans la population générale. Le suicide constitue une violence extrême pour la personne et pour ses proches, mais il peut être la conséquence d'une maltraitance vécue par la

³ Pédiatre et psychiatre, auteur de « Aimer mal, châtier bien », éditions du Seuil 1998

personne âgée, trop lourde pour être exprimée en mots. Le silence prévaut sur l'expression de la douleur, et peut conduire au suicide.

- La violence institutionnelle liée au fonctionnement des établissements et services d'une part et à l'action de l'Etat et des administrations.

Violence collective ou individuelle

La commission fait le constat de l'existence de violences « collectives » de diverses natures : restriction de la liberté d'aller et de venir, notamment liée à l'inaccessibilité des logements et des équipements, suppression des interfaces humains ou du soutien public collectif dans les campagnes (suppression des boîtes aux lettres ou des tournées de facteurs, par exemple), violences économiques. Elle constate que les violences et les maltraitances envers les personnes âgées et les personnes handicapées s'inscrivent dans une vision dévalorisée de la vieillesse et du handicap, qui conduit à déconsidérer la personne âgée et peut entraîner corrélativement chez cette dernière une perte de l'estime de soi.

La commission a résolu de limiter ses propositions aux violences subies individuellement et ayant une incidence directe sur la santé physique ou psychique des personnes vulnérables.

Toutefois, et même si l'on ne traite dans ce chapitre que des relations individuelles les dispositifs sont également « maltravants » car ils sont paradoxaux et contradictoires. Sous prétexte de résorber le chômage, de développer l'emploi et de favoriser la création d'entreprise, les pouvoirs publics proposent d'alléger les procédures d'agrément et d'autorisation. Privilégiant le libre choix de la personne, les autorités laissent cette dernière opter pour le dispositif qu'elle souhaite même si ce choix ne se révèle pas au final adéquat. Dans certains cas il serait préférable de conseiller une solution en fonction des situations des personnes concernées plutôt que de laisser un libre choix qui, au final, peut se révéler pervers.

Enfin, les pouvoirs publics n'exercent ni contrôle ni surveillance sur les organisations agréées. Les conditions dans lesquelles travaille le personnel de certaines structures ne font pas l'objet de contrôle alors que leurs conditions de travail peuvent poser question tant au niveau de leurs horaires de travail que de leur rémunération ou encore de la convention collective qui leur est applicable. De plus, une fois ces organismes agréés, aucun contrôle n'est organisé : le renouvellement de leur agrément est quasi-automatique. Or cette absence de contrôle peut créer des situations de maltraitance (mauvaise qualité des soins, vol, etc).

Violence ou maltraitance - le choix des termes

Il est apparu à la commission que le terme usité par les professionnels du secteur médico-social pour nommer la violence à l'égard des personnes vulnérables était celui de maltraitance. L'usage courant du terme connote un positionnement dissymétrique : on maltraite un subordonné, on ne maltraite pas un pair (on le rudoie, on le bat ou on le brutalise) ; les femmes sont victimes de violences, les enfants d'abus. Comme le souligne Maryse Jaspard⁴ « l'utilisation du vocable maltraitance revient à entériner les positions hiérarchisées des protagonistes ». On peut d'ailleurs se demander si l'accolement des termes, « maltraitance et personnes âgées » ou « maltraitance et personnes handicapées » ne risque pas, au-delà de l'effet de sensibilisation attendu, de stigmatiser un groupe social qui a déjà du mal à trouver sa place dans la société.

Eliane Corbet⁵, rappelle que « la relation éducative ou soignante est une relation de dépendance, et comme telle à risque ». Elle remarque, dans un article récent⁶, qu'un glissement de terminologie s'est produit et que la notion de maltraitance tend à supplanter celle de violences institutionnelles. Elle formule l'hypothèse que le terme de maltraitance serait « plus congruent avec le développement de

⁴ Revue Fondation Nationale de Gérontologie, 2001

⁵ Mme CORBET est conseillère technique au centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée de Rhône-Alpes

⁶ Direction CAFDES, n°21 de mars 2004

l'évaluation et plus performant pour modifier des représentations et des pratiques » tout en s'interrogeant sur le risque d'une perte de vigilance et d'attention de cette « sorte d'euphémisation ».

La Commission estime que l'utilisation du terme « maltraitance » a une résonance immédiate auprès des professionnels et des aidants et renvoie par contraste à la bienveillance, à la bienfaisance, à la « bientraitance », ce qui permet plus aisément d'élaborer des recommandations positives ou des bonnes pratiques. Le terme de « maltraitance » sera donc fréquemment utilisé au cours de ce rapport, de préférence aux termes de « violence » ou d'« abus ».

Principes de travail de la commission

Privilégier une approche transversale

Après avoir examiné les spécificités du phénomène de violence à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées, la commission a mis en évidence, au-delà des barrières de l'âge ou de la spécificité du handicap, les problématiques communes aux adultes âgés ou handicapés (la situation des enfants handicapés pouvant connaître des spécificités), en termes de dépendance, de vulnérabilité, de qualité des prises en charge, et de rôle des aidants. Elle privilégiera une approche transversale des personnes vulnérables au sens du Code de l'action sociale et des familles.

Ce faisant, la Commission s'inscrit dans la philosophie de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui prévoit, notamment, de mettre en place progressivement une prestation de compensation unique quel que soit l'âge de la personne handicapée.

S'appuyer sur les ressources disponibles

Les travaux de la commission ont cherché à s'appuyer sur un état des lieux des ressources disponibles : données quantitatives et qualitatives en provenance des principaux acteurs (Etat, milieux associatifs, institutions et établissements...). Cet ensemble de données rapportées par les membres de la commission constitue la première partie de ce travail.

Par ailleurs, la commission souhaite reprendre à son compte les cadrages préexistants parmi lesquels l'instauration de pratiques « bientraitantes » à l'égard des personnes vulnérables telles qu'elles ont été décrites par les services de la Direction générale de la santé et qui ont pour objectifs :

- d'offrir un gain en qualité de vie en particulier par la compensation des incapacités, des dépendances et des handicaps ;
- de gérer les ruptures dans les parcours de vie ;
- de préserver et d'accroître l'adaptabilité et l'autonomie de chaque personne ;
- d'assurer une égalité de chances par rapport à la maladie ;
- de donner une place et un rôle social à chacun .

Ces axes d'intervention, tout en partant de l'existant, permettent de sortir du registre de la victimisation et de la sécurisation, souvent regretté par les membres de la commission.

Les hypothèses de travail

La commission a formulé plusieurs hypothèses de travail : l'importance de dire le droit (qui doit être rappelé, mieux connu, et mis en œuvre); celle de centrer les interventions là où vivent les personnes

vulnérables : chez elles, à domicile. Les membres de la commission ont ainsi décrit et envisagé de nombreuses propositions qui figurent dans la deuxième partie du rapport.

Etat des lieux

1. Aspects descriptifs

Il est difficile de procéder à une classification scientifique de la maltraitance car elle résulte le plus souvent d'interactions complexes entre la personne vulnérable et son entourage ; cependant, l'American Medical Association distingue, sept grands types d'exercice de la maltraitance. Cette classification est similaire à celle énoncée par le *Conseil de l'Europe en 1992* ; la commission se retrouve bien dans ces définitions :

- Les maltraitances physiques sont constituées par des atteintes à l'intégrité physique de la personne : crimes, coups, blessures, brutalités, gifles, bousculades, escarres non ou mal soignées, contentions physiques (ligotage au lit ou au fauteuil), sévices sexuels...
- Les maltraitances psychologiques, affectives, morales provoquent des souffrances émotionnelles et psychiques : dénigrement, menaces, langage grossier, insultes, familiarité, humiliation, infantilisation, chantage à l'affection...
- Les maltraitances financières : vie aux crochets de la personne vulnérable, encaissement abusif de chèques, rétention de pension, privation de toute maîtrise de ressources, privation de la jouissance de biens matériels (vêtements, bijoux, télévision, logement...), vente de biens, héritage anticipé...
- Les atteintes aux droits des personnes : droit à la vie, à l'identité, droit à l'expression, non-respect du libre choix du mode de vie (placement autoritaire), de l'intimité, de la confidentialité du courrier, entraves à la liberté d'aller et venir, mise en œuvre abusive d'une mesure de protection juridique, détournement du droit de vote pouvant conduire au déni de la dignité et du respect dus à tout être humain.
- Les maltraitances médicamenteuses : privation de médicaments ou de soins nécessaires, non-traitement de la douleur, ou au contraire imposition d'un traitement inapproprié, abus de médicaments, non respect des prescriptions.
- Les négligences actives qui consistent à ne pas répondre sciemment aux besoins de la personne : privations de nourriture, de boissons, des nécessités de la vie quotidienne.
- Les négligences passives ; elles proviennent de l'ignorance ou du manque d'intérêt et d'attention aux besoins de la personne : abandons, oublis divers (changes, repas, toilettes, entretien du cadre de vie...). Ces négligences sont le plus souvent dissimulées, banalisées, méconnues, d'autant qu'il est difficile de fixer la limite entre ce qui est de l'ordre de la « maltraitance » proprement dite et de la « négligence ».

Il faut souligner que ces différentes formes de maltraitance sont souvent associées entre elles (exemple du port obligatoire de changes dans certains établissements, qui chronicise l'incontinence, provoque un sentiment d'humiliation, détruit l'estime de soi de la personne, augmente le risque d'escarres...). La gravité et la fréquence de ces maltraitances tendent à augmenter avec le temps ; leurs conséquences varient selon qu'elles sont isolées ou multiples, volontaires ou non, ponctuelles ou récurrentes, exercées avec ignorance ou intention de nuire.

1.1. Protagonistes et mécanismes

1.1.1. Les protagonistes

Les victimes

Les études internationales, corroborées par l'analyse des dossiers d'ALMA et par des études de cas réalisées par les services d'aides à domicile, indiquent que la personne maltraitée est le plus souvent une femme, (75 % des appels reçus par ALMA), très âgée, en situation de veuvage, contrainte de vivre chez un membre de sa famille pour des raisons financières ou dans une institution pour des raisons sécuritaires imposées par l'entourage. Vulnérable au plan physique et intellectuel elle possède un patrimoine souvent plus important que l'"auteur" de la maltraitance qui cohabite souvent avec elle. Elle est isolée socialement et l'on relève une histoire conjugale et familiale souvent difficile traversée par des relations conflictuelles, parfois violentes. La consommation excessive de produits toxiques (alcool, psychotropes) n'est pas rare.

La très grande dépendance et les déficiences qui l'accompagnent notamment, l'incontinence urinaire et fécale, les chutes à répétition, les dyspnées avec l'expectoration chronique, caractérisent les victimes. Des études de terrain menées par les services de soins à domicile (SSIAD)⁷ ont permis de mettre en évidence les liens étroits entre certaines pathologies et les risques de survenance de maltraitance : troubles du comportement de type démentiel ou apparenté, avec des symptômes d'absence de communication verbale, hémiplégie, maladie de Parkinson, troubles sévères du comportement. Les troubles cognitifs liés à des syndromes démentiels, la chronicité de troubles du comportement avec déambulation, agressivité ou apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violence familiale et favoriser les actes de maltraitances des aidants, naturels ou professionnels.

Il semble, enfin, que la maltraitance touche toutes les catégories socioprofessionnelles, avec des modalités toutefois différentes selon les situations économiques.

Les auteurs

Le ou les auteurs de maltraitance au domicile sont le plus souvent des proches, membres de la famille, relations de voisinage, intervenants professionnels, acteurs sociaux et économiques. Il n'est pas toujours aisés de les identifier, la personne âgée victime étant souvent dans une attitude de soumission, de silence et parfois même de protection vis-à-vis de sa famille et de son entourage proche.

En établissement c'est le personnel qui est le plus fréquemment incriminé : personnel soignant, salarié ou intervenant en libéral et personnel d'accompagnement. Le système de prise en charge peut être source de maltraitance de plusieurs façons : refus des soins nécessaires et justifiés sous prétexte d'âge (et non de contre-indication), par ignorance, ou à l'inverse, par acharnement thérapeutique ; refus d'accueil, faute de place, dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, en particulier pour les personnes malades atteintes de syndrome démentiel ; refus de prise en charge par les services de soins infirmiers à domicile ; insuffisance du nombre de référents compétents pour les problèmes de santé spécifiques aux malades âgés et très âgés....

L'établissement lui-même peut se révéler maltraitant, du simple fait du non-respect de la liberté de toute personne de choisir son mode de vie⁸. Avant même l'arrivée dans l'établissement, ce premier droit fondamental est souvent passé sous silence, voire bafoué. Il est en effet rare que les résidents

⁷ Rapport « *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* » Groupe de travail présidé par Michel DEBOUT, Editions ENSP, 2003

⁸ Article 1^{er} de la Charte des droits et libertés de la personne dépendante

choisissent ce nouveau domicile, ce qui peut générer des sentiments d'incompréhension, voire de rejet, entre les résidents et ceux qui sont supposés leur apporter bien-être, confort et soins.

Si l'institution dans son ensemble, en ne respectant pas les choix de la personne, par les contraintes propres à la vie en collectivité, et les dysfonctionnements qu'elle génère, est maltraitante, les personnes physiques, directeurs, cadres, soignants et aidants peuvent être également auteurs de maltraitances. Du fait du manque de formation gérontologique, des contraintes de gestion, l'absence de vigilance dans le management du personnel sont autant de facteurs qui favorisent l'émergence de climats propices à la maltraitance. Les cadres, ne sont pas toujours en capacité de concilier leurs missions d'animation et d'encadrement du personnel et leur nécessaire présence auprès des personnes âgées. Le personnel soignant, trop souvent en situation de « burn-out » ou d'épuisement psychique, peu ou mal formé, sans qualification ou dont le statut peut être dévalorisé, voire inexistant.

Enfin, il n'est pas rare qu'un climat de violence s'instaure entre les résidents : ostracisme, harcèlement, actes délibérés de malveillance, larcins... peuvent alors devenir habituels.

1.1.2. Les mécanismes

Maltraitance au domicile - la situation des aidants

Les premières analyses réalisées à partir des observations et écrits des soignants ont permis de définir trois catégories de situations : les situations marquées par un surinvestissement affectif, les situations marquées par un sous-investissement affectif et les situations où les relations sont marquées par la violence avant même l'apparition de la dépendance.

Les situations à risque doivent être repérées afin de pouvoir protéger les personnes vulnérables mais aussi afin de préserver la santé physique et psychique des aidants lesquels sont souvent des enfants, eux-mêmes âgés, en risque de « mauvais vieillissement » du fait de la contrainte imposée par leurs parents. Être aidant, c'est à la fois remplir une fonction, occuper un statut, assumer des responsabilités et vivre une expérience moralement douloureuse. L'aidant naturel (et en particulier l'aidant principal) peut être dépassé par la prise en charge de la personne âgée, écrasé par la charge matérielle, physique et psychique que constituent les soins et l'aide constante qu'il apporte à une personne lourdement dépendante. L'épuisement est un facteur de risque élevé de sévices ou de négligences. Les attitudes exigeantes voire agressives de certaines personnes âgées, leur insatisfaction chronique, leur indifférence affective peuvent déclencher ou renforcer des comportements violents ou maltraitants à leur égard.

De la même manière que les soins palliatifs ont été érigés en modèle alternatif à l'acharnement thérapeutique considéré comme une violence et une maltraitance, une alternative doit être proposée aux familles qui se trouvent dans une impasse relationnelle vis-à-vis de l'aide qu'elles proposent. Ces alternatives réintroduisent la possibilité de choix.

Maltraitance au sein de l'établissement

Comme les aidants naturels, les professionnels sont confrontés quotidiennement à des situations ou événements éprouvants : dégradation, souffrance physique et psychique, décès, découverte d'une personne suicidée, violence des relations et des comportements, réalisation de gestes qui provoquent douleurs et souffrances...

Les problématiques que rencontrent quotidiennement les professionnels et en particulier la démence, l'incontinence – qui affecte plus de 70 % des personnes en établissement – ou l'impossibilité de communiquer verbalement, les obligent à inventer en permanence une relation adaptée pour entrer en communication avec la personne âgée, pour faire accepter les soins ou pour réaliser actes et interventions traumatisantes. Certains événements entraînent une épreuve émotionnelle et bouleversent les personnes pour une durée et d'une façon propre à chacun, en générant souffrance et angoisse. L'usager peut devenir, parfois à l'insu même des aidants un obstacle à la réalisation du travail, un frein à la performance individuelle ou collective. Apparaît alors un risque de

« dépersonnalisation » de l'usager, de réduction à l'état d'objet de soin, de mise à distance qui nie son existence.

L'accumulation de ces situations conduit à la perte de tolérance et au phénomène de «burn-out » bien connu des professionnels du soin et de l'aide en gériatrie.

Ce sont ces circonstances de stress, d'épuisement, qui vont provoquer l'usure et l'émoussement de la tolérance des soignants, et qui conjugués à des dysfonctionnements institutionnels vont permettre l'irruption de la violence, l'agressivité, les abus, les négligences et les mauvais traitements.

1.2. Les acteurs de terrain

1.2.1. La carence ou l'inadéquation de la prise en charge

L'offre de prise en charge

La carence de places et établissements ou services constitue, selon les acteurs associatifs une violence faite aux personnes handicapées : jeunes adultes maintenus dans des structures pour enfants au titre des « amendements Creton », en attente d'une place de CAT (Centre d'aide par le travail) ou de maisons d'accueil spécialisées. Même si la situation s'est notablement améliorée en 2004 avec la création de places supplémentaires et la diversification de l'offre, cette question reste une préoccupation importante pour les personnes lourdement handicapées.

Les personnes âgées sont confrontées, elles aussi à ce problème de l'offre, en particulier pour ce qui concerne l'aide à domicile. L'étude intitulée « Recours aux services de soins Infirmiers franciliens à domicile : les admis, les admissibles, les refusés »⁹, révèle l'inadéquation entre les besoins et l'offre en matière de soins infirmiers et souligne les cas de maltraitance par défaut de soins qui en résultent.

La pénurie de soins engendre inévitablement des situations de maltraitance, mais, plus que la création de places nouvelles en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), c'est le maillage du territoire et la concordance de l'offre aux besoins de la population, liés à la bonne répartition des compétences qui pourraient endiguer ces phénomènes de défaut de soins.

La longueur des séjours hospitaliers pour des personnes en situation de handicap constitue une forme de maltraitance : elles entrent à l'hôpital pour des problèmes bénins et y demeurent en raison de la dégradation de leur état dans le contexte hospitalier. Cette situation engendre des coûts humains et financiers importants. Les problèmes de suivi liés aux lacunes de la filière sont particulièrement mis en lumière, du fait du manque de places en long séjour, les personnes demeurant à l'hôpital sans motif.

La prise en charge non adaptée

Bien que l'hôpital ait fait des progrès rapides en matière de culture gériatrique à travers le développement des unités mobiles, la présence de gériatres aux urgences, il reste encore des marges de progrès significatives.

Les membres de la commission considèrent que le défaut de réponse pour les personnes handicapées en situation de très grande dépendance à l'issue d'un parcours hospitalier, constitue une violence exercée sur ces personnes ; de même que la sous-évaluation des mesures de compensation pour les personnes conservant, suite à un problème de santé, des séquelles très graves, comme les traumatisés crâniens par exemple.

Le défaut de soins ou soins inadaptés : la prévention de l'escarre¹⁰

⁹ Étude coordonnée par Florence Leduc et Sylvianne Fior, sociologue, avec le soutien du conseil régional d'Ile-de-France, de l'AG2R et de la Fondation de France.

¹⁰ L'intervention de M. le docteur Denis Colin, membre de la commission figure en annexe.

La Commission a entendu le Dr Colin qui a fait la démonstration que la prévalence de pathologie de l'escarre, affection grave pouvant entraîner le décès chez la personne âgée mais également chez le patient jeune abandonné, constitue un indicateur de soin et que sa prévention est possible, à la condition de mettre en œuvre des procédures rigoureuses.

L'escarre, en effet, est à la fois un des symptômes et un indicateur de maltraitances récurrentes, de négligences graves (une fois sur deux pour l'escarre du patient âgé), défaut de prise en charge, d'incurie ou impéritie dans la gestion des changes, la nutrition et la mobilisation des patients. L'escarre constitue une violence en creux dans la mesure où il s'agit souvent d'un défaut de connaissance, de moyens parfois, et toujours d'un défaut d'organisation.

Les procédures de prévention sont connues et efficaces dès lors qu'elles sont appliquées. Une étude menée aux Etats-Unis a permis de mettre en lumière la fragilité des interventions effectuées en termes de prévention et de traitement des escarres ainsi que la perte de résultats si ces moyens ne sont pas continus.

Les solutions consistent à mettre en place des procédures qui permettent de vérifier régulièrement la bonne application des recommandations en vigueur, promouvoir la recherche appliquée et favoriser les programmes de formation initiale et continue. Par ailleurs, il convient d'engager un travail d'analyse auprès des services à domicile compte tenu de la rareté des données.

1.2.2. La maltraitance à domicile et en institution

A domicile

Les situations familiales sont nombreuses, complexes et diversifiées : quand les personnes vulnérables sont à domicile et ne bénéficient d'aucune aide extérieure, le huis-clos familial est difficile à entrouvrir. Une autre situation fréquente est celle de l'aïdant informel qui soutient et accompagne un membre de sa propre famille, au risque de s'y épuiser et de devenir maltraitant. Enfin, la personne vulnérable peut bénéficier de l'intervention d'un aidant professionnel au titre d'un dispositif ou d'une mesure d'aide. La tâche de ce dernier peut se révéler trop difficile au regard de sa qualification et de la charge émotionnelle que représente la prise en charge. Le thème de la maltraitance à domicile est délicat car on ne peut opposer schématiquement familles « bien traitantes » et les familles « maltraitantes ».

Intrinsèquement l'intervention à domicile de professionnels est une intervention contraignante, qui fait intrusion dans le lieu de la vie privée et peut donc être perçue comme une violence.

L'aïdant ou le soignant se trouve dans une situation ambivalente puisqu'il est à la fois acteur et spectateur. Il est acteur en faisant intrusion dans un domicile et spectateur des conditions d'intervention et de la relation familiale de la personne auprès de laquelle il intervient. Des textes récents (loi du 2 janvier 2002, décret du 25 juin 2004) abordent la question de l'entrée au domicile et des conditions d'intervention et stipulent que les services d'aide ont pour mission de favoriser l'autonomie des individus ou de la restaurer. Entrer chez l'autre lorsque ce dernier a besoin d'une aide et de soins, c'est respecter son autonomie et donc respecter ses choix de vie et dans le même temps, permettre l'indépendance de la personne dans les actes de la vie quotidienne. La question reste cependant de savoir comment il est possible de concilier ces deux impératifs de la mission - autonomie et indépendance - au domicile de la personne.

La situation personnelle de l'individu doit être analysée afin que l'intervention soit adaptée. En effet, l'intervention ne peut pas être identique selon que la personne considérée est isolée ou dépressive ou que son entourage familial pose difficulté. La question reste de savoir quelles sont les conditions qui favorisent la maltraitance au domicile.

Même si ce paragraphe traite essentiellement de maltraitance individuelle, il faut rappeler l'existence d'un risque institutionnel dès lors que la situation individuelle de la personne est évaluée par des intervenants multiples. La loi sur l'allocation personnalisée à l'autonomie stipule que les services des Conseils généraux sont chargés d'effectuer l'évaluation tandis que la loi du 2 janvier 2002 souligne

que les acteurs du secteur social participent à cette évaluation. Les textes en vigueur créent donc des paradoxes et des contradictions qu'il convient de résoudre.

Or, pour éviter toute confusion, il faut impérativement déterminer qui doit intervenir et qui doit évaluer la situation. Par ailleurs, si certaines dispositions nouvelles visent à alléger le droit, il ne faut en aucun cas que cette simplification vienne impacter négativement les conditions d'intervention. En effet, sous prétexte de simplification, il ne faut certainement pas modifier les procédures d'agrément alors que ces agréments conditionnent la qualité de l'intervention à domicile.

Sans remettre en cause le principe du « gré à gré » non plus que celui du libre choix du prestataire, il convient de protéger les personnes vulnérables en encourageant le recours au mandataire, en ouvrant la possibilité aux particuliers d'adhérer à un groupement d'employeurs, de favoriser l'accès à la formation pour les salariés d'employeurs particuliers, d'adapter les modalités de contrôle aux services à domicile, de renforcer les procédures d'agrément.

En institution

La notion de maltraitance en établissement s'est imposée tardivement. Stanislas Tomkiewicz, qui fut un des premiers à en faire mention, dans les années 80, avait coutume de dire : « toute institution sécrète de la violence. Il faut qu'on se le dise, il faut que l'on comprenne que c'est quasi naturel. Ce qui n'est pas naturel, c'est une institution non violente ».

Si on distingue habituellement entre les violences exercées par une personne prise isolément (passage à l'acte individuel et isolé) et les violences générées par l'institution elle-même, il s'avère que les deux sont étroitement liées. L'institution crée, organise, contrôle et régule les conditions dans lesquelles sera produite et délivrée la prestation d'accueil et de soins. De ce point de vue, le risque de maltraitance en établissement peut être analysée comme le résultat de défaillances du système complexe qu'est l'établissement social et médico-social et les analyses de risques en milieu industriel peuvent utilement inspirer notre réflexion¹¹.

On retrouve dans les ESMS des défaillances latentes et des défaillances patentes liées pour les premières, aux conditions d'installation (locaux, équipements, conditions de sécurité), aux conditions d'organisation en particulier tout ce qui concerne le cadre institutionnel (projet d'établissement, caractéristiques propres de la direction), la gestion du personnel (recrutement, effectifs, organisation du travail, conditions de travail), et aux conditions de prise en charge à travers les soins, l'accompagnement, l'hébergement et la restauration. C'est en ce sens que l'on pourrait réfléchir en termes d'analyse systémique.

Les défaillances patentes peuvent être liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompétence... Elles sont le plus fréquemment liées à l'usure professionnelle¹² des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées.

1.2.3. Les spécificités des violences envers les personnes vulnérables

Au-delà des caractéristiques communes à la maltraitance des personnes vulnérables évoquées plus haut, la Commission a souhaité mettre l'accent sur certaines spécificités liées à l'âge ou au handicap.

Envers les personnes âgées

Les violences financières dont sont victimes les personnes âgées sont dénoncées de façon récurrente, tant en France qu'à l'étranger : dysfonctionnements du dispositif de protection juridique

¹¹ ANAES Guide méthodologique de gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003

¹² Freudberger introduit ce syndrome en 1974. Il le définit en ces termes : « l'épuisement des ressources physiques et mentales d'un individu qui s'évertue à atteindre un but irréalisable qu'il s'est lui-même fixé ou qu'il perçoit comme imposé par les valeurs de la société dans laquelle il vit. »

des majeurs vulnérables, recrudescence des « vols par ruse », escroqueries, abus financiers dont sont principalement victimes les personnes âgées.

Ces violences financières peuvent être appréhendées sous l'angle de l'abus d'ignorance ou de faiblesse (art. 313-4 du code pénal). En effet, la vulnérabilité due à l'âge constitue une circonstance aggravante pour les délits d'appropriations frauduleuses (vol, extorsion, escroquerie, abus de faiblesse – art. 311-1, 311-4, 312-1, 312-2, 313-1, 313-2, 313-4 du code pénal) et les autres atteintes aux biens (recel, destruction, dégradation ou détérioration – art. 312-1, 322-1, 322-3 du code pénal).

Envers les personnes handicapées

Alors que la question des violences envers les personnes âgées faisait, depuis le début des années 80, l'objet de colloques et de recherches, la réflexion sur les phénomènes de violences et d'abus envers les personnes handicapées n'a été engagée qu'en 1999, dans la dynamique impulsée par l'année internationale du handicap. Si la description qui est faite des violences aux personnes âgées dans la littérature nationale et internationale rejoint très largement celle des violences à l'égard des personnes handicapées, il convient néanmoins d'en préciser les spécificités au regard des spécificités du handicap.

Les violences sexuelles

La loi d'orientation du 30 juin 1975 qui traite notamment de l'« intégration sociale et de l'accès aux sports et aux loisirs » des personnes handicapées ne prenait pas en compte la vie affective de ces personnes. Les questions concernant la vie affective et sexuelle des personnes ayant un handicap mental font encore l'objet d'un véritable tabou. Il en va de même pour les personnes âgées accueillies en établissement même si, la loi du 2 janvier 2002 définit des droits en la matière.

La littérature et la presse se font régulièrement l'écho des violences sexuelles subies par les personnes handicapées, en particulier par les femmes ayant un handicap mental et les mineurs accueillis en établissement. La commission a évoqué trois aspects sur cette problématique.

- L'Association ESPASS¹³, représentée par Mme MARZLOFF, a entrepris une réflexion sur les risques sexuels encourus par les patients hospitalisés. C'est au cours de ce travail que ce réseau a pu mesurer l'ampleur et l'importance des violences, notamment sexuelles, qui pouvaient avoir lieu dans les institutions psychiatriques. C'est bien parce que l'ampleur de ces violences est sous-estimée ou niée que l'on ne se donne pas les moyens de mettre en place des cadres structurés pour que les soignants puissent s'emparer de ces situations et intervenir.

Le constat effectué par le réseau ESPASS est sombre : tous les soignants ont été confrontés à des situations de violence, qu'il s'agisse de violences entre patients, de violences entre un patient et un soignant, ou de violences rapportées par les patients avant leur intégration dans l'établissement. 75 % des usagers interrogés reconnaissent avoir été en contact avec une situation de violence sexuelle dans leur pavillon. La même proportion de professionnels (75 %) estiment qu'il est légitime que la personne hospitalisée pense qu'elle peut courir un risque de violence, en particulier de violence sexuelle. Les équipes restent désarmées face à ces situations, prises entre deux écueils : le premier qui serait de trop s'appuyer sur la pathologie et d'estimer alors que la violence est un élément du délire et donc de la pathologie elle-même du patient ; Le deuxième qui serait de faire fi de la situation du patient et de considérer la violence sans prendre en compte la pathologie.

¹³ Le réseau ESPASS regroupe tous les secteurs parisiens de psychiatrie excepté Sainte-Anne

- Les pratiques abusives en matière de stérilisation et de contraception¹⁴. Ces pratiques ont été mises en évidence par l'étude menée par l'IGAS en 97 relative à la stérilisation des personnes handicapées et constituent une atteinte à la dignité des personnes. Mme Strohl, inspecteur général de l'action sociale, a insisté lors de son audition par le Sénat sur la nécessité d'évaluer très précisément les modalités de mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001.
- La circulaire 96-743 du 10 décembre 1996 relative à la prévention de l'infection du VIH dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées mentales recommandait que chaque structure définisse « rapidement » une stratégie adaptée à cet objectif de prévention. Près d'une décennie plus tard des choses ont été faites dans les établissements accueillant des adultes ayant un handicap mental, mais rares sont les travaux entrepris dans les établissements accueillant des adolescents ou de jeunes adultes. La prévalence du VIH dans les populations handicapées vivant en institution est un sujet de préoccupation pour les professionnels.

L'accessibilité

L'accessibilité des lieux publics et des services marchands constitue pour les membres de la commission une violence intrinsèque, dont les conséquences peuvent influer gravement sur la santé et la sécurité des personnes : isolement, rupture avec l'environnement, difficultés d'accès aux soins, dépression, conduite abandonnique. Sur ce point la commission ne peut que demander la mise en œuvre de la réglementation. L'APF et l'UNAPEI ont été sensibles à ce point.

¹⁴ Sur ces questions confer : UNAPEI, parentalité et déficience ; Rapports du Comité d'Ethique, avis ° 49 sur la contraception chez les personnes handicapées mentales et Rapport n°50 sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive (avril 1996) ainsi que Paris, CTNRHI, 1999, dossier n°1 et n°2

2. Approche quantitative

2.1. Cadrage démographique

La commission a souhaité disposer de données de cadrage démographique qui permettent de situer les principaux ordre de grandeur : combien sont les personnes âgées et handicapées ? où vivent-elles ? De quoi souffrent-elles ?

2.1.1. Personnes âgées

La population française vieillit, 21 % des 59,3 millions d'habitants français en 2002 sont âgés de plus de 60 ans, en 2020, cette proportion passera à 27 % ; 7,7 % sont âgés de plus de 75 ans (10 % en 2020). Près de 75 % des plus de 85 ans sont des femmes.

Habitat, mode de vie, dépendance

La majorité des personnes âgées vivent à domicile : 96 % des plus de 60 ans et 85 % des plus de 85 ans. Les institutions (maisons de retraite et unités de soins longue durée) comptent 480 000 personnes de plus de 60 ans, en majorité des femmes et des personnes de plus de 80 ans. 27 % des personnes accueillies en institution sont isolées (contre 7 % des personnes vivant à domicile).

628 000 personnes de plus de 60 ans sont dépendantes à des degrés divers. Selon les critères retenus dans l'enquête « Handicap, incapacités, dépendance » qui prend en compte l'ensemble de la population, au domicile et en institution, 64 % des personnes de + de 60 ans sont dépendantes "physiquement". Si l'on prend en compte la dépendance psychique au sens de l'enquête EHPA, 844 000 personnes de + de 60 ans sont dépendantes.

Soulignons que parmi les personnes âgées de + de 60 ans se trouvent des personnes ayant un handicap reconnu administrativement.

Etat de santé, morbidité déclarée, recours aux soins, mortalité

Les plus de 75 ans souffrent en moyenne de plus de sept affections contre trois dans la population générale, notamment des affections cardiovasculaires, sensorielles, buccodentaires, ostéo-articulaires et des troubles du sommeil.

880 000 personnes de plus de 75 ans (17,8 %) souffrent de démence dont 550 000 de la maladie d'Alzheimer, 110 000 nouveaux cas apparaissant chaque année. Deux personnes atteintes sur trois vivent en institution.

Les plus de 75 ans représentent 16 % des hospitalisations en court séjour (médecine et chirurgie hors service de psychiatrie), et 23 % des hospitalisations de longue durée.

La première cause de mortalité des plus de 75 ans réside dans les pathologies cardiovasculaires (40 % des décès), les pathologies cancéreuses, les pathologies respiratoires, les traumatismes et les empoisonnements. La mortalité due à ces pathologies a diminué de 10 % entre 1990 et 1997. En revanche, la mortalité due aux pathologies du système nerveux est en augmentation.

2.1.2. Personnes handicapées

Les données qui suivent concernent l'ensemble des personnes présentant un handicap, quel que soit leur âge.

Selon l'enquête « *Le handicap en chiffre* » (février 2004) 1,3 millions de personnes vivant à domicile perçoivent une aide financière en raison d'un handicap ou d'un problème de santé (AAH, pension

d'invalidité, AES). 5 millions bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie courante pour les mêmes raisons.

Selon l'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendances » (HID), parmi la population générale, 40 % des personnes déclarent au moins une déficience (dysfonctionnement constaté d'un organe). Plus de 20 % déclarent au moins une incapacité (impossibilité d'effectuer un acte volontaire), 10 % déclarent une limitation de leurs activités et près de 10 % déclarent avoir recours à une aide humaine régulière.

Reconnaissance administrative

Moins de 10 % des personnes indiquent bénéficier d'une reconnaissance administrative de leur handicap. Pour ce qui concerne les mineurs, en 2002, 135 000 familles ont bénéficié de l'allocation d'éducation spéciale, 20 000 nouvelles demandes apparaissant chaque année. 753 000 personnes ont bénéficié de l'allocation aux adultes handicapées, les nouvelles demandes étant évaluées à 65 000 par an. Les autres mesures (carte d'invalidité, carte de stationnement, ACTP...) correspondent à près de 500 000 demandes accordées.

Dépendance et mode de vie

En population générale, la plupart des personnes handicapées vivent à domicile. 150 000 d'entre elles souffrent d'un handicap lourd et 5,4 millions bénéficient d'une aide ponctuelle. 247 000 personnes sont confinées au lit ou au fauteuil. 1,6 millions de personnes ne peuvent s'habiller ou se laver seules. 2,6 millions ont besoin d'une aide pour sortir du domicile.

650 000 à 700 000 personnes ayant un handicap vivent en institution¹⁵ dont 129 000 confinés au lit ou au fauteuil et 481 000 ayant besoin d'aide pour sortir. La durée de séjour est, en moyenne, supérieure à 5 ans.

Selon l'enquête « le handicap en chiffres »¹⁶ on dénombre près de 1340 places en établissement de soins pour personnes handicapées dans les établissements sociaux pour personnes handicapées.

2.2. Les chiffres de la violence envers les personnes vulnérables

En l'absence d'une enquête nationale du type de celle qui a été menée sur les violences faites aux femmes¹⁷ ou d'un système d'information national, nous ne disposons pas, pour l'heure, d'outils de mesure de la maltraitance envers les personnes âgées ou personnes handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux ou vivant à leur domicile. Il n'est donc pas possible d'avancer aujourd'hui une estimation fiable de l'ampleur du phénomène.

Les estimations disponibles sont extrapolées à partir de synthèses¹⁸ d'enquêtes étrangères et varient de 5 % chez les plus de 65 ans, soit 600 000 personnes environ, à 15 % chez les plus de 75 ans, soit 680 000 personnes en France. S'agissant du phénomène en Europe, à partir d'une synthèse d'enquêtes étrangères, on estime que 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans (soit 600 000 personnes) et que 15 % des plus de 75 ans (soit près de 680 000 personnes)¹⁹ subissaient des maltraitances. D'autres études²⁰, en Norvège et en Suède avancent que 2 à 5 % des personnes

¹⁵ Sur 660 000 personnes présentes en institutions en 1998, 255 000 étaient parties en 2000 dont 31 000 transférées, 170 000 décédées et 40 000 sont retournées à domicile

¹⁶ CTNERHI, DREES, DGAS, le handicap en chiffres, février 2004

¹⁷ Enquête Nationale sur les Violences envers les femmes en France, dite ENVEF, 2001

¹⁸ HUGONOT Robert, "Détresses cachées, vieux en danger", Nantes – Congrès de gérontologie – CODERPA, juin 1998

¹⁹ chiffres repris par Jean Roche dans la Revue du praticien 2004

²⁰ citées dans l'ouvrage HUGONOT Robert, "La vieillesse maltraitée", Dunod

âgées seraient brutalisées chez elles et par leurs familles ; au Canada, 4 % des personnes âgées disaient avoir été maltraitées par leur famille ou des soignants à domicile (enquête téléphonique de 1992) ; aux USA, entre 4 et 10 % des plus de 65 ans seraient victimes de maltraitance (enquêtes 1981 et 1984).

Les chiffres sont donc très variables d'un pays à l'autre et ne traduisent pas les mêmes réalités. Ils sont issus des plaintes et ne sont ni vérifiés ni évalués, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire de la situation.

Une enquête intitulée « Evènements de vie et santé » vise à apporter des éléments de connaissances sur les phénomènes de violence et à améliorer la connaissance des liens potentiels existant entre violence et santé. Elle s'inspire des recommandations du rapport « Violence et Santé » de l'OMS et fait suite à l'étude ENVEFF sur la violence envers les femmes. Cette enquête concerne une population générale et s'adresse aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Pour des raisons méthodologiques, des restrictions ont été posées s'agissant de l'âge : cette étude ne concerne ni les personnes âgées de moins de 18 ans (pour des raisons de complexité juridique), ni les personnes âgées de plus de 75 ans. Seules ont été retenues les personnes vivant en ménage ordinaire, à l'exclusion des personnes accueillies en établissement sanitaire, social ou médico-social.

Cette enquête doit permettre de dresser une comparaison entre une population déclarant avoir subi des violences et une population témoin non-victime. Cette étude recherchera des corrélations sans pour autant être en mesure de se prononcer sur les causalités. Le questionnaire comprend des items classiques qui permettront d'établir une comparaison (tableau de composition du ménage, questionnaire de santé), une biographie des personnes interrogées (biographie professionnelle, familiale, conditions de vie), et un questionnaire spécifique sur les violences (violences subies au cours des 24 derniers mois, violences subies au cours de la vie entière).

Ce travail est en préparation depuis septembre 2003. L'INSEE est le maître d'œuvre de cette enquête qui débutera fin 2005 et dont les premières exploitations seront disponibles à la fin du premier semestre 2006.

2.2.1. Les autres sources de données

Les données disponibles auprès de la DGAS

La circulaire du 30 avril 2002 renforce les procédures de signalements à l'administration centrale des situations de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les signalements de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux sont transmis par les services déconcentrés à la Direction générale de l'action sociale qui en présente chaque année le bilan. En tout état de cause, les chiffres sont partiels et ne reflètent qu'en partie la réalité du terrain.

De 2001 à ce jour la DGAS a été informée de plus d'un millier de situations de maltraitance soit 1147 situations (tous secteurs confondus, domiciles et établissements). En raison du caractère partiel des informations et du champ de compétence du bureau de la protection des personnes (personnes vulnérables accueillies dans un établissement social ou médico-social), 90 % de ces données ont été exploitées de manière statistique, soit 1024 signalements en 4 ans (2001-2004).

Données générales 2001 – 2004

Le nombre de départements qui signalent est en augmentation constante. De la moitié des départements en 2001, à 90 % en 2004.

- Répartition des signalements 2001-2004 par catégories d'établissements : 41 % des signalements sont relatifs à des établissements accueillant des mineurs (principalement enfance

handicapée), 24 % sont relatifs à des établissements accueillant des adultes handicapés ou en situation d'exclusion, 31 % sont relatifs à des établissements accueillant des personnes âgées, 4 % des signalements concernent des établissements dont la catégorie n'a pu être précisée.

- Les établissements accueillant des personnes handicapées, majeures ou mineures représentent 54,7 % de l'ensemble des signalements soit 628 signalements répartis ainsi : établissements accueillant des mineurs handicapés : 390 signalements, soit 62 %, des majeurs : 238 soit 38 %.

Analyse qualitative des signalements 2003-2004

- Le sexe des victimes n'est pas une variable discriminante, hommes et femmes sont représentés dans les mêmes proportions, quelle que soit la tranche d'âge, avec toutefois deux exceptions notables : parmi les victimes âgées de 7 à 15 ans, on observe qu'il y a deux tiers de garçons pour un tiers de filles ; parmi les victimes âgées de + de 85 ans, dans 9 cas sur 10 il s'agit d'une femme.
- Nature des violences par type d'établissement : il convient de souligner que 63 % des violences sexuelles signalées concernent les mineurs handicapés. Les violences sexuelles dans les établissements accueillant des enfants handicapés représentent 57,7 % de l'ensemble des violences qui y sont perpétrées.
- Les « mis en cause » par type d'établissement : dans les établissements accueillant des mineurs handicapés, 6 fois sur 10 (61 %) le « mis en cause » est un résident de l'établissement, le personnel est incriminé dans 20 % des cas, la famille dans 13 %. Dans les établissements accueillant des adultes handicapés : les résidents sont mis en cause dans 40 % des signalements, le personnel dans 47 % et la famille dans 13 % des signalements. Dans les établissements accueillant des personnes âgées, 3 fois sur 4, c'est le personnel qui est incriminé, les co-résidents 13 %, la famille 9 %.
- Les « mis en cause » au regard des violences et maltraitances perpétrées : toutes violences confondues, le personnel est mis en cause dans 40 % des signalements, les résidents dans 35 % des signalements, la famille dans 9 %, les autres (tiers extérieurs à l'établissement, anonyme...) dans 17 %.

Dans 53 % des situations signalées, les résidents sont mis en cause dans des situations de violences sexuelles.

Les données disponibles auprès du ministère de la Justice

Le ministère de la Justice appréhende les phénomènes de violence à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées à travers le critère de la vulnérabilité²¹, circonstance aggravante d'un crime ou d'un délit ou élément constitutif de l'infraction. La notion de vulnérabilité n'est pas liée à un état objectif mais est appréciée par le juge. Les statistiques du ministère de la Justice ne font donc pas apparaître d'éléments relatifs au handicap ou à l'âge.

Les données des réseaux associatifs

Les réseaux d'écoute téléphoniques ALMA

Le nombre d'appels reçus par le réseau ALMA -France est passé de 2118 en 1997 à 7366 en 2002. Les appels relatifs à des situations de maltraitance identifiés par ALMA (1593 en 2002) concernent principalement des personnes vivant à domicile (71 % des cas.)

L'analyse des 12 400 appels téléphoniques reçus entre 1995 et 2002 par les antennes départementales ALMA révèle que les signalements de violences en institution représentent 38 %

²¹ cf. la maltraitance au regard du droit pénal, en Annexe 2

des dossiers ouverts par ALMA en 2002. Les maltraitances évoquées sont de diverses natures : maltraitance physique, financière, psychologique, médicale ou négligences. Les victimes sont en majorité des femmes (75 %) âgées (la moyenne d'âge des victimes est de 79 ans), veuves, vivant en famille, disposant de biens ou de ressources et souvent dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne. La plupart des situations de maltraitance signalées à ALMA sont d'origine familiale, les auteurs sont principalement des membres de la famille (près de 60 % des appels, notamment le fils ou la fille), l'entourage non familial, le voisinage (près de 20 %) et les personnels soignants au domicile ou en institution. Enfin, les éléments favorisant la maltraitance les plus souvent cités sont les relations familiales difficiles (25 %), les problèmes financiers (18 %) et le manque de communication (12 %).

Il convient de souligner que les données affichées par les réseaux, essentiellement ALMA reposant sur les plaintes des usagers, ne concernent que la moitié des départements.

Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés (AFBAH)

Depuis son lancement fin janvier 2004, le Centre d'écoute est installé dans les locaux de l'hôpital Paul Brousse, mis à disposition par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il a reçu du 21 janvier au 30 septembre 2004, 2086 appels.

Sur ces 2086 appels enregistrés par le Centre d'écoute, il a été possible de répondre à 1449 d'entre eux : 676 correspondent à des dossiers « initiaux », 773 à des appels de « suivi » relatifs à des dossiers déjà ouverts.

Les dossiers se répartissent en quatre groupes :

- Les signalements proprement dits, qui correspondent aux appels dont la nature justifie l'ouverture d'un dossier pouvant être transmis à la structure départementale concernée, soit d'emblée, soit après le recueil d'informations complémentaires et pour lesquels devra être mise en place une procédure de suivi et d'évaluation ;
- Les demandes d'informations : ce sont des demandes simples de documentations, d'adresses utiles, des questions diverses auxquelles les psychologues à l'écoute sont en mesure de répondre directement sans transmission aux structures départementales ;
- Les signalements renvoyés : il s'agit d'appels concernant des signalements provenant de l'extérieur de la région Ile de France et renvoyés vers une antenne Alma ou un service social en l'absence d'une antenne départementale. Les éléments de communication, entre autres les articles et insertions dans la presse nationale, génèrent des appels nombreux en provenance des régions. Nous devons nous pencher plus sur ces appels et leur devenir afin d'être mieux à même d'en étudier le suivi, la prise en charge et le service rendu à la population concernée ;
- Les témoignages : il s'agit de faits relatés par des appelants qui refusent que ces faits soient transmis aux structures départementales, ce sont le plus souvent des personnes qui souhaitent rester anonymes et ne donnent souvent que très peu d'informations ne permettant même pas, parfois, de situer le lieu de la maltraitance.

Il existe une nette prédominance de dossiers relatant des situations de négligence passive (manque d'aide, oubli, indifférence) et de maltraitance psychologique. Très souvent, la maltraitance dite « principale » est associée à d'autres maltraitances dont il appartient à l'équipe départementale de préciser l'importance relative.

La maltraitance psychologique est présente dans plus d'un tiers des cas.

La maltraitance physique associée correspond le plus souvent à un passage à l'acte de la part de l'auteur présumé, de manière occasionnelle et le plus souvent dans des situations de souffrance morale au long cours et d'épuisement physique et psychologique.

SNATEM

Les bilans dressés par le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée ne permettent d'identifier les appels concernant des enfants porteurs de handicap.

APF

Parmi les quelques 40 000 personnes en situation de handicap que représente l'Association, 12 situations de violence et de maltraitance ont été recensées en 2002. Parmi ces 12 dossiers, 9 n'ont pas encore donné lieu à une décision de justice, trois ont donné lieu à des mises en examen, et deux ont donné lieu à des rappels à la loi. Parmi ces 12 situations, quatre concernent des situations de familles, quatre portent sur des violences d'un salarié à l'encontre d'un usager, trois concernent des violences entre usagers, et un cas porte sur des violences portées par un usager envers un salarié. Parmi ces 12 cas, neuf dossiers concernent des violences sexuelles, deux concernent des violences physiques et un concerne une pression morale. Des situations de violence restent probablement inconnues des services.

Toutes ces données sont parcellaires et, de ce fait difficile à mettre en cohérence entre elles et avec les données statistiques de cadrage démographique. La commission attend avec intérêt l'exploitation de l'enquête « événements de vie » qui devrait, malgré les limites évoquées plus haut, donner de premiers éléments généraux.

2.3. Limites et carences de l'appréhension chiffrée de la maltraitance

2.3.1. Difficultés liées au repérage ou à la prise de conscience

Une enquête qualitative réalisée par la DREES²² à la demande du secrétariat d'Etat aux personnes âgées et intitulée « Une maltraitance ordinaire : les perceptions de la maltraitance des personnes âgées en institution et à domicile » vient d'être publiée²³. Cette enquête qualitative porte sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance.

Elle a été menée auprès de deux populations : une population diffuse de personnes âgées de plus de 65 ans pour lesquelles on n'avait pas connaissance *a priori* de maltraitance, et, une population qui avait fait un signalement ou s'était plainte. Les entretiens se sont focalisés sur les deux registres de la plainte, à savoir la lamentation et la revendication.

D'après les résultats de cette enquête, les plaintes peuvent être diverses : violences, blessures, vols, escroqueries, violences verbales, actes de dénutrition ou de malnutrition, négligences dans les soins, inattentions à la souffrance physique et psychique, solitude, manque d'affection, etc. Les auteurs du rapport ont classé les plaintes suivant trois catégories originales : les atteintes au corps, les atteintes à la dignité et les atteintes à l'autonomie. Le plus souvent, ces actes ne sont pas isolés mais s'inscrivent dans la banalité quotidienne. Parmi les 32 plaintes prises en considération par cette étude, seules trois plaintes ont été déposées par la victime elle-même.

Il faut également noter une somatisation de la violence, certaines personnes ne pouvant exprimer leurs plaintes en mots : une personne qui ne se sent pas considérée comme un adulte autonome se sent niée en tant que sujet et a alors du mal à se plaindre en tant que sujet. A cela s'ajoute le fait que la plainte de cette personne pourrait aussi être considérée comme non crédible.

Cette étude met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance.

²² Lettre de la DREES, « Une maltraitance ordinaire », février 2005
²³

En dépit des formations que se multiplient, les professionnels ne semblent pas toujours sensibilisés à cette question ; on note, globalement une absence de sensibilisation, d'information, voire de formation, d'analyse des pratiques.

2.3.2. Les freins à l'énonciation

Outre le déni qui entoure les situations de maltraitance, déni par les victimes et par les aidants, la peur des représailles incitent les témoins et les familles au silence. C'est particulièrement vérifié dans un contexte où l'accès aux prestations (établissements ou service) est difficile.

La commission a identifié des difficultés liées au partage du secret médical. Les textes existants présupposent que les médecins travaillent seuls ou, pour les textes les plus récents que leur travail d'équipe ne se fait qu'avec des professionnels de la santé. Or, dans le champ médico-social, le travail se mène aujourd'hui en équipe pluridisciplinaire.

Comment faire entrer le partage du secret médical dans un cadre bien défini et apportant des garanties aux personnes comme aux professionnels, alors que le secret médical, catégorie particulière du secret professionnel, est défini par les juges comme « général et absolu » ? La notion de confident nécessaire pourrait-elle être utilisée lorsque le travail s'effectue en équipe ?

Le dispositif de protection juridique des témoins, affirmé clairement dans la loi à l'article L. 314-24 du code de l'action sociale et des familles, trouve rarement à s'appliquer de manière préventive ; c'est le plus souvent devant les prud'hommes ou le tribunal administratif que les agents qui ont dénoncé des faits de maltraitance peuvent démontrer qu'ils ont subi des représailles ou des brimades. Ces brimades peuvent prendre des formes subtiles : modifications du roulement, refus d'accorder certains congés, affectation auprès des personnes les plus dépendantes, pressions morales, opprobre des collègues.

La commission constate un fort décalage entre l'ensemble des normes juridiques et les pratiques.

2.3.3. Recueil et traitement des données

Outre les difficultés évoquées plus haut, la commission souligne les écueils suivants :

- Il n'y a aucune commune mesure entre le nombre de situations à risque de maltraitance, de suspicions de maltraitance et celles qui sont ou seraient signalées. Dans l'immense majorité des cas, les personnes concernées, dans les établissements comme dans les familles, au sein des particuliers comme au sein des professionnels, n'ont pas tant besoin de « signaler » à une autorité administrative et/ou judiciaire que de demander conseil et assistance avant que d'avoir recours à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours.
- Il existe de réelles difficultés à cerner les publics concernés : quels sont les critères retenus pour les personnes handicapées, la reconnaissance de la COTOREP ou de la sécurité sociale ? Et pour les personnes âgées, le seuil des 60 ans, 75 ans ? les bénéficiaires de l'APA ?

La DGAS a mis en place en juin 2003 un système d'information intitulé « Prévention des risques, inspections, signalements de la maltraitance en établissements sociaux et médico-sociaux » (PRISME).

PRISME permet, notamment, de recueillir et analyser les signalements relatifs aux maltraitances et violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, une réflexion est engagée pour permettre, au niveau des DDASS d'harmoniser et informatiser la gestion administrative et le suivi des plaintes, en lien avec l'IGAS qui élabore un guide des bonnes pratiques de la gestion administrative des plaintes, à paraître prochainement.

La commission remarque que :

- Le système d'information PRISME documenté par les services déconcentrés du ministère de la santé (DDASS) ne concerne que les usagers accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux : les usagers des établissements de santé, handicapés ou âgés en sont exclus.
- Les DDASS sont tributaires, pour renseigner la base de données des renseignements fournis par les établissements ; or les modalités de transmission de ces informations par les établissements ne sont pas claires et reposent sur des prescriptions administratives.
- Les bilans dressés par le SNATEM (service national d'appels téléphoniques pour l'enfance maltraitée) ne font pas apparaître les appels concernant des mineurs ayant un handicap.
- Il n'existe pas de système organisé et cohérent de données épidémiologiques concernant la violence à domicile, hormis le recueil effectué au sein du réseau d'Alma France et la plate forme d'Ile de France. Il serait utile de faire converger les items retenus par les différents acteurs afin de pouvoir, à terme, croiser les données.

Aucune procédure centralisée ou homogène n'existe en termes de méthode de recueil des données relatives à la violence ou à la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées.

3. Les évolutions du droit et des autres dispositifs

En réponse à une forte demande sociale, les évolutions législatives et réglementaires récentes dans le secteur de la santé et de l'action sociale mais aussi en matière pénale ont mis l'accent sur les droits des usagers, la protection des personnes, le renforcement de la sécurité, la lutte contre les violences et l'insécurité.

3.1.1. Dispositifs législatifs et réglementaires

Nous n'évoquerons ci-dessous que les évolutions les plus récentes et qui ont paru être les plus significatives. Un recensement détaillé des dispositions législatives et réglementaires figure en annexe.

3.1.2. Dispositions d'ordre général et pénal

- Loi n° 2004-204 du 09 mars 2004 portant adaptation de la justice à l'évolution de la criminalité prévoit l'allongement des délais concernant la prescription, l'allongement de la durée et de la sanction des peines de suivi socio-judiciaire, la création d'un fichier national des délinquants sexuels, l'impossibilité en cas de condamnation à une infraction à caractère sexuel de solliciter une dispense d'inscription au B2 du casier judiciaire (article 775-1 du code de procédure pénale) et la possibilité d'interrogation du casier judiciaire pour les personnes privées employant du personnel en contact avec des mineurs et pour les organismes chargés du contrôle (tout public).
- Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 : cette loi a entendu réprimer plus sévèrement le trafic des êtres humains (dont celui des mineurs), notamment dans le but de mettre à la disposition d'un tiers, afin de permettre la commission d'actes de proxénétisme, d'agressions sexuelles.
- Loi n° 2002-3 du 17 janvier 2002 consacre l'absence de sanction disciplinaire pour un médecin qui révèle des services ou des privations commis sur un mineur (article 226-14 du code pénal).
- Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001, tendant à renforcer la répression et la prévention des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. Cette loi renforce le dispositif pénal à l'encontre des associations ou groupements à caractère sectaire qui constituent, par leurs agissements délictueux, un trouble à l'ordre public ou un péril majeur pour la personne humaine ou la sûreté de l'Etat.

3.1.3. Droit des usagers

- Loi n° 2000-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : amélioration de la place des usagers avec la création d'une charte des droits et libertés, l'intervention d'un médiateur et la création d'un conseil de la vie sociale.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (L.1111-1, L.1111-6), personne de confiance (L.1112-4), prise en charge de la douleur, soins palliatifs.
- Loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations, article 8, codifié à l'article 314-24 du CASF : le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation.
- Loi du 4 juillet 2001 autorisant la stérilisation des femmes prévoit un délai de réflexion de 4 mois ; s'agissant des personnes handicapées, la loi prévoit une interdiction de principe mais une

autorisation d'exception avec un encadrement par une autorisation judiciaire et une commission d'experts.

3.1.4. Prévention et lutte contre la maltraitance envers les personnes vulnérables

(personnes handicapées, majeures ou mineures et personnes âgées dépendantes)

Il convient de souligner que le dispositif de prévention des violences et maltraitances à l'égard des personnes vulnérables s'appuie quasi exclusivement sur des textes de nature administrative, à l'exception des mentions contenues dans la loi du 2 janvier 2002 évoquée plus haut et de la loi du 11 février 2005 concernant les personnes handicapées.

Repérage, signalement, traitement

- Loi du 11/02/05 sur l'égalité des chances définit la politique de prévention, de réduction et de compensation des handicaps. L'article 83 modifie l'article 2-8 du code de procédure pénale en permettant aux associations de se porter partie civile lorsque les infractions ont été commises en raison de l'état de santé ou du handicap de la victime et précise qu'elle s'appuie notamment sur des « actions de prévention concernant la maltraitance des personnes handicapées » ; elle ajoute un motif supplémentaire de « vulnérabilité », relatif au handicap. Par ailleurs, l'article 66 édicte que les règles relatives au secret professionnel et à la levée de celui-ci dans les situations de mauvais traitements sont explicitement applicables aux membres de l'équipe pluridisciplinaire²⁴ et de la commission mentionnée aux articles L. 146-8 et L. 146-9 dans les conditions prévues par les articles 226-14 et 226-14 du code pénal.
- Loi n° 2004-1du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance ouvre, de manière incidente aux associations de défense des personnes adultes vulnérables la possibilité de se constituer partie civile.
- Arrêté ministériel du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.
- Circulaire DGAS 265-2002 du 30 avril 2002 relative aux renforcements 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 : renforce la protection des personnes accueillies en établissements et rappelle les obligations auxquelles sont soumis les établissements en matière de signalement et de prise en charge des situations de maltraitance. La circulaire recommande par ailleurs la création et le développement d'antennes d'appel et de recueil téléphonique des signalements, en partenariat avec l'association ALMA France, afin d'aboutir d'ici 2005 à un maillage du territoire national. La circulaire reprend, enfin, diverses mesures visant à protéger l'usager, à mieux prendre en compte son consentement, qui sont incluses dans la loi du 2 janvier 2002 visant à rénover l'action sociale et dans la loi du 4 mars 2002 de modernisation du secteur sanitaire. Des dispositions concernant la protection juridique des témoins figurent dans la loi de novembre 2001 sur le harcèlement et la non-discrimination (article L 313-24 du code de l'action social et des familles) : « Tout salarié qui porte à la connaissance des autorités une situation de maltraitance ne pourra faire l'objet de pénalités comme une procédure de licenciement ou de rétorsion ».
- Circulaire DGAS n° 265-2002 du 3 mai 2002 : recommande la mise en place de dispositifs locaux coordonnés de traitement et suivi des situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées ; développement du réseau d'accueil téléphonique (PA/PH).

²⁴ Il s'agit de l'équipe pluridisciplinaire qui, au sein de la maison du handicap effectuera l'évaluation du de la situation et des besoins de la personne et proposera un plan de compensation.

- Circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001 (bulletin officiel du ministère délégué à la famille N° 2001-031) relative à la prévention des violences et maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.
- Circulaire n° 21 du 06 juin 1998 : prise compte de situations de maltraitance à enfants dans les ESMS.
- Circulaire DAS n° 98/275 du 5 mai 1998: instaure une vigilance renforcée dans la prise en compte de situations de maltraitances au sein des ESMS : demande d'information de l'administration centrale : enquête administrative, protection des victimes, saisine de l'autorité judiciaire. La circulaire recommande une attention particulière à la conformité des établissements, à la formation du personnel, aux dispositifs de supervision, régulation, soutien du personnel, à l'implication des familles, à l'information des enfants, affichage du numéro vert.

Accueil et accompagnement des victimes

- Circulaire n° 2002-97 du 14 février 2002 relative aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes : prévoit la prise en charge en milieu hospitalier des mineurs victimes de maltraitances et violences sexuelles.
- Circulaire DHOS bureau E1 du 22 octobre 2001 : vient compléter le dispositif existant d'accueil et de prise en charge aux urgences, en visant toutes personnes victimes de violences ou d'événements susceptibles d'entraîner une détresse psychologique. Elle concerne tant les enfants victimes que les adultes, femmes et hommes.
- Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs : introduit des dispositions visant à tenir compte de la situation et des besoins particuliers des mineurs victimes. Ainsi ont été généralisés l'expertise médico-psychologique, l'enregistrement audiovisuel des déclarations de l'enfant, son accompagnement par un tiers pendant l'audition, la désignation d'un administrateur ad hoc en cas d'opposition d'intérêt entre le mineur et l'un de ses représentants légaux.
- Circulaire DGS/DH du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Ces dispositifs régionaux d'accueil, appelés « pôles de référence », voient par la circulaire précitée leurs missions étendues à l'accueil et à la prise en charge des mineurs victimes de maltraitance autres que sexuelles.
- Circulaire DH/AF1/98 du 27 février 1998 : création des UMJ, outil à la disposition de la justice ; elles accueillent, examinent, effectuent les prélèvements nécessaires aux enquêtes judiciaires sur requête du magistrat ou d'un officier de PJ, effectuent les constats et fixent les ITT.
- Circulaire interministérielle n° 52 du 27 mai 1997 circulaire conjointe de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux, relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.

Protection des mineurs

- Loi n°2004-1du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance qui confirme l'évolution amorcée par la loi n° 2002-3 du 17 janvier 2002 qui avait consacré l'absence de sanction disciplinaire pour un médecin qui avait révélé des sévices ou des privations commis sur un mineur (article 226-14 du code pénal). Les cas permettant de bénéficier de cette protection au niveau disciplinaire, mais également au niveau des poursuites pénales pour violation du secret professionnel, ont été multipliés. La rédaction de cet article a été faite dans le but d'inciter les médecins à révéler des faits sans encourir de sanction, crainte souvent exprimée.

- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Cette loi a assoupli les éléments constitutifs du délit de soustraction à ses obligations légales de parents, au point de compromettre la santé, la sécurité la moralité ou l'éducation d'un mineur (article 227-17 du code pénal).
- Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale : instaure pour les mineurs la possibilité de recourir à un administrateur ad hoc chargé d'accompagner le mineur pendant toute la procédure judiciaire.
- Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel renforce la protection des mineurs accueillis hors du domicile parental.
- Loi n° 89-487 et du Loi n° 2000-197 du 6 mars 2000, relative au renforcement du rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.
- Loi n° 2000-196 du 6 mars 2000 : institue le défenseur des enfants.
- Loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs : instaure un statut de mineur victime et installe un régime dérogatoire au droit commun s'appliquant aux seuls auteurs d'infractions sexuelles.
- Loi du 10 juillet 1989 : donne mission au service d'aide sociale à l'enfance d'organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et leur protection en lien avec le service de PMI, le service social départemental - crée le service national téléphonique pour l'enfance maltraitée : le 119.

La présentation de ce corpus législatif et réglementaire appelle quelques observations.

Constat est fait d'un morcellement et d'un empilement de textes concernant la protection, la sécurité, la sûreté, le respect des droits et libertés des personnes âgées et handicapées. Elaborés par différents ministères, voire par différents départements ministériels au sein d'un même ministère, les textes se caractérisent par une étanchéité des publics, des catégories administratives ou légales et par une carence des textes d'application. D'où une absence de lisibilité et une complexité certaines.

Exemples :

- La loi du 30 juin 1975 modifiée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social a posé le principe d'une séparation très nette entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. Ainsi les dispositions du Code de la santé publique ne sont pas applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux, sauf si la loi en dispose expressément autrement, et réciproquement pour les dispositions du Code de l'action sociale et des familles. Il en est ainsi des articles consacrés aux conditions de prise en charge et en particulier de ceux relatifs aux droits des usagers du secteur social et médico-social (droit à la dignité, droit à la confidentialité des informations, droit à l'accès aux informations...).
- La loi n° 2004-204 du 09 mars 2004 dite « Perben II » contient deux dispositions qui impactent fortement le secteur social et médico-social en modifiant les règles d'accès au casier judiciaire ; elle prévoit d'étendre ce droit d'accès aux employeurs des établissements et services ayant en charge des mineurs (par voie de conséquence sont concernés les établissements médico-sociaux accueillant des mineurs handicapés) ; la liste de ces employeurs doit être arrêtée par décret. Une nécessaire concertation avec le secteur du handicap devrait précéder la rédaction de ce décret. Par ailleurs, elle prévoit que les organismes chargés du contrôle pourront, dans le cadre de leur mission, accéder au casier judiciaire.
- La loi du 11 février 2005 par son article 84 modifie l'autorité compétente pour procéder à la fermeture d'un établissement social ou médico-social, sans préjudice des dispositions antérieures relatives aux modalités d'exercice du contrôle de ces structures ; cette disposition concerne

l'ensemble du secteur social et médico-social, et pas seulement les établissements accueillant des personnes handicapées.

Effets « collatéraux » non prévus, non concertés, non évalués : dispositions introduites par la loi du 2 janvier 2004 relative à la protection de l'enfance, concernant la possibilité, pour les associations ayant pour objet la protection des personnes, de se constituer partie civile lorsque la victime est majeure au moment des faits : elles permettent désormais aux associations comme ALMA de se constituer partie civile lorsqu'une personne âgée est victime de violences.

3.2. Le dispositif national de lutte et de prévention de la maltraitance

Le dispositif français aborde essentiellement la question de la maltraitance. Le débat ne s'est quasiment pas élargi aux problèmes liés à l'auto-violence ou à la violence institutionnelle, législative ou étatique. En effet, le système français considère essentiellement les maltraitances de personne à personne et commence à peine à envisager les maltraitances institutionnelles qui pourraient être la résultante d'une défaillance d'un système complexe de production de prestations.

Le dispositif français privilégie une approche transversale, englobant les personnes âgées et les personnes handicapées, majeures ou mineurs. Cependant, sur le plan politique, cette question a essentiellement été portée jusqu'à une période récente par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées.

A noter qu'il n'existe pas de législation spécifique sur la protection des adultes vulnérables, à l'instar de la législation sur la protection de l'enfance de 1989.

3.2.1. Les axes prioritaires du dispositif national

La politique nationale de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées se déploie sur 4 axes prioritaires :

- mieux connaître et faire connaître ;
- renforcer les contrôles, avec une double dimension pédagogique et répressive
- garantir le droit des usagers et contribuer à l'amélioration de la prise en charge
- apporter un appui technique et un soutien méthodologique aux acteurs de terrain

Mieux connaître et faire connaître

Le renforcement des procédures de signalement et de traitement des plaintes

La circulaire 265/2002 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance envers les personnes vulnérables accueillies dans les structures sociales et médico-sociales renforce la protection des personnes accueillies en établissements et rappelle les obligations auxquelles sont soumis les établissements en matière de signalement et de prise en charge des situations de maltraitance. Elle rappelle qu'il convient, notamment de s'assurer que les actes de maltraitance ne sont pas la conséquence d'un dysfonctionnement de l'établissement et de vérifier (au moyen d'une inspection sur place) que le fonctionnement de l'établissement ne menace pas la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies et que l'organisation de la structure ne favorise pas de tels passages à l'acte. Elle précise les modalités du contrôle du recrutement des personnels et bénévoles intervenant auprès de personnes vulnérables et rappelle que l'article L. 133-6-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit qu'est incapable d'exploiter, de diriger toute structure sociale et médico-sociale, d'y exercer une fonction ou d'être agréée, toute personne condamnée définitivement pour crime ou condamnée pour certains délits portant atteinte à la personne humaine.

La procédure de suivi du traitement des signalements est précisée et renforcée, en particulier par la transmission systématique d'une « fiche d'accompagnement de chaque nouveau signalement » à la DGAS via le système d'information PRISME.

Développement des réseaux d'accueil téléphoniques²⁵

A ce titre la DGAS accompagne le développement du réseau ALMA France, qui compte début 2005 près de 50 antennes départementales, soutient la mise en œuvre par l'AFBAH (Association francilienne pour la bientraitance des aînés et Handicapés) d'une plate forme régionale d'écoute et de suivi destinée aux personnes âgées (avec perspective d'ouverture aux personnes handicapées) en Ile-de-France. Enfin la DGAS a conduit en 2004 l'expérimentation d'un dispositif national d'accueil téléphonique, de traitement et de suivi des situations de maltraitance envers les personnes âgées (0.821.08.09.01) dans 5 départements.

Les actions de sensibilisation, d'information

Une brochure intitulée « Lignes de vie-Lignes de conduite » a été réalisée avec le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. Elle rappelle que le respect de l'autre, quel que soit son âge, constitue le premier rempart contre la maltraitance et que pour la combattre, il faut avant tout changer le regard sur la personne âgée, rompre le mur du silence. Compte tenu de la sensibilité du sujet, il est apparu nécessaire d'effectuer une phase de test dans plusieurs départements avant de passer à une généralisation afin de procéder à d'éventuels ajustements. Un encart, inséré dans la brochure, constitue une aide face aux situations de risque de maltraitance. Face à des situations complexes, une analyse approfondie est souvent nécessaire. Il s'agit de permettre la vigilance de chacun, en aidant les personnes à porter une attention particulière et à s'interroger.

Il convient de mentionner également le CDROM réalisé par la DGAS, en lien avec le Comité national de vigilance. Cet outil est destiné aux professionnels et au grand public et devrait être prochainement mis en ligne.

Renforcer les contrôles

La loi n° 2002 du 2 janvier 2002 a sensiblement renforcé les dispositions relatives au contrôle des établissements, sans toutefois modifier les conditions générales de surveillance des établissements sociaux, qu'ils soient soumis à autorisation ou à déclaration.

Initié et animé par la DGAS, le programme de contrôle pluriannuel a été mis en place en janvier 2002. Il répond à une double priorité : d'une part, la prévention et la lutte contre les violences en institution et, d'autre part, le renforcement de la fonction d'inspection dans les services déconcentrés, dans le cadre du dispositif mis en place en 1999 en vue d'appuyer la professionnalisation des missions de contrôle des DDASS et des DRASS.

Dans le cadre de leur pouvoir de surveillance des établissements sociaux et médico-sociaux et de protection des personnes qui y sont accueillis, les services déconcentrés du ministère sont chargés de :

- Vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les ESMS ;
- Repérer les risques en identifiant les points critiques dans le fonctionnement de la structure et/ou dans l'attitude des personnels ;

²⁵ Les travaux et réflexions sur la téléphonie et le traitement concerté des appels ont fait l'objet d'une présentation en séance et sont exposés au paragraphe 3.4.2.

- Repérer les dynamiques existantes ou émergeantes ainsi que les points d'appui dans les établissements, afin de soutenir, développer et capitaliser les bonnes pratiques ;
- Formuler toute proposition pour améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et soutenir les équipes ;
- Sanctionner, le cas échéant, les insuffisances et les abus, en proposant au préfet du département d'adresser des injonctions aux établissements, dont le non-respect doit conduire à prononcer une fermeture partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Le programme porte sur le contrôle d'au moins 2000 structures sur 5 ans. Il concerne les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants, des personnes handicapées (adultes et mineurs), des personnes en difficultés sociales, des personnes âgées. Le caractère préventif de la démarche doit permettre d'établir une relation de confiance et d'impulser une démarche de coopération avec les établissements ; il s'agit d'instaurer une vigilance et un dialogue continu avec les institutions, afin de garantir que les établissements visités développent ou retrouvent leur vocation d'accueil, d'accompagnement ou de soins dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations et de respect des droits et libertés des personnes accueillies.

Les inspections diligentées à titre préventif

Dans ce cadre, en 2002 et 2003, 700 inspections à titre préventif ont été diligentées, dont 44 % dans des établissements accueillant des personnes âgées, soit 309 inspections.

Pour 2003, les inspections réalisées dans le secteur des personnes âgées représentent 41 % des inspections, 48 % des inspections à titre préventif ont été réalisées dans des établissements accueillant des personnes handicapées.

Les inspections diligentées suite à des plaintes

Toute plainte évoquant une situation de maltraitance ou de violence doit, conformément à la circulaire n° 265/2002 du 30 avril 2002, faire l'objet d'une enquête administrative qui a pour objet de s'assurer que les actes de maltraitance ne sont pas la conséquence d'un dysfonctionnement de l'établissement et de vérifier (au moyen d'une inspection sur place) que le fonctionnement de l'établissement ne menace pas la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies et que l'organisation de la structure ne favorise pas de tels passages à l'acte.

En 2002 et 2003, les DDASS ont procédé à 750 inspections suite à des plaintes d'origine diverse (usagers, familles, membres du personnel...), dont 69 % dans des établissements accueillant des personnes âgées.

Au total en 2002 et 2003, 1 450 inspections (52 % inspections suite à plaintes, 48 % au titre du programme préventif) ont été diligentées dans les établissements sociaux et médico-sociaux au titre de la prévention et de lutte contre les violences et la maltraitance. 57 %, soit 828 inspections, ont été menées dans des établissements accueillant des personnes âgées.

Le bilan d'étape du programme de contrôle pluriannuel en vue de repérer la maltraitance et les violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux fait apparaître que, tous types d'établissements confondus, 3 % des établissements font l'objet d'un contrôle chaque année (contrôles à titre préventif et contrôles diligentés suite à plainte) ; le taux de contrôle passe à 5 % si l'on ne considère que les établissements accueillant des personnes âgées. Compte tenu des modalités de mise en œuvre du programme (établissements ciblés, effet d'exemplarité, développement d'outils d'évaluation et d'analyse...), l'impact des contrôles dépasse largement les seuls établissements contrôlés.

Au-delà des inspections à titre préventif ou suite à des plaintes, les services déconcentrés ont un rôle d'impulsion, d'animation, d'appui technique et méthodologique, de suivi et d'accompagnement auprès des acteurs de terrain.

Promouvoir les droits des usagers et contribuer à l'amélioration continue de la qualité

Promouvoir les droits des usagers

Les signalements et les inspections ont une efficacité certaine, à titre préventif mais ils restent un mode d'intervention ponctuel, quel que soit le développement apporté aux inspections. Ainsi que le souligne Eliane Corbet, «ce sont les processus d'évaluation des pratiques, mais aussi d'observation fine des situations de vie et des besoins des personnes qui apportent la meilleure garantie en alimentant la dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations et de respect des droits et libertés des personnes accueillies» .

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale s'est attachée à reconnaître des droits aux usagers, à mettre en place des outils permettant de les exercer effectivement tels que la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, livret d'accueil, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement, les personnes qualifiées facilitant l'accès aux droits, et à développer l'évaluation au sein des établissements.

Contribuer à l'amélioration continue de la qualité et adapter les prises en charge

Depuis plusieurs années est impulsée une dynamique d'amélioration continue de la qualité : individualisation des prestations, prise en compte de l'usager, contractualisation, analyse et évaluation des pratiques, démarche d'accréditation ou de labellisation, gestion des risques...

- Pour ce qui concerne plus particulièrement les personnes âgées

Une réforme de la tarification des EHPAD est en cours ; l'objectif est de médicaliser l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes afin de permettre un accompagnement et des soins adaptés aux besoins des résidents. Préalablement à la signature d'une convention tripartite les services procèdent, en collaboration avec les services des départements et suite à une démarche d'auto évaluation des établissements, à l'analyse des conditions d'installation, de fonctionnement, et d'organisation.

Les médecins coordonnateurs en EHPAD sont un gage de qualité. En revanche, les autres professions médicales sont peu formées. Dans les maisons de retraite, les professionnels qui travaillent avec des personnes âgées vulnérables et poly-pathologiques n'ont aucune formation sur la prise en charge collective.

La pérennisation du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (contribution de l'Etat portée à 1,7 milliards d'euros en 2004), le financement de 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile permettent de conforter la place des aidants professionnels dans l'accompagnement des personnes dépendantes, à domicile comme en établissement.

Le renforcement et la diversification de l'offre de prise en charge des personnes âgées permettront un accompagnement adapté aux besoins des personnes âgées tenant compte de la nécessité de répit pour les familles. Les structures d'hébergements temporaires, d'accueils de jour ou le développement de gardes itinérantes de nuit (13 000 places), éviteront certaines situations critiques où la famille épuisée devient elle-même maltraitante.

Le développement de relais d'écoute et de lieux de parole destinés aux aidants sont également des atouts pour aider efficacement ceux qui au quotidien s'occupent avec dévouement des personnes âgées et prévenir ainsi la maltraitance notamment à domicile.

Un effort sans précédent est par ailleurs engagé par le Gouvernement pour renforcer l'accompagnement des personnes âgées en maisons de retraite.

Ainsi en 2004, dans les établissements existants, les soins apportés aux résidents seront considérablement renforcés : 160 000 lits seront médicalisés soit deux fois plus qu'en 2002 et 2003. Dans le même temps la construction des établissements sera relancée grâce au financement de 500 places nouvelles. Cette politique volontariste permettra le recrutement de près de 4 000 personnels soignants supplémentaires, soit le double du rythme des années précédentes.

- Pour ce qui concerne les personnes handicapées, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées comporte des avancées significatives, en répondant à trois objectifs : garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, améliorer leur participation à la vie sociale et les placer au cœur des dispositifs qui les concernent.

Apporter un appui technique et un soutien méthodologique aux acteurs de terrain

Le guide de repérage des risques de violences et de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux²⁶

Ce guide d'inspection, transversal à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, est destiné à accompagner et faciliter la mise en œuvre du programme national pluriannuel d'inspection en vue de prévenir et de lutter contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Il vise à permettre aux équipes d'inspection de répondre à une triple préoccupation : repérer et évaluer les risques de maltraitance (nature, gravité, fréquence...) ; effectuer des constats et construire des démonstrations, notamment au regard des dispositions législatives et réglementaires ; être en mesure de formuler des propositions d'amélioration, de correction, voire des injonctions.

Ce guide rappelle que le repérage des risques ne repose pas sur des données strictement objectives, non plus que sur la seule vérification de la conformité à des normes ou recommandations. Au-delà de la détection de variables uniques et isolées (par exemple, des locaux inadaptés, un personnel peu qualifié, ...) il s'agit pour les membres de la mission d'inspection de prendre en considération des combinaisons de facteurs, des interactions entre les conditions structurelles d'installation et d'organisation, les conditions de fonctionnement et les mécanismes d'évolution et de régulation à l'œuvre au sein de l'établissement.

Le système PRISME

Le ministère des solidarités de la santé et de la famille a mis en place un système de recueil d'information de suivi et de contrôle qui permettra de disposer d'une base de données nationale relative aux contrôles des établissements sociaux et médico-sociaux et aux signalements de situations de maltraitance. Il constituera un outil précieux d'observation et de mesure des phénomènes de maltraitance et de violences dans les établissements accueillant des personnes vulnérables.

PRISME, « Prévention des risques, inspections, signalements des maltraitances en établissement » comporte trois volets :

- un volet « signalement des maltraitances » (SIGNAL) opérationnel depuis juin 2003 qui permet de collecter et exploiter via les formulaires « fiches de signalement » les données relatives à des situations de maltraitance et/ou de violence dans un établissement social ou médico-social.
- un volet « inspections/contrôles » (VIGIE) qui collectera et exploitera via les formulaires « fiche d'enquête administrative » les données relatives aux inspections effectuées dans le secteur social et médico-social (aussi bien dans le cadre du programme pluriannuel d'inspection 2002/2006, volets prioritaire et complémentaire, qu'hors programme pluriannuel, sur initiative départementale

²⁶ diffusé aux DDASS en juillet 2002

ou régionale, ou encore diligentées suite à plainte ou signalement de maltraitance et/ou violence).

- Le volet « suivi du programme »

Outre l'exploitation qui sera faite de ces données sous forme d'outils de pilotage (tableaux de bord, rapports ...), le système d'information permettra de développer la mémoire administrative des enquêtes et des signalements effectués ainsi que des suites engendrées, aux niveaux départemental, régional et national.

3.2.2. Analyse critique du dispositif de prévention

La commission reconnaît l'avancée que constitue le programme national de prévention présenté ci-dessus. Elle souligne que ce dispositif qui ne connaît pas d'équivalent en Europe, recèle néanmoins des faiblesses :

- Le dispositif français s'inscrit essentiellement dans le champ social et médico-social, à l'exception des mesures concernant l'accueil des victimes qui répondent à une logique sanitaire et médico-légale. Par ailleurs, même si le dispositif administratif se veut transversal aux publics vulnérables, force est de constater que le champ de la violence envers les personnes âgées, du fait de l'antériorité de sa prise en compte par les ministres successifs, a été plus approfondi que celui du handicap.
- Le dispositif de sensibilisation du public concerne exclusivement les personnes âgées. La diffusion des outils de communication reste très limitée : la brochure « lignes de vie, lignes de conduite » relative à la maltraitance des personnes âgées a été éditée à 20 000 exemplaires et diffusée dans cinq départements à titre expérimental ; le CDROM sur le même sujet diffusé auprès des DDASS et DRASS le 12 janvier 2005 n'a pas été mis en ligne.
- Les mesures de prévention secondaire visant au renforcement des procédures de signalement, au développement des réseaux d'accueil, de suivi et de traitement des maltraitances, au développement des contrôles, et à l'appui technologique et méthodologique pour les acteurs de terrain doivent être confortées par la généralisation de l'accueil téléphonique à l'ensemble du territoire national, le renforcement des moyens des services déconcentrés dédiés au contrôle.
- Bien que le signalement aux autorités administratives de niveau central soit rendu obligatoire par la circulaire 2002/265 : une faible partie des signalements est à ce jour collectée car seules 75 DDASS font remonter ces informations.
- Le dispositif prévoit le développement des réseaux d'accueil et de traitement : or, le réseau Alma ne dispose aujourd'hui que d'une cinquantaine d'antennes animées par des bénévoles, essentiellement dédiées aux personnes âgées même si deux antennes handicap ont été ouvertes. La plate-forme téléphonique expérimentée en Ile-de-France n'est pas assurée de financements pérennes. Le numéro national (0 821 08 09 01) est toujours en test dans cinq départements : la décision n'a pas encore été prise de le généraliser.
- L'amélioration de la prise en charge est abordée dans divers supports, notamment dans la loi du 2 janvier 2002, mais aussi dans des guides relatifs aux pratiques professionnelles (par exemple, les référentiels de bonnes pratiques) qui ne sont pas toujours connus des professionnels.
- D'une manière générale, il semble que des améliorations peuvent être apportées tant sur le plan des études épidémiologiques que sur le plan des campagnes de communication envers le grand public et les professionnels ou encore sur le plan des démarches qualité. Le dispositif français de prévention secondaire est également lacunaire : il n'existe pas d'assise législative ou réglementaire mais uniquement des textes administratifs. Quant au dispositif de prévention tertiaire, il a été développé jusqu'alors dans le champ des violences sexuelles envers les mineurs.

Or l'accueil des victimes doit certainement être différencié suivant les situations personnelles des victimes. Des solutions nouvelles doivent donc être proposées dans le domaine de l'accueil des victimes. Enfin, une attention particulière doit être portée aux personnes « mises en cause », souvent victimes elles aussi d'une maltraitance institutionnelle à travers le manque d'effectifs, la non-reconnaissance voire la dévalorisation des métiers.

3.3. Le traitement judiciaire des violences contre les personnes vulnérables

Pour que l'âge avancé ou le handicap soient considérés comme circonstances aggravantes aux yeux de la loi, il faut que l'âge ou le handicap engendrent une vulnérabilité particulière. De plus, il faut que cette circonstance soit connue de l'auteur des faits ou soit particulièrement apparente. Sous la notion de personne vulnérable, la loi inclut également toute forme d'infirmité ne résultant pas d'un handicap ainsi que la grossesse. Par conséquent, les statistiques ne permettent pas de différencier, parmi les condamnations prononcées, celles qui sont relatives à des violences sur personnes âgées de celles relatives à des violences sur personnes handicapées.

3.3.1. La plainte

Pour que l'autorité judiciaire ait connaissance de violences, il faut que la victime porte plainte auprès des services enquêteurs. Or, parfois les victimes ignorent qu'elles peuvent porter plainte auprès de toute unité de gendarmerie, de tout service de police ou de tout tribunal de grande instance. De plus, les personnes vulnérables sont parfois dans l'incapacité de se déplacer dans un service susceptible de recueillir leur plainte. De manière locale, des dispositifs institutionnalisés sont mis en œuvre pour pallier cette difficulté. La plainte peut être recueillie au domicile de la victime ou dans les locaux des unités médico-judiciaires.

Le certificat médical, s'il n'est pas obligatoire pour porter plainte, est l'élément objectif par excellence pour prouver l'existence de violences physiques et psychiques. Ce certificat n'est pas uniquement descriptif, il doit évaluer l'incapacité totale de travail de la victime. Cette incapacité mesure le nombre de jours pendant lesquels la victime n'est pas en mesure de pourvoir aux activités courantes. Ce certificat médical est le premier jalon de la procédure établie par le service enquêteur qui s'attachera également à recueillir des témoignages et, éventuellement, à confronter la victime avec son agresseur.

Lorsqu'il s'agit de violences intra-familiales, il convient de veiller à la protection des témoins et de s'assurer que la victime fait l'objet d'une prise en charge psychologique et parfois matérielle. Il est également nécessaire que la personne mise en cause soit éloignée du domicile familial. Dans le cas de violences physiques, des clichés des lésions devront être joints au dossier de la procédure. En effet, ces clichés seront plus éloquents que les certificats médicaux pendant l'audience. L'enquête s'attachera également à relever l'ensemble des antécédents judiciaires de l'auteur et à rechercher la présence d'armes à son domicile.

3.3.2. Les orientations données par l'autorité judiciaire

Le classement sans suite

Le classement sans suite intervient quand l'enquête n'a pas permis d'établir la réalité de l'infraction ou qu'il n'apparaît pas opportun à l'autorité judiciaire de poursuivre l'auteur parce que les faits sont sans gravité ou que le contexte est très particulier. Un classement sans suite dit « sec » de la procédure est déconseillé dans le cas des personnes vulnérables.

Les poursuites

Elles consistent à signifier à l'auteur des violences qu'il va être jugé devant le tribunal correctionnel ou devant la cour d'assises. Plusieurs modes de poursuites peuvent être envisagés. La version la moins répressive est une convocation de la personne mise en cause au tribunal correctionnel par le commissariat de police. La personne mise en cause peut également être déférée au tribunal où une

convocation lui est notifiée. Le représentant du procureur de la République peut alors imposer à l'auteur des faits d'être soumis à un contrôle judiciaire. Dans les cas les plus graves, dont la complexité ne nécessite cependant pas d'ouvrir une information judiciaire confiée à un juge d'instruction, l'autorité judiciaire peut décider d'ordonner une comparution immédiate de la personne mise en cause dans un délai de 24 heures. L'ouverture d'une information judiciaire est obligatoire en matière de crime et facultative en matière correctionnelle. Si le juge d'instruction considère que les charges sont suffisantes pour que l'auteur soit jugé, il décide d'une ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises. Dans le cas contraire, il décide d'un non-lieu.

Les alternatives aux poursuites

Si ces alternatives sont à manipuler avec précautions en matière de violences sur personnes vulnérables, elles sont intéressantes sur un plan pédagogique pour conduire l'auteur à prendre conscience des faits. Le délégué du procureur convoque une ou plusieurs fois la personne mise en cause et peut l'inciter à être suivie. A l'issue du contrôle exercé par le délégué du procureur, l'autorité judiciaire peut décider de classer la procédure ou de poursuivre la personne mise en cause s'il ne s'est pas astreint au suivi. La médiation pénale est intéressante, à condition de n'y avoir recours que dans des cas restrictifs : quand l'auteur reconnaît les faits, qu'il n'y a pas d'antécédent et que la survenance des violences est liée à des difficultés relationnelles entre l'auteur et la victime.

Lors de l'audience, il est important que la victime soit présente. Le cadre solennel de l'audience est essentiel pour rassurer la victime et lui ôter la culpabilité qu'elle peut ressentir d'avoir engagé une procédure. Il est important de lui rappeler que ce n'est pas parce qu'il y a eu plainte qu'il y a procès. En effet, il peut y avoir des procédures sans plainte, le maillon central de l'action engagée étant le parquet.

Les sanctions pénales prononcées par le tribunal

Les sanctions pénales sont multiples :

- La peine d'emprisonnement ferme en l'absence d'autres choix, si les faits sont graves et si la personnalité du mis en cause l'impose ;
- La peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, en totalité ou en partie, est intéressante sur le plan pédagogique : cette peine consiste à ordonner une peine d'emprisonnement à l'encontre du mis en cause qui n'effectuera pas tout ou partie de cette peine s'il respecte des obligations et interdictions ; il s'agit, par exemple, d'obligations de soins et de l'interdiction d'entrer en contact avec la victime ;
- L'ajournement avec mise à l'épreuve consiste à décider sur la culpabilité du mis en cause et à renvoyer l'audience à une date ultérieure ; les interdictions et obligations évoquées plus haut peuvent être imposées pendant ce délai : le cheminement de l'accusé depuis la première audience est alors examiné et la peine est décidée.

La loi du 9 mars 2004 a contribué à améliorer le sort des victimes au niveau de l'application des peines. D'une part, la victime est informée lorsque le condamné est remis en liberté. D'autre part, la loi incite les juges d'application des peines à prononcer des interdictions pour l'auteur des violences de rentrer en contact avec la victime. Les bureaux d'exécution des peines qui existent dans certaines cours d'appel veillent à la mise en œuvre rapide des peines.

La Commission relève que ces procédures ont donné lieu à la construction d'outils pédagogiques relatifs aux violences faites aux femmes et aux mineurs. Pour ce qui concerne les personnes handicapées et les personnes âgées, la commission constate un déficit de connaissance de la part les professionnels et des acteurs associatifs concernant les mesures (en particulier les mesures de protection pré-sententielles et les alternatives aux poursuites).

4. Les initiatives et les expérimentations

4.1. En France

4.1.1. Les travaux du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées

Placé sous la présidence du secrétaire d'Etat aux personnes âgées, ce Comité a élaboré un programme d'action publié en mars 2003²⁷. Il a contribué à la création d'outils de communication et de gestion des risques et engagé en 2005 une réflexion sur :

- La formation des aidants, professionnels de l'aide et du soin ou non (médicaux, paramédicaux, personnel de direction, aidants naturels). Le champ visé est large : formation continue, formation initiale, validation des acquis de l'expérience. L'objectif est d'amplifier et d'harmoniser la formation relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées en dégageant les modalités et le contenu d'un savoir partagé sur le thème de la prévention et la lutte contre la maltraitance pour l'ensemble des aidants visés par le champ et en dégageant les spécificités des métiers et les spécificités des enseignements à mettre en place métier par métier .
- La gestion des risques de violence et de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Au delà des approches sectorielles s'intéressant principalement aux risques réglementés (sécurité incendie, hygiène alimentaire,...), ou d'approches qui privilégient un face à face « auteur /victime », il s'agit de promouvoir une démarche intégrée de gestion des risques qui prenne en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de « soins, d'accompagnement et d'hébergement » de personnes vulnérables. Cette démarche prend en compte les facteurs techniques, humains et organisationnels. Le groupe de travail s'est donné pour objectifs de dégager les grands principes méthodologiques qui prévalent en matière de gestion des risques en les adaptant aux spécificités du secteur médico-social et plus précisément pour les personnes âgées, décliner les outils opérationnels pour la mise en œuvre dans les établissements d'une conduite de gestion des risques en privilégiant le repérage des risques, la remontée d'information et le suivi des incidents.
- Les violences financières à l'égard des personnes âgées : constatant que les violences financières dont sont victimes les personnes âgées sont dénoncées de façon récurrente, tant en France qu'à l'étranger : dysfonctionnements du dispositif de protection juridique des majeurs vulnérables, recrudescence des « vols par ruse », escroqueries, abus financiers dont sont principalement victimes les personnes âgées, le groupe de travail s'est donné pour objectifs de mieux connaître le phénomène en effectuant un état des lieux de ces violences financières en France et des réponses apportées, notamment à travers le projet de réforme du dispositif de la protection juridique des majeurs ; sensibiliser les acteurs publics et privés au phénomène ; proposer des outils en vue de la sensibilisation et de la mobilisation des acteurs de la société civile (en particulier : organismes tutélaires, banques, assurances, gestionnaires de patrimoine, instances ordinaires...) sur les enjeux de la prévention et de la lutte contre les violences financières.

4.1.2. Accueil téléphonique, suivi et traitement des situations de maltraitance

Expérimentation d'un numéro national en collaboration avec les CIRA

L'expérimentation reposait sur les principes d'égalité d'accès des usagers au service sur l'ensemble du territoire national, de qualité et de continuité du service, les partenaires et acteurs se référant à une éthique commune, basée sur le respect de la personne, de son anonymat, de sa volonté ou non

²⁷ Programme disponible en ligne, sur le site du ministère

d'agir. Elle s'est déroulée de mars à octobre 2004, dans 5 départements métropolitains, la Seine Maritime, l'Eure, l'Eure et Loir, l'Indre et Loire, le Loiret.

Elle avait pour objectifs de :

- Permettre, sur l'ensemble du territoire national, à toute personne âgée vulnérable maltraitée, ou toute personne témoin d'une situation de maltraitance envers une personne âgée d'accéder à un dispositif coordonné en capacité de recueillir les appels, de les évaluer et d'effectuer le traitement et le suivi des situations de maltraitance.
- Elaborer des outils, en concertation avec les partenaires (cahier des charges de l'écoute, référentiel de pratiques, charte éthique ...), de clarifier les modalités de prise en charge des appels (traitement et transmission des dossiers par l'antenne d'écoute, organisation de la cellule de suivi départementale...) et d'ores et déjà de travailler avec les départements et régions qui ne participent pas à l'expérimentation, afin de préparer un éventuel essaimage du dispositif fin 2004.
- Instruire les questions relatives à la transmission sécurisée de données sensibles, aux moyens techniques, humains et financiers qui feront l'objet de propositions de réponses.

Cette expérimentation est menée en collaboration avec le Centre interministériel de renseignements administratifs (CIRA), les structures associatives, en particulier les antennes départementales ALMA, les DDASS et les services départementaux.

Un dispositif à trois niveaux a été mis en place :

- Un numéro unique : 0.821.08.09.01, dédié (facturation 0.12 euros la minute). Les appels aboutissent directement sur des informateurs du secteur "santé/affaires sociales" du CIRA, sans passer par le serveur vocal, ni par l'orientation. L'informateur spécialisé du CIRA identifie la nature de l'appel et apporte une réponse adaptée. Les appelants évoquant une situation de maltraitance sont orientés vers les écoutants spécialisés du lieu de provenance de l'appel, après avoir bénéficié d'une première mise en relation garantie sur des horaires étendus.
- Des écoutants spécialisés : ALMA Loiret (pour les départements du Loiret et de l'Eure et Loir), Alma 76 pour la Seine maritime et l'Eure (pendant les trois premiers mois de l'expérimentation- Alma 27 par la suite), Touraine Repérage plate forme d'écoute portée par le Conseil général pour le département de l'Indre et Loire. Les dossiers susceptibles de nécessiter une évaluation approfondie ou pour lequel la santé et /ou la sécurité des personnes est menacée ou compromise sont transmis aux autorités administratives et judiciaires qui en assure le traitement et le suivi dans le cadre d'une instance de coordination.
- Le traitement et le suivi coordonné des situations de maltraitance est assuré par une cellule inter institutionnelle qui comprend au moins un représentant de la DDASS, du conseil général et associé, en tant que de besoin, à ses travaux le ministère de la Justice, des médecins, notaires, avocats.

La brochure « Lignes de vie, lignes de conduite » (20 000 exemplaires) et des relais dans la presse régionale, nationale et professionnelle ont été les principaux vecteurs de communication de l'expérimentation.

L'évaluation conduite a permis de contribuer à l'élaboration d'une démarche reproductible susceptible d'être mise en œuvre, sous réserve d'adaptation aux contraintes locales, sur l'ensemble du territoire national. Qualitative et quantitative, elle a pris en compte les trois niveaux du dispositif expérimenté : CIRA, écoute spécialisée, traitement des situations de maltraitance, dans les cinq départements concernés.

Expérience d'une écoute centralisée en Ile-de-France²⁸

L'expérimentation menée en Ile-de-France repose sur la centralisation de l'écoute, réalisée par les professionnels et sur un traitement de proximité, assuré dans le cadre de groupe technique pluridisciplinaire. Ce mode d'organisation permet d'étudier les situations et d'organiser le travail entre les différentes structures concernées, le centre d'écoute disposant d'un interlocuteur unique au niveau de chaque département chargé de veiller à la documentation du dossier et à la transmission des informations. La région Ile-de-France devrait donc prochainement disposer d'une vision d'ensemble de la situation de chaque département. Les statistiques seront établies au niveau du centre d'écoute même si la plainte est directement transmise au Conseil Général et permettront de quantifier les problèmes et de justifier les budgets, le principal problème consistant actuellement à financer des opérations de manière pérenne.

Alma : l'ouverture du réseau aux personnes handicapées

Au sein du système Alma, des écoutants sont formés à la problématique de la maltraitance et sont soutenus par des référents professionnels, sociaux, médicaux et juridiques. Un comité technique de pilotage fixe les objectifs au niveau départemental. En Meurthe-et-Moselle, 1 300 interventions sur un an ont permis d'ouvrir 47 dossiers correspondants à des maltraitances réelles. 6 dossiers sont aujourd'hui clôturés. Les écoutants et les référents sont bénévoles. Il s'agit principalement de retraités professionnels du domaine. La plupart des interventions d'Alma sont du ressort de la médiation.

Les maltraitances sont diverses : psychologiques, financières, physiques, de voisinage. Dans la famille, les auteurs de ces maltraitances sont les époux ou les enfants. Dans les institutions, ce sont les personnels soignants ou socio-éducatifs. On observe une égalité du nombre d'hommes et de femmes maltraités. Les appels concernant des violences intra-familiales sont majoritaires. Il s'agit notamment des violences financières pour lesquelles Alma ne peut intervenir.

Alma ne se substitue pas au plaignant ou à sa famille pour effectuer le signalement ou déposer une plainte. Quant au budget, chaque antenne doit trouver son financement.

L'association a fait le constat que les conditions de survenue, les facteurs de risques sont analogues pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Aussi a-t-elle engagé depuis quelques années une réflexion sur l'ouverture de ses antennes aux personnes handicapées. Une antenne dédiée aux personnes handicapées fonctionne depuis près de 3 ans en Meurthe-et-Moselle. Les difficultés rencontrées dans l'élargissement du réseau tiennent essentiellement à la multiplicité des intervenants associatifs.

4.1.3. Un travail en réseau : l'exemple du CH de PAU²⁹

Dès 1985, un groupe de travail s'est mis en place au centre hospitalier de Pau à partir du constat que les hospitalisations avaient différents sens au-delà du soin : exclusion, contention, régulation, punition. En effet, la violence est au cœur des pratiques avec les personnes âgées : violence des malades, des contextes, de la psychiatrie.

Les malades âgés changent. Ils deviennent dépendants et la présence d'aidants favorise les rapports de pouvoir car ces malades sont vulnérables et fragiles. De plus, ils sont des miroirs de la mort et cela fait peur. Beaucoup de ces malades sont abandonnés par leurs familles qui, impuissantes et honteuses, ne viennent plus les voir. Les institutions sont aussi une source de violence. Certaines refusent les malades dépendants et les envoient en psychiatrie. Dans certains cas, le budget des services de psychiatrie s'est appuyé sur une présence prolongée des personnes âgées.

²⁸ Le bilan détaillé de l'activité de la plate forme Ile de France figure en annexe.

²⁹ Dr Ph. Guillaumot - Equipe gérontopsychiatrique, réseaux et maltraitance aux aînés

Les missions du service d'hospitalisation à domicile (HAD) sont de travailler sur les questions de maltraitance à domicile, les troubles psycho-comportementaux des malades Alzheimer et le suicide des personnes âgées. Il s'agit de prévenir les risques et les ruptures. Or, dans 30 % des cas, ces crises sont imprévisibles.

De 1988 à 1991, très peu de malades ont été orientés vers cette structure d'hôpital de jour. Sa mission a évolué vers la modélisation du savoir-faire pour d'autres acteurs qui sont, eux, en contact direct avec les patients. Il s'agit des assistantes sociales, des infirmières, des aides ménagères, des auxiliaires de vie, des médecins généralistes, etc. Un réseau informel a été institué. Tous les mois, des réunions sont organisées pour parler des patients. Il s'agit d'un échange : la structure donne un appui technique et ces acteurs fournissent l'accès aux « clients ». 30 à 40 % de ces clients ne nécessitent pas que les psychiatres interviennent directement.

La maltraitance suppose, pour exister, d'être vue par un tiers. La maltraitance est une forme de demande implicite. L'observateur est aussi acteur par sa présence. La limite entre bientraitance et maltraitance est ténue. La complexité des situations nécessite un espace pour trouver des solutions. Cet espace dit « de dévoilement » est différent de l'espace du signalement.

Les difficultés du terrain sont de mesurer l'urgence et le niveau de danger, de mettre en place des sentinelles autour des patients non hospitalisés, d'identifier et de caractériser la maltraitance, de mesurer le degré de conscience et le niveau d'engagement de la victime.

La complexité est notamment liée à la dénonciation d'une maltraitance *versus* son énonciation. Sous pression des travailleurs sociaux, l'HAD s'est tournée vers les associations d'aide aux victimes qui ont mis en œuvre des comités de travail officiels sur la victimisation au niveau départemental. La structure travaille avec la justice sur des cas concrets par le biais de ces comités.

Si les interactions dans le réseau ne sont pas toujours aisées, le travail en équipe présente l'avantage de disposer de ressources différentes pour intervenir auprès des personnes en difficulté. Le travail de dévoilement consiste à déconstruire avec les intervenants les étapes qui le conduisent à une impasse. En effet, la relation d'aide suppose une remise en cause des intervenants afin de permettre aux « clients » de se remettre en mouvement pour trouver des solutions de changement.

Les acteurs de terrain doivent être formés, aux formes et définitions de la maltraitance envisagées sous l'angle opérationnel (il s'agit de savoir si une maltraitance est qualifiable en justice et si l'outil judiciaire peut être utilisé), aux facteurs de risques (pour repérer les situations à risque), aux enjeux dans la famille, et plus généralement aux théories relatives à la violence et aux mandats de l'intervenant.

Ces savoirs justifient l'espace de dévoilement. Les tâtonnements, les essais, les erreurs, les expérimentations sont le propre de la complexité et on ne peut s'en affranchir pour progresser.

Il est observé que :

- La présence des équipes permet de diminuer la violence et que la fonction d'affiliation permet de sécuriser les personnes en difficulté. Le modèle d'urgence et le modèle d'affiliation sont complémentaires, cependant les recommandations qui vont être élaborées doivent être adaptées à chacune des situations.
- Le facteur temps est important. Si le diagnostic de maltraitance est instantané, le processus de cette maltraitance dure parfois depuis cinquante ans. Par ailleurs, le temps permet de déconstruire la situation et de chercher d'autres pistes d'actions. Un travail collectif permet de dévoiler ce que cache cette perception immédiate et qui n'a souvent que de lointains rapports avec ce qui a été dit lors de l'entretien initial.
- Le réseau « sentinelle » doit avoir un modèle pour agir en cas d'urgence.

- Le dispositif de l'APA peut être un moyen pour les institutions d'entrer dans les familles pour les aider à cheminer. En effet, les services de l'Etat, par l'intermédiaire des solidarités nationales ou départementales, ont un regard sur l'intimité des familles. Ces institutions qui donnent de l'argent aux familles ne tirent pas suffisamment profit de cette situation.

Il faut travailler sur des schémas de sentinelles avec des médecins susceptibles d'hospitaliser les patients. Cela suppose que le secteur psychiatrique modifie ses pratiques.

La difficulté du lien entre les secteurs sanitaire et médico-social est soulignée.

4.1.4. Une approche systémique du risque de maltraitance en établissements³⁰

Contexte de l'intervention de l'autorité administrative

L'évolution de la loi à partir de 2000, qu'il s'agisse du code de la santé publique et du code de l'action sociale, a conduit à un statut de l'usager bénéficiaire des prestations garanties par la loi ; la promotion de ce statut s'accompagne de la promotion d'une éthique de l'intervention ;

- La prise de conscience du fait que l'établissement est une institution, que la maltraitance est un risque institutionnel et un effet des dysfonctionnements de la régulation institutionnelle ;
- Le retour du contrôle comme exercice d'une garantie de protection des personnes autour de deux axes : le contrôle de la conformité de l'activité à l'autorisation délivrée, et la surveillance des risques résultant des conditions d'organisation et de fonctionnement.

Ce contexte impose un recentrage des contrôles selon deux axes : la réorientation des contrôles vers l'amont : mesurer l'aptitude à produire de la qualité et l'analyse de l'organisation comme mode de structuration collective.

Les objectifs d'une enquête menée en 2003 auprès des instituts médicaux éducatifs de quatre départements de la région étaient les suivants :

- Prendre la mesure des enjeux qui traversent les établissements ;
- Promouvoir la vigilance partagée autour de la prise en charge ;
- Mettre en évidence les contraintes d'environnement, caractériser les garanties de l'organisation.

Une enquête conduite auprès de 42 établissements

Cette enquête a porté sur le référentiel, les espaces de médiation et la vigilance. Les situations ont été classées selon trois niveaux :

- Niveau 1 : dominante des valeurs de terrain ;
- Niveau 2 : dominante des valeurs de management ;
- Niveau 3 : dominante des valeurs de cohésion institutionnelle.

Cette enquête a mis en évidence différents points d'attention qui se déclinent comme suit.

Vigilance et organisation des groupes d'enfants

³⁰ Intervention de M. B. Fabre : enquête auprès de 42 IME de la région Centre

Trois critères ont été retenus : l'intervention d'un cadre, la prise en compte du handicap et l'évaluation périodique : 69 % des établissements répondent à deux des critères, 31 % n'y répondent pas.

Taux d'encadrement en personnels de soins et de rééducation

Ce taux est très inégal dans un contexte général de gravité des états de santé. Les établissements les plus mal lotis sont les plus anciens.

Individualisation de la prise en charge

Sur des populations aussi difficiles, l'individualisation est capitale. Sur les treize établissements étudiés, dix répondent à un niveau 2 d'exigence (intervention d'un cadre dans le dispositif de mise en œuvre du projet et présence de l'institution). Seuls sept établissements sur les treize satisfont une exigence de niveau 3. Six établissements ont mis en place des protocoles pour l'articulation entre les fonctions de soins et d'éducation.

Création de lien avec la famille

Un seul établissement sur les treize diffuse un projet d'établissement aux familles. La famille n'est prise en compte dans la préparation du projet individuel que par quatre établissements. Enfin, cinq établissements offrent des garanties de niveau 3 en matière de place de la famille dans le déroulement du projet individuel.

Cette méthode a été construite à partir d'une expérience de terrain qui a été testée tandis que se met en place le programme pluriannuel de contrôle. Elle permet notamment l'analyse d'un projet d'établissement à partir des points critiques identifiés.

Les contrôles effectués jusqu'ici étaient surtout financiers. On constate que l'évolution des populations vieillissantes vers la dépendance nécessite des moyens supplémentaires. Cependant les établissements qui réclament un poste doivent au préalable démontrer la mise en œuvre de valeurs relationnelles : individualisation, préparation des sorties, contact avec les familles, etc.

La commission insiste sur l'intérêt des méthodologies d'évaluation et la difficulté pour les professionnels à définir les prestations rendues dans le secteur sanitaire et social. Toutefois, des progrès ont été réalisés dans la description des conditions nécessaires pour que ce travail soit efficace.

4.2. Les dispositifs étrangers

Les dispositifs de prévention et de lutte contre la maltraitance qui existent dans quelques Etats s'inspirent très largement des rapports des organisations internationales (ONU, OMS, Conseil de l'Europe), mais la notion de maltraitance reste définie de manière diverse suivant les pays.

4.2.1. Québec

La charte québécoise des droits et libertés de la personne considère que la personne âgée et la personne handicapée ont des droits et des devoirs qui sont ceux des autres citoyens. Il n'a donc pas été jugé opportun de légiférer d'une manière spécifique à l'égard de ces personnes.

Des actions de prévention des violences sont conduites depuis de nombreuses années au Québec :

- Sensibilisation du public et des professionnels.

Mise en place de services spécifiques destinés aux personnes âgées victimes d'abus en vue de recueillir les plaintes. La commission québécoise des droits de la personne et des droits de la jeunesse est en mesure de porter des plaintes en justice même si cette commission avoue que très peu de recours ont pu être portés devant la justice du fait du nombre important d'abandons de plaintes. En effet, les suites judiciaires sont peu nombreuses (30 sur 25 000 personnes victimes de mauvais traitement).

- services de consultation pour les professionnels.
- Développement des pratiques d'intervention fondée sur l'*empowerment*. Ces pratiques visent à renforcer la capacité des personnes à résister devant des situations difficiles (apprentissage de la confiance en soi, techniques de défense, etc).
- Mise en place de « tables de concertation » qui sont des lieux de concertations inter organismes et pluridisciplinaires susceptibles d'intervenir à toutes les étapes de la prévention.
- Collaboration avec les forces de police de proximité pour l'accueil des victimes. Cette initiative passe aussi par un repérage *a priori* des personnes vulnérables et des visites régulières assorties de conseils donnés en termes de prévention (sur les incidents domestiques, sur la violence urbaine, etc).

4.2.2. Autres dispositifs étrangers

La problématique de la violence envers les personnes vulnérables semble être prise en compte au niveau mondial, comme en témoigne le projet d'organiser une Journée mondiale de la violence envers les personnes âgées en 2005. Cependant les modalités de prévention sont très variables d'un pays à l'autre.

Prévention primaire

Il convient de souligner l'écho donné dans de nombreux pays à la campagne de communication de l'OMS. De nombreux pays ont organisé des séminaires et des colloques sur la base de ces travaux.

Parmi les multiples réalisations on peut remarquer :

- Des campagnes de valorisation de la personne âgée aux Etats-Unis.
- L'organisation de « communautés de soutien » pour les personnes âgées en Israël.
- Des pays comme la Suisse, la Norvège, l'Italie ou les Pays-Bas proposent des actions d'*empowerment* (apprentissage de la confiance en soi, cours d'autodéfense, programme d'éducation sexuelle, etc). D'autres initiatives sont encore à noter : développement de réseaux, recrutement, formation et encadrement des professionnels, mise en place d'une protection sociale des personnes âgées dans les pays les plus pauvres, mise en œuvre d'actions ciblées de protection contre la criminalité (création de brigades de police spécialisées sur la population des seniors), etc.

Prévention secondaire

En termes de prévention secondaire, diverses mesures sont proposées suivant les pays. Des réseaux d'accueil téléphonique sont souvent mis en place. Le signalement peut être obligatoire ou facultatif suivant les juridictions et suivant les Etats. Des protocoles de détection ont été mis en place dans certains pays européens, notamment en Espagne. Des systèmes de plaintes officielles existent dans la plupart des pays européens.

Le handicap n'est jamais pris en compte dans les dispositifs de protection de l'enfance ni dans les dispositifs de protection des femmes.

Certains pays proposent des dispositifs législatifs spécifiques, par exemple au Costa Rica, tandis que d'autres pays s'interrogent sur la pertinence d'adopter de tels dispositifs spécifiques craignant que ces mesures ne fassent qu'accroître la stigmatisation des populations âgées.

Prévention tertiaire

En matière de prévention tertiaire, les dispositifs d'accueil des victimes, lorsqu'ils existent, sont, en général, calqués sur les dispositifs de protection de l'enfance sauf au Québec.

Des dispositifs de suivi des auteurs de violence sont mis en place le plus souvent dans le cadre d'infractions sexuelles. Il n'existe pas de dispositifs spécifiques pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Quelques travaux sur la résilience sont conduits en Autriche et au Québec.

Des informations sont données sur les actes de criminalité dont sont le plus souvent victimes les seniors, notamment *via* un site Internet en Allemagne. Au Japon, la procédure d'agrément des services d'aide à domicile a été renforcée.

Recommandations

La commission s'est attachée à sortir du face à face entre victime et auteur (donc d'une approche individuelle qui renvoie à la responsabilité civile et pénale), pour privilégier une approche dynamique et systémique qui prenne en compte les facteurs environnementaux, techniques, organisationnels et humains.

De plus, elle considère indispensable de :

- Dire le droit et s'assurer de sa mise en œuvre ;
- Faire des recommandations à l'endroit de la majorité des personnes vulnérables qui vivent à leur domicile ;
- Accorder une attention particulière aux trajectoires de soins et aux solutions de continuité qui peuvent se présenter : orientation d'un patient vers une structure, retour à domicile, passage d'un lieu de soin à un autre, gestion de situation de crise ou d'urgence.

Les recommandations de la commission concernent l'ensemble du champ de la prévention de la violence (ce qu'il est convenu d'appeler : prévention primaire, secondaire et tertiaire) et s'ordonnent autour de trois axes :

- S'assurer de l'effectivité des dispositifs existants ;
- Les compléter et les renforcer ;
- Infléchir et innover.

5. S'assurer de l'effectivité des dispositifs existants

Dans le secteur médico-social quelques grandes lois sont venues préciser les conditions d'exercice de ces droits fondamentaux pour des publics spécifiques. Cependant, bien que des textes récents aient renforcés les droits et la protection des usagers dans les établissements de soins et les établissements sociaux et médico-sociaux, la lutte et la prévention des phénomènes de violence et de maltraitance à l'égard des personnes âgées et handicapées n'ont donné lieu à une législation spécifique de protection que dans le cas de leur accueil dans des établissements d'hébergement et des services à caractère social et médico-social (loi du 24 décembre 1971, reprise dans le CASF), contrairement à la démarche retenue pour la protection des mineurs. Celle-ci est, en effet, caractérisée par de nombreux textes législatifs et réglementaires³¹. Cette situation trouve sa source dans l'antériorité de la prise de conscience du caractère intolérable des violences à l'égard des enfants, et de la nécessité d'un processus continu de protection de l'enfance en danger et dans le fait que l'enfant bénéficie d'un statut particulier alors que la personne âgée est un adulte détenteur de l'ensemble de ses droits, hormis les cas où elle est placée sous protection juridique.

Il apparaît que la politique de prévention des violences à l'égard des personnes âgées et personnes handicapées s'appuie, en dehors des textes fondamentaux cités plus haut et des textes de droit commun, sur des textes administratifs de type circulaire ou instruction ministérielle. Après avoir débattu sur l'opportunité de proposer une législation spécifique relative à la protection des personnes vulnérables et particulièrement des personnes âgées et des personnes handicapées, la commission reste réservée sur ce point, soulignant le risque de stigmatisation de personnes faisant déjà l'objet de représentations négatives.

01. De manière unanime, *la Commission considère* que le cadre législatif existe déjà, qu'il est globalement satisfaisant et suffisant en ce qui concerne l'affirmation des droits fondamentaux.

La commission s'est appliquée à dégager les conditions dans lesquelles on pourrait rendre effectives les dispositions existantes, selon deux pistes développées dans les paragraphes qui suivent :

- Dire le droit au sein des établissements et services à travers, d'une part, le rappel et la mise en œuvre de la loi et des règlements, et, d'autre part, l'exercice de la mission de contrôle de l'Etat ;
- Créer les conditions de la mise en œuvre effective du droit par le repérage des situations de violence, la formation des intervenants, la sensibilisation et la communication en direction du grand public et des professionnels.

5.1. Les moyens juridiques : production et mise en œuvre de la norme

Les textes concernant le secteur de la santé et le secteur médico-social, et particulièrement les dispositions relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées, quel que soit leur âge, sont généralement perçus comme pléthoriques, peu lisibles, et parfois incohérents. Par ailleurs les textes concernant ces publics sont morcelés. Les rédacteurs en sont multiples (Direction générale de l'action sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Ministère de la justice, de l'intérieur, directives et résolutions européennes, ...) ce qui n'en facilite ni la connaissance, ni la mise en œuvre.

Il est proposé d'intervenir, d'une part, en amont, sur le processus d'élaboration de la loi et sur les modalités de contrôle, et, d'autre part, en aval sur les conditions de mise en œuvre.

³¹ Cf. paragraphe 3.1.3 du présent rapport

5.1.1. Interventions en amont

L'action publique aura connu dans les cinq dernières années une profonde évolution. Du point de vue spécifique de la prise en charge des personnes vulnérables - notamment les personnes âgées et handicapées - ce mouvement de la société a contribué à une prise de conscience au sein des administrations. Le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles ont été gagnés à partir des années 2000 par un même mouvement visant à construire un statut de l'usager ou du bénéficiaire de prestations garanties par la loi et à promouvoir une éthique de l'intervention autour de trois axes : l'information, le respect de la sûreté personnelle (santé, sécurité, bien-être physique et moral), l'exigence de professionnalisme des pratiques, reflet du développement de la règle dans les institutions et source de garanties. Dans ce contexte, la commission considère que l'encadrement normatif de la prise en charge des personnes vulnérables a désormais atteint un degré élevé et suffisant.

Il semble bien que l'un des problèmes essentiels soit, non pas un nouveau travail législatif, mais une sensibilisation, une information plus précise et généralisée de l'ensemble des acteurs et le contrôle précis de l'effectivité des mesures prises par les différents services concernés. Par ailleurs, l'harmonisation des différents textes nationaux, en même temps que la vérification de leur validité, eu égard aux textes européens paraît indispensable.

- | | |
|-----|---|
| 02. | <i>La Commission recommande d'effectuer un recensement de l'ensemble des textes législatifs textes relatifs à la protection des personnes vulnérables ou susceptibles de concourir à cette protection, quel qu'en soit l'auteur et la catégorie particulière de public concerné ;</i> |
| 03. | <i>La Commission recommande de procéder de manière systématique à une concertation interministérielle voire intra ministérielle lorsque sont envisagées des mesures qui auront des incidences sur les droits et libertés des personnes vulnérables.</i> |
| 04. | <i>La Commission recommande de prendre connaissance des recommandations élaborées par les instances européennes et le cas échéant de les transposer.</i> |

Certaines catégories « administratives » s'avèrent sur-discriminantes au regard des droits de l'homme. Les dispositions relatives à la protection des mineurs devraient de plein droit et sans restriction s'appliquer aux mineurs handicapés ; le dispositif relatif aux violences faites aux femmes, et aux violences conjugales en particulier, concerne également les femmes handicapées et les femmes âgées sans qu'il soit nécessaire de légiférer davantage.

- | | |
|-----|--|
| 05. | <i>La Commission recommande d'exploiter l'ensemble des textes disponibles et de sortir d'une logique populationnelle ou catégorielle pour privilégier une approche globale de protection de la personne et de ses droits quel que soit le statut ou l'âge de la personne (majeure ou mineure), son handicap ou son genre ;</i> |
| 06. | <i>D'harmoniser les dispositions relatives aux soins et à la prise en charge sociale et médico-sociale ;</i> |
| 07. | <i>De créer sous l'autorité du ministère une mission nationale d'appui pour la protection des personnes vulnérables et la prévention de la maltraitance, à vocation transversale (santé et social).</i> |

Des avancées certaines ont été réalisées quant aux droits des usagers et à la protection des personnes, cependant le retard pris dans la publication de certains textes d'application en entrave la mise en œuvre effective. Plusieurs exemples illustrent ce constat :

- En vertu des dispositions de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles, les personnes accueillies dans les ESMS bénéficient de droits fondamentaux dont « l'accès à toute

information et à tout document relatif à sa prise en charge », or les modalités de mise en œuvre de ce droit d'accès sont subordonnées à la parution d'un décret qui n'est pas encore intervenu.³²

- L'article L.133-6-1 prévoit un régime d'incapacité d'exercice professionnel sans que les modalités de mise en œuvre en soient précisées ;
- L'assermentation des IASS et des MISP prévue à l'article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles, nécessaire pour permettre à ces agents de dresser procès-verbal est subordonnée à la parution d'un décret.

08. *La Commission recommande* de vérifier que les textes d'application ont été publiés et, si nécessaire, de veiller à ce qu'ils le soient dans des délais raisonnables.

S'il convient de saluer l'édition d'un Code de la famille commenté, intégrant les dispositions réglementaires, la commission constate que, trop souvent, ceux qui sont chargés de faire appliquer la loi sont ignorants de son contenu et sont désarçonnés par la complexité et la multiplicité des textes (exemple de l'article 226-14 du Code pénal relatif à la levée du secret professionnel qui a fait l'objet de 3 versions successives en trois ans).

09. *La Commission recommande* de faire connaître les textes et leurs modalités de mise en œuvre ;
10. *La commission recommande* instamment de renforcer la formation initiale et continue des agents de l'Etat, des collectivités territoriales ainsi que des dirigeants d'établissements et services accueillant des personnes vulnérables sur l'état du droit, notamment en matière de protection des personnes et de lutte et prévention des violences ;
11. *La Commission recommande* d'accompagner la diffusion des textes législatifs et réglementaires de documents d'interprétation, notamment de type circulaire accompagnée de documents types, visant à préciser, expliciter, faciliter leur mise œuvre.

5.1.2. Dire le droit et veiller à sa mise en œuvre

La méconnaissance des textes de droit pénal par les acteurs de la santé et de l'accompagnement des personnes vulnérables est certes liée à la complexité évoquée plus haut mais elle est également imputable à une insuffisance d'efforts pédagogiques visant à diffuser de la manière la plus large et la plus simple les textes existants, en particulier, pour ce qui concerne le respect de la personne et de ses droits en établissement de santé, en ESMS, et également au domicile.

Certains documents visant une population particulière³³ pourraient servir de base à l'élaboration d'un document à vocation générale, incluant des formulaires types, et renvoyant vers des ressources spécifiques pour des problématiques particulières liées à l'âge, à la pathologie ou au handicap.

³² En l'absence de textes d'application, l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie apporte quelques précisions en renvoyant en matière de droits des patients, et précisément sur l'accès au dossier médical et renvoie aux dispositions du Code de la santé publique, dès lors que les personnes accueillies dans les structures médico-sociales y ont reçu des soins ;

³³ Cf. les documents élaborés par la Direction des affaires criminelles et des grâces : « enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques » ; « la lutte contre les violences au sein du couple, guide de l'action publique ») ; ou bien la brochure de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, relative à la conduite du praticien face aux violences sexuelles ; ou encore le CDROM élaboré par la DGAS sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.

Elaboré dans une perspective transversale à l'ensemble des publics fragiles, particulièrement exposés au risque de violences, ce document aborderait les différents aspects du repérage des situations de violence, de la conduite à tenir (à qui en parler, faut-il signaler aux autorités administratives et judiciaires, comment protéger la personne vulnérable, quels sont les recours ?).

Par ailleurs, il est recommandé de prévoir des outils adaptés qui déclinent les modalités opérationnelles dans des termes compréhensibles par tous et par les usagers en particulier ; aussi la commission recommande-t-elle l'élaboration de documents de vulgarisation. Des initiatives telles que celle de l'UNAPEI (« traduction » de la loi du 2 janvier 2002 en pictogrammes) doivent être valorisées et encouragées.

- | | |
|-----|---|
| 12. | <i>La Commission recommande de rassembler la connaissance tant juridique que pratique dans un support transversal, interactif, évolutif ;</i> |
| 13. | <i>D'en effectuer une vaste diffusion en utilisant des outils pédagogiques adaptés.</i> |

5.1.3. Contrôler, évaluer, réguler la mise en œuvre des textes

La maltraitance peut être dans les établissements sociaux et médico-sociaux, comme dans les services d'aide à domicile un risque institutionnel lié aux conditions d'organisation de l'action collective par les dirigeants. Les missions de surveillance confiées aux services déconcentrés ont pour objet de garantir le professionnalisme des organisations et des pratiques, qui se traduit notamment par l'expression de la règle et l'aptitude institutionnelle à la qualité. Dans le cadre de leur pouvoir de surveillance des établissements sociaux et médico-sociaux et de protection des personnes qui y sont accueillis, les services déconcentrés du ministère sont chargés de vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les ESMS. Par ailleurs, les articles

L. 6116-1 et 6116-2 du code de la santé publique disposent qu'ils contrôlent l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux.

Le dispositif de contrôle, longtemps «assoupi»³⁴ a été d'une certaine manière réactivé par l'impérieuse nécessité de repérer et prévenir les violences dans les ESMS.

Les personnes âgées et handicapées constituent des catégories de population considérées par la loi (principalement le Code de l'action sociale et des familles et le Code pénal) comme vulnérables. Dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, elles bénéficient de ce fait de garanties publiques, traduites principalement :

- Par l'affirmation d'un droit à être prises en charge ou accompagnées par des institutions spécialisées ;
- Par l'organisation d'une protection assurée par les autorités administratives à l'occasion de leurs séjours dans des établissements ou services.

Le contrôle des établissements et services sanitaires et sociaux, exercé par les services déconcentrés, a été essentiellement axé sur le respect des normes de prise en charge. La Commission estime qu'il convient d'appréhender désormais le contrôle comme l'exercice global d'une garantie de protection des personnes, en plaçant la prévention et le dépistage des risques institutionnels au centre de l'action publique.

³⁴ cf. « *Maltraitance envers les personnes handicapées* », rapport du Sénat, avril 2003

14. *La Commission recommande de s'orienter davantage vers un contrôle de la garantie des personnes, plus que vers celui du respect des normes et d'instaurer une vigilance partagée avec les dirigeants des établissements et services.*

Par ailleurs, il est apparu que les dispositions relatives au contrôle étaient complexes et variaient selon le secteur considéré, sanitaire ou médico-social. Il convient de veiller à l'harmonisation et à la cohérence des intentions de contrôle dans les dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'action sociale (CASF) et la santé publique (CSP).

Dans le cadre des compétences nouvelles confiées aux collectivités territoriales, en particulier en matière de prise en charge des personnes vulnérables et de fermeture des établissements³⁵, il paraît nécessaire de maintenir le principe d'une garantie de l'Etat dans la distribution des pouvoirs de contrôle institués par le Livre III et le Livre IV du Code de l'action sociale et des familles tout en mettant en commun les expertises.

15. *La Commission recommande de stabiliser, simplifier et clarifier l'organisation des compétences de contrôle, en veillant à conserver une intention spécifique de protection des personnes dans les dispositifs de contrôle ;*
16. *De veiller à l'harmonisation des dispositions relatives au contrôle entre les secteurs sanitaire et médico-social ;*
17. *D'examiner les conditions d'un partage d'expertises avec les services des collectivités territoriales sur le champ du contrôle et de la surveillance.*

Les membres de la commission ont constaté les difficultés rencontrées par les services déconcentrés pour l'exercice de leur mission de contrôle.

18. *La Commission suggère d'effectuer un audit des ressources humaines des services déconcentrés, notamment pour ce qui concerne l'exercice des missions d'inspection par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et les médecins inspecteurs de santé publique dans les DDASS et DRASS.*

La Commission constate que se développe la production de bilans annuels, tableaux de bord, indicateurs de performance, outils de gestion ... Si ces différents instruments contribuent à créer les conditions favorables en vue de l'évaluation des politiques et des dispositifs, ces derniers ne sont pas toujours menés. C'est, par exemple le cas de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, dans ses dispositions relatives aux personnes présentant un handicap mental.³⁶

19. *La Commission recommande de procéder à l'évaluation des politiques publiques et en particulier celles qui sont susceptibles d'affecter les droits et libertés, la santé et la sécurité des personnes vulnérables.*

³⁵ Cf. article 84 de la loi du 11 février 2005 qui confie à l'autorité qui a délivré l'autorisation le pouvoir de fermeture d'un établissement

³⁶ L'article L. 2123-2 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 interdit la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive sur les mineurs et sur les majeurs handicapés mentaux placés sous tutelle ou sous curatelle, sauf s'il existe « une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ». La loi conditionne l'intervention à une décision du juge des tutelles après avis d'un comité d'experts.

Certains sujets sont encore très peu documentés : souffrance psychique de l'entourage, de la fratrie lors de l'annonce d'un handicap, vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes handicapées, suicide des personnes âgées, accompagnement en fin de vie... Toutes ces questions doivent être mises en débat et faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire.

La prévention de la violence et des maltraitances soulève de nombreuses questions d'ordre éthique, en particulier autour des problématiques du signalement, du secret professionnel, de l'information des autorités judiciaires et administratives, des valeurs partagées au sein des établissements, des collectifs de travail...

Une réflexion éthique est donc indispensable ; la commission ne se prononce pas sur les modalités pratiques (structures, échelon pertinent : établissement, département, région...), non plus que sur le champ d'intervention, cependant elle privilégie une approche globale de la question des violences.

20. *La Commission recommande* que les questions de violence fassent l'objet d'une réflexion éthique.

5.2. Créer les conditions de la mise en œuvre du droit : repérer, former, communiquer

Plusieurs conditions sont nécessaires pour rendre effectif le droit existant : le repérage des situations de violence ou de maltraitance, la formation des intervenants quel que soit leur statut, la sensibilisation et l'information du grand public.

5.2.1. Repérage, signalement, traitement et suivi des situations de maltraitance

Les procédures de signalement

Il n'y a aucune commune mesure entre le nombre de situations à risque de maltraitance ; de suspicions de maltraitance et celles qui sont ou seraient signalées. Dans l'immense majorité des cas, les personnes en cause, en institution comme dans les familles, n'ont pas tant besoin de « signaler » à une autorité administrative et/ou judiciaire que de demander conseil et assistance avant que d'avoir recours à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours.

Les procédures de signalement d'actes ou de situations sont désormais bien établies. Elles ont fait l'objet récemment de précisions, en particulier sur les conditions de levée du secret professionnel pour les médecins³⁷. Cependant, ainsi que le soulignait la Commission d'enquête sénatoriale, demeurent un certain nombre d'interrogations : qu'en est-il du secret partagé au sein des équipes médico-sociales ? Quelle est la portée réelle du secret professionnel et de la non-dénonciation d'actes de maltraitance ?

21. *La Commission recommande* de clarifier, simplifier et harmoniser les règles du secret professionnel, de l'obligation de signalement et des conduites à tenir pour les différentes catégories de professionnels susceptibles d'intervenir auprès de personnes vulnérables.

On pourrait utilement s'inspirer d'outils tels que les trousseaux de prévention des problèmes de santé psychologique au travail proposées par l'Université Laval de Québec et l'IRSST, destinées à faciliter le repérage, la révélation et le cas échéant le signalement aux autorités administratives et judiciaires des situations de violence.

Il est constaté une sous-déclaration des situations de maltraitance en direction des services déconcentrés. Ce constat peut s'expliquer par le décalage entre le champ de l'obligation de signalement prévue par les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal et la réalité des situations de violence et maltraitance le plus fréquemment rencontrées par les personnes handicapées et les

³⁷ art. 11 de la loi du 2 janvier 2004, modifiant l'article 226-14 du code pénal qui étend explicitement les motifs d'exemption du secret professionnel

personnes âgées, or ces situations de maltraitance « ordinaire » ou en « creux » ne relèvent pas des catégories décrites par la loi. Par ailleurs, la peur de représailles constitue un frein évident à l'énonciation de ces situations.

Cette sous-déclaration peut également s'expliquer par la méconnaissance de l'obligation de signalement à effectuer également auprès de l'autorité administrative de contrôle, par suite de la combinaison des articles L. 331.1 et suivants et L. 311.3 CASF, instituant respectivement une surveillance des conditions de fonctionnement et l'obligation générale pour les établissements et services à caractère social d'assurer à toute personne prise en charge « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ». Le champ de cette obligation est plus large que celui résultant des dispositions du code pénal, dans la mesure où il inclut tout acte de violence significatif par les atteintes qu'il entraîne (critères de l'exercice d'une contrainte, d'une volonté symbolique d'effacer le réel et de l'existence de traces, physiques, morales ou psychiques).

Il semble à la commission que l'établissement devrait informer l'autorité administrative (DDASS) en présence :

- De maltraitance avérée, sévices ou privations menaçant ou compromettant la santé, la sécurité ou le bien être physique ou moral des personnes accueillies ;
- D'une plainte déposée par l'usager ou son représentant, un membre du personnel, un tiers à l'établissement ;
- Ou lorsqu'une procédure disciplinaire est engagée à l'encontre d'un agent, sur des motifs relatifs à des comportements maltraitants, portant atteinte à la dignité, à l'intégrité, à la sécurité, la santé des personnes.

- | | |
|-----|---|
| 22. | <i>La Commission recommande de préciser les conditions dans lesquelles les établissements doivent informer les autorités administratives ou judiciaires des situations de maltraitance ou de violences survenues dans leur établissement.</i> |
| 23. | <i>La Commission recommande de mettre en place de manière systématique des protocoles clairs précisant ce que les agents doivent faire lorsqu'ils sont confrontés à tel ou tel type de situations ;</i> |
| 24. | <i>...et de s'assurer de l'effectivité du dispositif de protection des témoins salariés.</i> |

Une prise en charge coordonnée

Il apparaît nécessaire de coordonner localement les interventions des acteurs publics et associatifs concernés par la lutte contre les violences et la maltraitance envers les personnes vulnérables, majeures ou mineures.

La circulaire n° 280 du 3 mai 2002 prévoyait à cet effet la création d'une instance de pilotage ayant pour missions, notamment, de réaliser un état des lieux des problèmes et des réponses apportées dans le département, en vue d'effectuer un diagnostic partagé ; d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme de sensibilisation, de prévention et de lutte. Une cellule technique, inter-institutionnelle était chargée d'effectuer le traitement et le suivi des signalements, concernant les personnes accueillies en établissement ou à domicile.

Cette circulaire a été mise en œuvre de façon inégale et aucune évaluation n'a pu être faite du fonctionnement des instances départementales.

- | | |
|-----|--|
| 25. | <i>La commission insiste sur la nécessité de coordonner au niveau de chaque département les dispositifs de prévention, d'écoute et de lutte contre la maltraitance et les violences envers</i> |
|-----|--|

l'ensemble des personnes vulnérables quel que soit leur âge, ou leur handicap et recommande la mise œuvre des dispositions de la circulaire du 3 mai 2002 en l'aménageant de façon à éviter la multiplication des instances.

Un meilleur repérage des publics à risques

L'essentiel des violences et maltraitances est exercé par ignorance ou par inadvertance.

26. *La Commission insiste sur la connaissance des facteurs de risques, individuels et collectifs qui conduisent à la maltraitance et sur les comportements permettant de la prévenir.*

Organiser le dépistage des personnes traumatisées crâniennes en risque d'évolution sociale défavorable et de désocialisation.³⁸

Un traumatisme crânien est un événement de santé au déterminisme violent, le plus souvent lié à la violence routière. Les conséquences sont celles d'un traumatisme existentiel. Le rapport Lebeau de l'IGAS publié en 1995 a mis en évidence que le devenir social des personnes traumatisées crâniennes est le plus souvent mauvais : on observe le plus souvent une désinsertion et une désocialisation, parfois compliquées de conduites délictuelles.

La circulaire DAS n° 96-428 du 4 juillet 1996 (« relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien ») avait appelé à des réponses médico-sociales et proposé la création d'unités d'évaluation, de ré entraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS). Une vingtaine fonctionnent à ce jour dans le pays. Mais, d'une part, toutes les personnes n'y sont pas admises et, d'autre part, celles qui sont admises sortent de leur stage (de trois mois en général) avec une orientation qui n'est souvent pas suivie d'effets durables.

27. *La Commission recommande que le projet de circulaire DGAS destiné à enrichir les possibilités d'accompagnement au long cours de ces personnes à risques (équipes mobiles médico-sociales, accueil de jour, etc..) porte une attention particulière aux personnes désinsérées et en risque de désocialisation.*

Organiser le suivi des personnes victimes d'un traumatisme crânien dit léger

Les personnes victimes d'un traumatisme crânien léger subissent une maltraitance, ou plus précisément une non-bientraitance par défaut de suivi préventif secondaire organisé.

28. *La Commission recommande d'organiser le suivi des personnes victimes d'un traumatisme crânien dit léger³⁹ et de sensibiliser tous les professionnels susceptibles de les rencontrer, en particulier les médecins généralistes et acteurs du monde social et du monde du travail.*

5.2.2. Former les intervenants, valoriser les métiers, créer des filières spécifiques

Au delà de l'information sur le droit, il convient d'améliorer la connaissance des caractéristiques des personnes âgées et handicapées, de modifier le regard porté par les professionnels sur les personnes dont ils ont la charge et de mettre l'accent sur la compréhension des situations et la prévention des risques, plus que sur la punition des «coupables».

La commission reconnaît unanimement la nécessité d'agir sur la formation des intervenants quelque soit leur statut : professionnels du soins, de l'accompagnement, équipes dirigeantes (gestionnaires bénévoles, équipes de direction), aidants naturels, bénévoles... Et ce, à tous les stades : formation initiale, formation continue, validation des acquis de l'expérience professionnelle.

³⁸ Cf. Annexe 7

³⁹ cf. fiche technique en annexe

La formation des cadres, notamment dans l'aide à domicile et en EHPAD doit tenir compte de la valorisation du personnel soignant, de l'importance de leur qualité de vie au travail et de la reconnaissance de leur action. La bientraitance de l'équipe et son bien-être favorisent considérablement la bientraitance des résidents.

L'UNAPEI fédère 750 associations, regroupe 2 300 établissements et services et accompagne 180 000 personnes. L'UNAPEI s'est dotée d'un comité national d'éthique. Ses commissions mènent des réflexions sur les problématiques du handicap et conseillent les associations que l'Union nationale fédère. L'UNAPEI intervient également comme centre de formation : la maltraitance est l'un des thèmes récurrents de l'association. En 1993, l'UNAPEI a lancé un projet associatif global qui invite les associations à effectuer un travail de recentrage sur leurs valeurs et leurs objectifs et sur les moyens dont elles se dotent pour réaliser ces objectifs. En 1994, une étude a été réalisée sur le thème de la vie sexuelle et affective de la personne handicapée mentale et son incidence sur sa prise en charge familiale et pédagogique et sa fonction parentale. En 1998, un travail a été réalisé sur la problématique du SIDA. Une étude sur les maltraitances des personnes handicapées dans la famille, dans les institutions et dans la société a donné lieu à la rédaction d'un Livre Blanc qui émettait trois recommandations : prévenir, repérer et agir. Le Comité national d'éthique a rassemblé tous ces travaux dans un ouvrage intitulé *Ethique et Droit*. Le mouvement associatif n'a pas négligé cette question de la maltraitance, cependant force est de reconnaître que ces outils de référence ne sont pas suffisants.

Pour l'UNAPEI, il convient de mettre en miroir la maltraitance et la bien-traitance afin de viser le bien-être de ces personnes plutôt que de s'enfermer dans une attitude négative. Le travail de tous les intervenants doit être valorisé, a fortiori lorsqu'il s'agit de personnels sans qualification initiale, en difficulté sociale ou personnelle, ce qui serait semble t-il souvent le cas dans les recrutements des maisons d'accueil spécialisées et dans les foyers d'accueil médicalisé. Une attention soutenue doit être portée aux procédures de recrutement de ces personnes ainsi qu'au recrutement des directeurs des établissements.

Les formations individuelles en établissement ne permettent pas une modification des pratiques de l'ensemble de l'équipe soignante, elles mettent même parfois la personne formée en difficulté du fait du décalage entre ses nouvelles connaissances et la pratique existante. Aussi, les formations-actions de l'ensemble de l'équipe au sein de la structure sont à privilégier

Par ailleurs, la Commission souligne en particulier que la formation en direction des personnels des services des autorités administratives de contrôle doit privilégier l'approche de la maltraitance comme risque géré comme tel à tous les stades de l'intervention administrative : de l'autorisation à la vie quotidienne de l'institution.

- | | |
|-----|---|
| 29. | <p><i>La Commission souhaite</i> que soient élaborées des recommandations en vue d'un corpus minimum de connaissances relatif à la maltraitance, modulé suivant les professions et les lieux d'exercice, établissement ou domicile ; ce corpus a vocation à être intégré dans toutes les formations - initiale et continue - des professionnels de l'aide et du soin ; une attention particulière sera apportée aux soins relationnels, à la connaissance des représentations et des pratiques de soins familiales et profanes, à la palette pluridisciplinaire de la lutte contre le handicap, aux moments clés de la journée : toilette, repas, couchers, transferts.</p> |
| 30. | <p><i>Elle conseille</i> en outre de privilégier des méthodes de formation-action, qui permettent d'intégrer la formation dans un projet plus global de bientraitance, en s'appuyant sur des outils de types « trousse de bientraitance » ou mallettes pédagogiques constituées d'outils simples permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques.</p> |
| 31. | <p><i>De plus</i>, les métiers de l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie devront faire l'objet de campagnes de promotion.</p> |

L'organisation des institutions, en particulier le cloisonnement entre le sanitaire et le social, pourtant indissociables dans la lutte contre le handicap, engendre une maltraitance, ou plus précisément une non-bientraitance des personnes qui vivent avec un handicap, très dommageable pour elles.

Les médecins traitants ont de plus en plus souvent à gérer au domicile un état de santé séquellaire (lors de la sortie d'hôpital, par exemple) ou une situation de maladie chronique évolutive, marqués par un handicap important au quotidien. Quels que soient le degré et la nature du handicap, physique ou comportemental, les réponses à mettre en œuvre et à coordonner doivent toujours associer des ressources pluridisciplinaires des registres sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

32. *La commission recommande* de former les acteurs sanitaires et sociaux du lieu de vie à la palette pluridisciplinaire de la lutte contre le handicap⁴⁰

5.2.3. Sensibiliser le grand public

Amplifier la communication

Personnes âgées et handicapées sont les grands absents de la scène médiatique. La sensibilisation du public aux questions de violence et de maltraitance à leur égard doit éviter le registre de la victimisation ou de l'indignation qui renforcerait leur stigmatisation.

33. *La Commission souhaite* que soient soutenues et relayées les campagnes de communication projetées par les secrétariats d'Etat aux personnes âgées et aux personnes handicapées, en suscitant un « autre regard » sur les personnes handicapées et sur les personnes âgées (brochures, affiches, CDROM...).
34. *Elle propose*, en outre, d'intégrer, dans les campagnes destinées à la prévention des violences faites aux femmes et à la protection de l'enfance, des images de femmes âgées ou d'enfants handicapés...

Informer et accompagner au moment de la sortie de l'hôpital les familles d'une personne conservant un fort niveau de handicap et de dépendance.

La sortie du monde hospitalier d'une personne dont l'état de santé est marqué par un handicap n'est pas simple pour les proches.

Quels que soient le degré et la nature du handicap, physique ou comportemental, les réponses doivent toujours associer les registres sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dont les acteurs fonctionnent souvent de façon un peu cloisonnée.

35. *La Commission recommande d'informer et d'accompagner au moment de la sortie de l'hôpital les familles d'une personne conservant un fort niveau de handicap et de dépendance, sous la forme d'un livret « sortie d'hôpital et retour à domicile d'une personne devenue handicapée : stratégie et ressources ».*
36. *Elle suggère* de créer à l'intention des proches des livrets « la vie quotidienne d'une personne⁴¹ ...présentant un handicap fonctionnel », ainsi que des livrets d'information sur chaque maladie invalidante⁴² à l'intention des familles, en s'appuyant sur les outils réalisés par les associations spécifiques de malades et de familles, et également une fiche INPES « SOS Handicap ».

⁴⁰ cf. en annexe la fiche technique relative à cette proposition

⁴¹ ...hémiplégique, paraplégique, tétraplégique, aphasique, ventilée, gastrostomisée, atteinte de la maladie de Parkinson, en état pauci-relationnel, etc ...

⁴² AVC, traumatisme crânien, para-tétraplégie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington...

6. Renforcer les dispositifs existants, remédier aux carences

Améliorer les pratiques de soins

Garantir la sécurité des personnes et la qualité des prestations délivrées est un objectif constant des politiques de santé. L'Etat a fortement affirmé sa volonté d'améliorer la sécurité et la protection des personnes et de leurs droits, notamment à travers la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette préoccupation, inscrite dans la loi s'est traduite par l'élaboration et la diffusion de nombreux référentiels, une meilleure connaissance du vieillissement et des pathologies du handicap, un effort sur la formation médicale, le recensement des bonnes pratiques cliniques, le développement des démarches d'évaluation, notamment via l'accréditation des établissements de santé.

Tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine médico-social et social, les avancées sont notables, diverses et évolutives dans la prise en compte des besoins des personnes handicapées et dans les réponses concrètes proposées⁴³. Cependant, la Commission a relevé certaines carences dans les pratiques de soins, lors de situations de crise, quand des faits de maltraitances avérés et patents sont révélés mais également dans les circonstances habituelles de la prise en charge et/ de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées (ce que la commission a identifié comme étant de la maltraitance « en creux »). Les situations de changements, hospitalisation, retour à domicile, passage d'un service de soins suite à un service de long séjour, deuils, ... sont des moments de rupture pour les personnes vulnérables.

Porter l'effort sur le domicile

Par ailleurs, la Commission a pu constater que l'accompagnement et la prise en charge des personnes vulnérables à leur domicile étaient largement ignorés des dispositifs de lutte et de prévention des violences, alors que la grande majorité des personnes âgées et handicapées vivent à domicile. Compte tenu de ces éléments et sans mésestimer les difficultés propres à ce secteur, liées, notamment, à l'intrusion dans la sphère privée, la Commission a souhaité émettre des recommandations spécifiques en direction des personnes âgées et personnes handicapées vivant à leur domicile.

Soutenir les personnes et les organisations

Enfin, la commission relève les insuffisances en matière d'accueil et de soins apportés aux victimes de violences âgées ou handicapées et à leur entourage. Elle pointe également des lacunes dans le dispositif de soutien et de suivi des professionnels qu'ils aient été ou non mis en cause. Dans une majorité de situations, le « maltraitant » est tout aussi souffrant que la personne qu'il maltraite et doit bénéficier, lui aussi, de soutien et de suivi.

Les recommandations tendront notamment à permettre une meilleure prise en charge des victimes et des personnes mises en cause, en vue de soutenir les personnes et les organisations, et, de prévenir la reproduction de nouveaux épisodes de violence.

⁴³ Par exemple, équipes mobiles à partir des services de soins de suite et de réadaptation, services d'hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile récemment revus pour être plus ouverts aux personnes handicapées, site pour la vie autonome, forfaits d'auxiliaires de vie, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, MAS ambulatoires expérimentales, réseaux de santé, futures maisons du handicap ...

6.1. Analyser et améliorer les pratiques

Il convient d'instaurer des bonnes pratiques afin de prévenir la maltraitance dans la situation de soins au domicile ou en établissement. En particulier lors des situations de crise, lorsque sont identifiées des violences patentées ; lors de situations de maltraitance ordinaire, violences en creux, négligences, inadvertance, méconnaissance ; et lors de situations de rupture dans la trajectoire de vie des personnes âgées ou des personnes handicapées : hospitalisation, retour à domicile, entrée en établissements changement de statut (personnes handicapées vieillissantes, passage du secteur enfance au secteur adulte...).

6.1.1. Connaître et diffuser les bonnes pratiques de soins et d'accompagnement

Les bonnes pratiques relatives aux personnes âgées dans le secteur social et médico-social font l'objet d'une abondante littérature : recommandations de l'ANAES, guides pratiques de la DHOS et de la DGAS dans différents domaines (contention, liberté d'aller et venir, nutrition, déshydratation, lutte contre la douleur, incontinence...).

Améliorer les pratiques suppose l'accroissement de la connaissance du vieillissement et du handicap et de sa diffusion, l'implication des médecins dans les structures, le développement des recommandations, le développement des actions de formation dans les établissements et services et l'évaluation des pratiques professionnelles.

La permanence des gains est conditionnée à la mise en œuvre de programmes d'intervention rigoureusement encadrés et évalués. L'exemple du plan de prévention des escarres présenté par M. le Dr D. Colin illustre cette nécessité.

37. *La Commission recommande qu'un effort similaire à celui accompli dans le domaine de la gériatrie soit impulsé en matière de bonnes pratiques dans le domaine du handicap, en s'appuyant sur les travaux existants.*

6.1.2. Prévenir la maltraitance lors des changements de parcours

Les situations de rupture peuvent constituer autant d'occasions de violence aux personnes ou de négligence à leur endroit.

L'admission d'une personne handicapée dans un service hospitalier de court séjour pour un motif précis ne s'assortit pas toujours des autres considérations liées à son handicap et à sa dépendance, alors qu'elle est brutalement déstabilisée dans son organisation quotidienne en place à son domicile. Attentes indues, demandes humiliantes, réponses blessantes, majoration progressive de la perte d'autonomie et de la dépendance ne sont pas rares du fait du changement de contexte humain et technique et de l'inadaptation quant aux besoins propres de la personne. La structure d'accueil hospitalière est souvent trop exclusivement focalisée sur le motif d'hospitalisation, voire sur l'organe malade et non sur la personne.

La personne peut en ressortir guérie quant au motif d'hospitalisation, mais altérée dans son autonomie ou sur le plan psychologique, quand ce n'est pas avec une complication propre à son handicap (encore l'exemple des escarres).

Pour des raisons de handicap, c'est parfois même l'accès aux soins qui est pénalisé. Le regard focalisé des acteurs du court séjour devrait toujours s'élargir aux considérations propres à l'avenir fonctionnel, pour éviter qu'une personne sorte d'une hospitalisation en service de court séjour guérie mais invalidée ou aggravée. Ce risque est également présent dans le fonctionnement médico-social. On sous-estime, en effet, les risques de décompensation des personnes fragiles ; il s'agit là d'un vrai risque iatrogène pour les personnes à autonomie réduite, qui devrait être traité, à travers tout l'établissement, sous une forme à définir, en s'appuyant sur l'intervention d'équipes mobiles de réadaptation ou de gériatrie, en associant, le cas échéant, des psychologues.

38. *La Commission recommande dans les établissements hospitaliers une vigilance particulière aux risques de décompensation des personnes fragiles.*

Une autre maltraitance peut se produire lors de l'orientation entre service de court séjour et service de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'une personne handicapée ou l'étant devenue du fait d'un événement de santé ou de son parcours hospitalier. Combien de ces orientations sont faites de façon opportuniste ou hasardeuse, sous la pression de la nécessité de libérer le lit de court séjour, sans tenir précisément compte du besoin et du projet thérapeutiques propres à la personne ?

La famille des services de soins de suite et de réadaptation étant vaste et hétérogène, puisqu'elle va des services de convalescence simple aux services actifs et hautement spécialisés de médecine physique et de réadaptation. L'articulation entre court séjour et SSR doit être médicalement et socialement adéquate pour la personne considérée, ne lui faisant pas courir le risque d'une perte de chance liée à une orientation hasardeuse.

Signalons par ailleurs que certaines personnes grandement handicapées ou l'étant devenues ne trouvent pas de place dans les services de soins de suite ou de réadaptation du fait de la lourdeur des soins les concernant (par exemple personnes en suppléance technique de fonctions vitales, personnes trachéotomisées avec ou sans assistance ventilatoire mécanique). En effet, du fait de l'accroissement des performances médicales et hospitalières, les services de soins de suite ou de réadaptation, pourtant moins dotés, se voient soumis à des demandes concernant des patients de plus en plus lourds en charge de soins. Ceci, associé au fait que le secteur médico-social est quantitativement et qualitativement insuffisant peut aboutir à certains séjours indéfinis dans des services de réanimation, par exemple.

39. *La Commission recommande de renforcer l'articulation entre court séjour et service de soins et de réadaptation.*

Par ailleurs, la sortie du monde hospitalier vers le domicile pour une personne qui garde de son événement de santé des séquelles parfois lourdes, avec une dépendance sanitaire et/ou fonctionnelle grande, suppose que l'institution hospitalière puisse jouer pleinement ses missions de réadaptation et de réinsertion qui lui sont dévolues au travers du secteur de soins de suite et de réadaptation.

Le double cloisonnement fonctionnel existant d'une part entre le monde hospitalier et celui des acteurs sanitaires de ville et d'autre part, entre le monde sanitaire et le monde social, ainsi que l'absence de pratique libérale - et donc de disponibilité au domicile - de certaines professions indispensables à la réadaptation sur le lieu de vie (comme les ergothérapeutes, les psychologues), ne facilitent pas ces missions.

Les services de SSR doivent contourner ces obstacles en mettant en place des formules transitionnelles ou de décloisonnement et de liaison, comme des services d'hospitalisation à domicile, des services d'hôpital de jour, des équipes mobiles hospitalières médico-technico-sociales de réadaptation à domicile, ou encore des services de soins coordonnés hôpital-ville. Mais tout ceci n'est pas administrativement simple à construire, et est donc peu répandu. Les réseaux de santé, qui permettent la coopération du sanitaire, du médico-social et du social, peuvent être, à cet égard, une chance.

40. *La Commission recommande de mettre en œuvre les réseaux de santé et de handicap, afin de mieux assurer les périodes de transition et l'accompagnement des personnes.*

Enfin, en plus des éventuels réseaux de santé handicap, on peut espérer que l'amoindrissement d'une situation de handicap sur le lieu de vie, au domicile, soit facilité par la loi du 11 février 2005.

En effet, la lutte contre le handicap vécu suppose toujours une étroite concertation « médico-paramédico-technico-psycho-sociale » difficile à mettre en œuvre pour des raisons de culture des

intervenants, de non-disponibilité de certaines professions ou de cloisonnement structurel sanitaire-social.

L'accès aux solutions de compensation fonctionnelle (aides techniques, aménagements du logement, aides humaines, mesures sociales) devrait être facilité par les maisons départementales des personnes handicapées et l'élaboration des plans personnalisés de compensation dont le financement relèvera de la solidarité nationale.

Le grand handicap à domicile est encore aujourd'hui trop souvent à l'origine d'un épuisement des familles dans une charge à assumer 24h sur 24, 365 jours par an, par insuffisance jusqu'alors, au moins quantitative, des réponses médico-sociales et sociales (à laquelle s'ajoutent les délais décourageants parfois de traitement des dossiers).

Rappelons enfin que dans le cas où le maintien à domicile n'est pas souhaité, les alternatives médico-sociales manquent, aboutissant encore assez souvent à des exils de personnes handicapées dépendantes dans des structures coûteuses de pays frontaliers. Quant à l'accueil temporaire, de journée ou pour des séjours dits « de répit », il est aussi à développer.

Les personnes âgées dépendantes ou les personnes handicapées hospitalisées nécessitent des soins, un accompagnement et des équipements adaptés (tables de gynécologie, matériel de transfert, toilettes, notices lisibles, accessibilité...).

- | | |
|-----|---|
| 41. | <i>La Commission recommande de renforcer les filières adaptées par la présence de spécialistes formés aux problématiques du vieillissement et du handicap, permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques, notamment en développant la filière de formation médicale à la gériatrie et en engageant une réflexion sur la création de nouveaux métiers ou de spécialisation à la prise en charge des personnes âgées fragiles ;</i> |
| 42. | <i>D'engager une réflexion, en lien avec les réseaux de coordination gérontologique et les maisons du handicap, en vue de mettre en place des professionnels garants de la continuité des projets de vie et de soin, en s'inspirant du concept anglo-saxon du <u>case manager</u> ;</i> |
| 43. | <i>La Commission recommande d'effectuer un état des lieux des équipements et le cas échéant d'organiser localement leur mise à disposition dans le cadre de conventions ou de mutualisation de moyens ;</i> |
| 44. | <i>De généraliser les conventions passées entre certaines associations du handicap et les établissements hospitaliers pour faciliter l'accueil des personnes handicapées, à l'instar des conventions passées par la fédération hospitalière de France, qui prévoit qu'une personne handicapée se rendant à l'hôpital est accompagnée de son référent ;</i> |
| 45. | <i>D'informer les personnels des structures hospitalières sur la précarité fonctionnelle des publics âgés ou handicapés en utilisant le dispositif des équipes mobiles gériatriques ou de rééducation.</i> |

La progression d'un dossier administratif en vue de la mise en place de mesures nécessaires à une personne en situation de handicap, telles qu'un dossier « site pour la vie autonome » pour l'aménagement du logement ou l'acquisition d'une aide technique particulière (fauteuil roulant électrique, appareil de communication ou de contrôle de l'environnement par exemple), ou telles qu'un dossier COTOREP ou CDES dont le positionnement ou la décision sont des sésames indispensables pour de très nombreuses mesures fondamentales pour la vie quotidienne, est marquée par la latence et l'importance des délais.

Déjà gênante quand la facilitation de la vie quotidienne en dépend, la longueur des délais devient franchement rédhibitoire quand il s'agit d'une situation évolutive liée à l'évolution parfois rapide d'une maladie invalidante (sclérose latérale amyotrophique, certaines phases évolutives de sclérose en plaques par exemple). Il n'est pas rare que, lorsque la décision peut enfin prendre effet, la personne

ne soit plus dans un état clinique lui permettant d'en bénéficier. Ainsi, beaucoup de personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique reçoivent leur carte « station debout pénible » alors qu'elles sont déjà devenues, en quelques mois, paraplégiques ou tétraplégiques, voire sont décédées.

Un traitement rapide de ces dossiers et la mise en place d'une organisation adéquate par les instances sont nécessaires. Dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées, une attention particulière devra être apportée à la surveillance des délais de réponse.

46. *La Commission recommande d'organiser dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées, un suivi particulier des dossiers nécessitant un traitement urgent.*

Pour une prise en charge continue et personnalisée

Au cours de ces dernières années, comme le note l'OMS, on remarque une diversification de l'offre de soins là où, auparavant, l'hôpital était souvent la seule réponse⁴⁴. Les personnes âgées sont confrontées actuellement à une panoplie de services gériatriques qui se sont développés ou sont en cours de développement. Ces services vont de l'évaluation de situations aiguës⁴⁵ à l'évaluation en situation stable et la compensation des incapacités⁴⁶, en passant par la réadaptation fonctionnelle (services de soins de suite et de réadaptation gériatrique).

Ces services spécifiques s'ajoutent aux services de santé déjà existants pour la population générale et dont les personnes âgées sont parfois une des « clientèles » principales (SSIAD, HAD, CM2R, hôpitaux de jour de réadaptation fonctionnelle, CMP, professions paramédicales libérales). Or, la multiplicité des services et des intervenants qui est en soi une grande richesse de notre système de soins, génère des problèmes de continuité au niveau des soins et services offerts. Les autres problèmes inhérents à cette multiplicité concernent l'accessibilité et l'équité de l'accès.

Les personnes handicapées rencontrent également ces difficultés.

La solution à ces problèmes se situe dans une prise en charge continue et personnalisée dont le modèle idéal repose sur la gestion de cas⁴⁷, processus qui comprend les étapes clefs suivantes :

- l'identification des cas selon des critères prédéfinis c'est à dire un point d'accès unique avec un outil de triage,
- une évaluation multidimensionnelle standardisée,
- la planification individualisée et l'identification des ressources,
- la mise en application, la surveillance et la réévaluation du plan.

Certains y ajoutent la notion « d'**advocacy** »⁴⁸ qui combine le conseil et la représentation, rôle souvent dévolu à la famille si celle-ci est présente et investie.

⁴⁴ Gröne O, 2001

⁴⁵ Unité de gériatrie aiguë en lien avec les SAU, consultations externes d'évaluation gériatriques, hôpitaux de jour d'évaluation

⁴⁶ CLIC, service d'aide ménagères, services d'auxiliaire de vie, portage de repas privé ou public, services d'aide bénévole, EHPAD, accueil de jour, ...

⁴⁷ Cf. en annexe 11 : Gestion de cas et système de soins

⁴⁸ Challis D, 1992; Genrich SJ, 2000

47. *La Commission recommande d'expérimenter la « gestion de cas », auprès de personnes âgées et de personnes handicapées, dans plusieurs sites pilotes.*

6.2. Assurer l'accueil, les soins, le suivi des victimes et des personnes mises en cause

L'accueil, les soins et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles ou de violences conjugales sont des préoccupations présentes depuis plusieurs années dans le secteur hospitalier.

La prise en compte des personnes « mises en cause » est plus récente et résulte de l'observation que la maltraitance à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit le plus souvent dans une interaction entre victimes et auteurs, dans une relation de soins ou de dépendance pervertie où la souffrance et le mal-être des soignants sont à la fois des facteurs de risques et des éléments de compréhension.

Par ailleurs, la restauration des capacités des personnes et des organisations est une condition nécessaire pour surmonter la crise et garantir la sûreté des personnes qui vivent ou travaillent dans l'établissement.

6.2.1. Les victimes et les usagers

Accueil, soins et accompagnement

48. *La commission recommande d'intégrer dans l'examen clinique et dans le dossier infirmier des items favorisant le repérage de la maltraitance en présence de personnes et situations « à risque ».*

L'accueil des victimes doit être amélioré en l'adaptant à la particulière vulnérabilité des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment lorsqu'elles n'ont pas l'usage de la parole ou qu'elles souffrent de déficiences intellectuelles ou mentales.

Des progrès importants ont été réalisés en termes de suivi judiciaire par les services du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Justice à tous les stades de la procédure. Il importe que les avancées sur le traitement des violences au sein du couple, également pertinentes pour les personnes âgées et les personnes handicapées, puissent leur bénéficier.

49. *La Commission recommande de veiller à la formation des personnels des unités de gendarmerie et postes de police amenés à entendre les victimes, recueillir les témoignages et traiter ces contentieux ;*
50. *D'aménager l'accueil des victimes âgées et handicapées dans les Unités médico-judiciaires ;*
51. *D'étendre, sur le modèle existant pour les mineurs, la possibilité pour le juge d'instruction de désigner un administrateur ad hoc chargé d'assister la personne vulnérable tout au long de la procédure judiciaire ;*
52. *La Commission recommande d'instaurer une obligation de motivation circonstanciée pour les décisions de classement sans suite concernant des allégations de violences ou maltraitances envers les adultes vulnérables.*

6.2.2. Prise en charge des personnes « mises en cause »

Une attention accrue a été portée ces dernières années à l'accueil et à la prise en charge des victimes. En dehors des auteurs de violences sexuelles pour lesquelles des mesures de soins ont été récemment renforcées, les personnes mises en cause dans des situations de violences sont aujourd'hui peu soutenues. La commission constate que les administrations et les équipes dirigeantes sont souvent démunies à l'égard de ces personnes, professionnels ou non, qui maltraitent

le plus souvent par ignorance, maladresse, inadvertance. Il faut s'efforcer de connaître les pistes d'intervention.

53. *La commission recommande* d'effectuer une étude en vue du recensement des préoccupations des directeurs ou des gestionnaires de ressources humaines à l'égard des personnels présumés auteurs de maltraitance afin de dégager des lignes de conduites.

En ce qui concerne les sanctions, les mesures conservatoires et la prévention de la récidive :

54. *La Commission recommande* en complément, un usage plus large des mesures de mise à pied conservatoire à l'égard des personnels mis en cause dans des affaires de maltraitance ;
55. De simplifier les modalités de mise en œuvre du régime d'incapacités d'exercice prévus par l'article L. 133-6-1 du CASF ;
56. D'utiliser plus largement les mesures de protection avant jugement et en particulier l'éloignement de l'auteur des violences.

7. Infléchir et innover

Dans les institutions, divers dysfonctionnements (carence de régulation institutionnelle, défaut de circulation de l'information, défaillance de la chaîne de décision, isolement institutionnel) peuvent être des facteurs favorisant les situations ou comportements maltraitants. Une approche de gestion des risques paraît alors appropriée.

Il est apparu à la commission que le risque de maltraitance était fréquemment favorisé par des situations d'enfermement, d'emprise, de face à face entre une ou plusieurs personnes fragiles et un entourage professionnel ou non qui exerce une forme de domination ou qui est en proie au désarroi ou à l'épuisement. Des tiers pourraient être introduits dans ces situations, avec une vocation à écouter, prévenir, gérer.

Enfin, il est indispensable de promouvoir des recherches fondamentales et appliquées qui permettront de disposer d'indicateurs fiables et d'outils opérationnels.

7.1. Développer une culture de gestion des risques

Au delà des approches sectorielles s'intéressant principalement aux risques réglementés (sécurité incendie, hygiène alimentaire,...), ou d'approches qui privilégient un face à face « auteur - victime », il s'agit de promouvoir une démarche intégrée de gestion des risques qui prenne en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins, d'accompagnement et d'hébergement des personnes vulnérables. Cette démarche systémique doit prendre en compte les facteurs techniques, humains et organisationnels :

- Dégager les grands principes méthodologiques qui prévalent en matière de gestion des risques en les adaptant aux spécificités du secteur médico-social et plus précisément pour les personnes âgées et handicapées ;
- Décliner les outils opérationnels pour la mise en œuvre dans les établissements d'une conduite de gestion des risques en privilégiant la prévention, le repérage des risques, la remontée d'information et le suivi des incidents.

7.1.1. Intégrer le risque «violence» dans les établissements de santé

Des avancées importantes ont été réalisées dans ce domaine⁴⁹. Cependant, il convient de prendre en compte, dans les programmes de gestion du risque des établissements de santé, les risques de violence, tant à l'égard des usagers qu'à l'égard du personnel.

La Commission souligne la nécessité d'une approche globale des risques au sein des établissements de santé et des ESMS. Elle relève le poids des facteurs humains et organisationnels dans la problématique de la maltraitance, des violences et du stress dans ces établissements.

- | | |
|-----|--|
| 57. | <i>La commission recommande de poursuivre les travaux relatifs à la gestion des risques réalisés par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins en y intégrant les risques de violence et les risques psycho-sociaux ;</i> |
| 58. | <i>Et de mener des actions de recherche et d'assistance aux établissements de santé et ESMS sur la question des risques psycho-sociaux selon des approches multidisciplinaires (épidémiologie, psychologie, sociologie, ergonomie...). Ces actions devraient privilégier une démarche centrée sur l'explicitation de bonnes pratiques d'organisation du travail.</i> |

⁴⁹ ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003
Circulaire DHOS n°176 du 29 mars 2004

7.1.2. Le risque « violence » et le secteur et médico-social

En s'inspirant de systèmes de gestion des risques dans les établissements de santé, et en lien avec les travaux du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, des protocoles de repérage des risques de maltraitance et de violences ainsi que des protocoles précisant la conduite à tenir en cas de crise pourraient être élaborés pour le secteur social et médico-social.

- 59. *La Commission recommande* que soit élaboré et diffusé un guide méthodologique de gestion des risques en établissement social et médico-social, ainsi qu'un guide d'auto-évaluation des risques de violences et maltraitance en ESMS qui pourrait notamment s'appuyer sur le guide de repérage des risques de violence de la DGAS.
- 60. *Et propose* de rendre obligatoire pour tous les établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapés, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux l'élaboration de protocoles de repérage des risques de maltraitance et de violences ainsi que des protocoles précisant la conduite à tenir en cas de crise.

7.2. Prévenir et lutter contre la maltraitance au domicile

Comme on l'a montré plus haut, la majorité des personnes vulnérables vivent à domicile. Les déficits de la personne aidée, en particulier sur le plan cognitif, et ses troubles comportementaux entraînent des difficultés pratiques pour l'entourage, mais aussi des conséquences psychologiques qui sont alors des facteurs de stress secondaire, liés au conflit des rôles chez l'aide, qui concilie avec difficulté son rôle d'aide, et ses autres rôles sur le plan familial, professionnel et social.

Les aidants naturels familiers se retrouvent parfois très désemparés, essayant de mettre en place les ressources humaines et techniques nécessaires, ou en première ligne dans la vie quotidienne. Ceci aboutit à des sentiments d'isolement, de stress, et à des épaissements physiques et psychologiques liés aux charges induites par le bouleversement du quotidien, surtout quand il s'agit de situations de très grand handicap. De plus, ils ont eux-mêmes à faire face à leur propre réadaptation psychologique en même temps qu'à l'apprentissage de leurs interventions nécessaires.

Des services novateurs tendant à répondre aux besoins diversifiés et grandissants des aidants naturels et professionnels ont été expérimentés, principalement au Québec⁵⁰ : centre de soutien aux aidants, Halte-répit, programme de stimulation à domicile, *counselling* des aidants (incluant gestion du stress, établissement des limites personnelles)...

- 61. *La Commission recommande* la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de soutien en faveur des aidants et des personnes vulnérables ;
- 62. *De développer* l'accueil de jour et l'accueil temporaire.

Par ailleurs, les aidants professionnels souffrent souvent d'une qualification insuffisante. Conforter leur professionnalité par la construction d'une reconnaissance représente donc un réel enjeu.

- 63. *La Commission souligne* la nécessité de la valorisation de ce type d'activité, d'une politique adaptée de rémunération, d'un recrutement exigeant par des cadres compétents, et d'une évaluation régulière de l'aptitude.

⁵⁰ Centre de soutien aux aidants René Cassin, site internet geronto.org

7.2.1. Promouvoir l'élaboration d'une charte des intervenants à domicile

La commission a pointé un certain nombre de difficultés propres à l'intervention au domicile (voire à l'intrusion), et aux situations de huis clos voire d'emprise qui peuvent s'y développer.

64. *La commission recommande l'élaboration d'une « charte des intervenants à domicile » qui clarifierait le positionnement de l'aide professionnel, de l'usager et de l'entourage ; cette charte abordera également le respect des droits et libertés de l'usager, les conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention, la formation et le soutien des personnels, les conduites à tenir en cas de confrontation à une situation de maltraitance exercée par la famille ou l'entourage...(cette charte pourra utilement s'inspirer de la charte des droits et libertés de la personne accueillie).*

7.2.2. Renforcer la coordination et favoriser le travail en réseau

Les dispositions récentes relatives au soutien des aidants par la diversification de l'offre, l'accueil temporaire, l'accueil de jour, l'augmentation de l'offre de service en termes d'aide à domicile constituent des avancées significatives.

En la matière, le travail en réseau doit permettre de rompre l'isolement des professionnels et de partager des expériences des patients au travers de réalités multiples afin d'arriver à un langage partagé et commun.

Plus précisément, l'élaboration des projets de vie par les usagers eux même - éclairés par des professionnels - constitue le point de départ d'une prise en charge centrée sur la personne.

65. *La Commission recommande que l'Etat veille à la mise en place des dispositions concernant les projets de vie prévues par la loi du 11 janvier 2005, en s'appuyant sur les CLIC et Maisons départementales des personnes handicapées.*

7.2.3. Organiser la surveillance et le contrôle

Le domicile est un milieu d'intervention spécifique. Toute la question est celle du réglage, de la validation et de la garantie de la professionnalisation de personnels qui interviennent le plus souvent seuls à un domicile. Il convient, dans les dispositifs d'action publique, d'accorder aux services d'aide à domicile une attention à la mesure de l'enjeu qu'ils représentent et d'organiser le contrôle et la surveillance des services d'aide à domicile. L'intervention des pouvoirs publics y reste en grande partie à construire.

66. *La Commission recommande d'exercer la surveillance des conditions de fonctionnement et d'organisation des services d'aide à domicile avec des moyens de procédure adaptés, de les intégrer dans le programme national de prévention de la maltraitance, et de soutenir le développement de l'évaluation de ces activités au moyen de cahiers des charges conventionnels.*

7.3. Les tiers

7.3.1. Les tiers qui écoutent et préviennent

Toute personne victime ou témoin de maltraitance doit avoir accès à service d'accueil téléphonique, sur l'ensemble du territoire national. Les appels évoquant une situation de maltraitance doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi.

67. *La Commission recommande la mise en place d'un dispositif téléphonique national, s'inspirant de celui expérimenté par la DGAS, commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;*

68. *La Commission suggère d'accompagner le service téléphonique national de relais locaux (départementaux, interdépartementaux ou régionaux) assurant le traitement et le suivi des appels.*

Une étude quantitative et qualitative sur le fonctionnement et l'organisation des dispositifs ou réseaux d'accueil téléphonique destinés aux victimes ou témoins de violence envers les adultes vulnérables, ainsi que sur le traitement et le suivi réservés aux situations de violence ainsi repérées doit être conduite par la DGAS. Cette étude devrait porter, notamment sur l'analyse de l'activité du réseau ALMA, de la plate forme d'Ile-de-France (« Vieillesse solidarité »), et de l'expérimentation d'un n° national menée en 2004 ainsi que sur les partenariats mis en œuvre.

69. *La Commission recommande que l'étude comprenne une dimension d'évaluation de la qualité du service rendu à l'usager (y compris dans les situations d'urgence) ainsi que des propositions d'amélioration des fonctionnements existants.*

Il faut sortir du face à face victime - auteur et repérer, prévenir voire remédier aux situations de confinement, d'isolement et d'emprise.

Afin, notamment, d'apporter une aide aux équipes, l'UNAPEI a imposé une délégation d'administrateurs dans chacun des établissements qu'elle gère. Cette délégation est constituée par un binôme : un parent administrateur dont l'enfant est accueilli dans l'établissement et un administrateur qui n'est pas directement concerné par l'établissement. Cette composition permet d'avoir un lien proche avec le climat institutionnel tout en assurant le recul nécessaire pour dépasser les éventuels conflits qui pourraient survenir.

Cette délégation n'est pas toujours bien acceptée par les professionnels alors même que la présence d'un regard tiers peut permettre d'éviter tous les risques liés à la routine. Ce binôme rend compte de ses observations devant le Conseil d'administration et devant les professionnels.

70. *La Commission recommande de désigner, parmi les professionnels intervenant aussi bien en établissement qu'à domicile auprès des personnes âgées et handicapées, des référents chargés du recueil des plaintes, de leur transmission et de leur suivi ;*
71. *De promouvoir des lieux de parole de « dévoilement » et d'analyse des pratiques dont les modalités seront définies dans un document cadre ou un guide de bonnes pratiques ...et d'en prévoir le financement.*
72. *La Commission recommande d'assurer le financement pérenne des expérimentations en cours (dispositif Ile-de-France) dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.*

7.3.2. Les tiers qui évaluent

Avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation est introduite pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon deux modalités : une évaluation interne réalisée par les structures elles-mêmes, une évaluation externe confiée à des organismes extérieurs habilités. Afin d'accompagner cette nouvelle obligation et de promouvoir les démarches d'évaluation et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la loi a prévu la création d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. La Commission technique permanente de ce Conseil effectuera la validation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques, en amont des premières évaluations qui doivent intervenir en 2007.

73. *La commission recommande que l'évaluation du risque « violence et maltraitance » soit introduite à part entière dans les référentiels d'évaluation des établissements ;*

74. *La commission recommande de promouvoir les démarches d'accréditation, selon des modalités adaptées, pour le secteur social et médico-social.*

7.4. La recherche

Les politiques, programmes et actions luttant contre la maltraitance ne peuvent répondre aux besoins des personnes âgées et handicapées victimes de maltraitance sans une base de connaissance solide sur laquelle fonder ces interventions. La commission a bien pris la mesure des carences en la matière.

Les discussions n'ont pas fait émerger un ensemble de textes ou de recherches fondateurs sur les causes de la violence et de la maltraitance à l'égard des personnes âgées et handicapées, les moyens de lutter contre cette violence et cette maltraitance et de faire évoluer l'opinion publique et les professionnels du secteur de soins à l'égard de ce problème.

Par ailleurs, aucun consensus immédiat n'est pas apparu au sein de la commission autour d'un petit nombre de penseurs incontestés de ces questions de violence et de maltraitance des personnes vulnérables.

La commission a dû se satisfaire de rapports administratifs (français ou internationaux) qui dénonçaient cette question et proposaient des mesures souvent très générales, de témoignages bruts d'acteurs de terrains en souffrance face à cette question, de multiples constats du déni de la maltraitance et de la violence faite aux personnes âgées et handicapées et de la relation de quelques expériences de lutte contre la maltraitance intéressantes et innovantes.

Enfin, le travail de la commission n'a pas été marqué par le sentiment de s'être approprié un corpus théorique riche et d'essayer de le traduire sous forme de recommandations pratiques mais beaucoup plus par le sentiment de l'extrême difficulté, voire du dénuement, dans lesquels se trouvaient les différents soignants et praticiens face à la réalité de la violence et de la maltraitance faite aux personnes âgées et handicapées.

Le groupe de travail a pris la mesure de la faiblesse de l'information disponible et des données recueillies dans des conditions correctes scientifiquement. Il existe peu d'études et de recherches relatives à l'ampleur du problème, à ses différentes dimensions (maltraitance physique, psychologique, économique, institutionnelle,...), aux déterminants de la violence et à ses conséquences en termes de mortalité, de morbidité autant sur la personne qui fait l'objet de violences que sur son environnement et sur l'auteur des violences. L'impression qui domine est la solitude des acteurs de terrain qui manquent singulièrement de références pour aborder ces questions difficiles et élaborer des réponses.

Il paraît tout à fait important, dans ces conditions, de développer des travaux de recherche sur le thème de la violence et de la maltraitance des personnes âgées et handicapées qui puissent, à terme, alimenter la réflexion des acteurs de terrain, mettre fin au déni dont fait l'objet la maltraitance et contribuer à faire émerger des réponses à des pratiques violentes et maltraitantes.

La commission a été sensible à l'expérience de l'Association des paralysés de France, rapportée par M.Rouzeaud : un appel d'offres lancé en 2001 par le Conseil scientifique de l'association visait à recueillir des projets de recherches sur la question de la maltraitance et des abus envers les personnes en situation de handicap moteur : cet appel d'offres n'a donné lieu à presque aucune réponse. Selon l'association, cet échec tiendrait, notamment, au manque d'équipes compétentes, en capacité d'accompagner des chercheurs sur ces questions.

Il ne s'agit donc pas seulement, par des appels d'offres, de susciter un ensemble de travaux ponctuels mais d'amener des équipes de recherche à prendre en charge cette thématique sur une moyenne période.

Les recherches doivent être menées selon plusieurs directions : recueil de données épidémiologiques, travaux théoriques sur certaines formes de maltraitance et de violence à l'égard des populations vulnérables et ses causes, recherches sur les comportements des aidants formels et informels.

La violence est généralement le fait, soit des aidants informels, soit des aidants professionnels. Les relations d'aide font l'objet de très peu de travaux en France, alors même que l'articulation de la solidarité publique et de la solidarité privée est l'un des enjeux actuels majeurs de la politique sociale.

75. *La Commission recommande* de constituer des données sur les risques de violence concernant les personnes vulnérables ; il est suggéré à cette fin :
 - de rechercher une convergence avec les données recueillies par les dispositifs d'accueil et de suivi des appels téléphoniques qui concernent en majorité des personnes à domicile, et les données sur les personnes accueillies en établissement,
 - de s'appuyer sur l'Observatoire national de l'enfance en danger, et pour les majeurs sur le Système d'information DGAS, à ouvrir aux établissements sanitaires,
 - de renforcer les échanges d'informations avec les réseaux associatifs, ainsi qu'entre les différents départements ministériels (ex. personnes âgées et personnes handicapées dans les statistiques du ministère de la Justice) ;
76. *La Commission recommande* qu'une enquête complémentaire à l'enquête HID soit conduite sur les plus de 75 ans vivant à domicile ou en établissement : une attention particulière devra être portée à l'analyse des trajectoires de soins (crises, interventions, mesures, suivis), et aux situations dans lesquelles les enfants sont devenus salariés du parent (ou le voisinage très proche) en étudiant notamment les effets des dispositifs (APA) sur les pratiques et l'évolution des réseaux relationnels ;
77. *En outre*, devraient être étudiées les raisons de la « sursuicidité » masculine et la surmortalité des malades du grand âge en France ;
78. *La Commission recommande* d'étudier de façon particulière la maltraitance financière dont sont l'objet les personnes âgées et handicapées, en interrogeant un certain nombre d'acteurs susceptibles de contribuer à prendre la mesure du phénomène : notaires, banquiers, juge aux affaires familiales, travailleurs sociaux, médecins...en s'appuyant, notamment sur la réflexion engagée par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées ;
79. Le comportement des aidants formels et informels doit faire l'objet de travaux de recherche particuliers pour comprendre dans quelles circonstances et pourquoi la relation d'aide se détériore et donne lieu à violence ;
80. *Il convient de mener une réflexion* particulière sur les méthodes permettant de vérifier la compétence et la qualité d'intervention des personnes agissant au domicile dans le cadre du gré à gré ;
81. *La Commission suggère de plus* de lancer un appel à projets avec financement, afin de promouvoir des initiatives locales en matière de politique d'accompagnement, de soutien et de formation des aidants familiaux, conception d'outils d'auto-évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles.