DU Infirmier(ère) référent(e) et coordinateur (trice) d'EHPAD et de SSIAD (IRCO)

Et

DU de médecin coordonnateur d'EHPAD (MEDCO)

Comment l'IDEC et le MEDCO peuvent lever les barrières psychologiques qui empêchent la dénonciation de la maltraitance dans une équipe ?

"Tout silence est maltraitance" Philippe AALBERG

Madame BENECH épouse FISSEUX Magali

Madame LUCIEN épouse BEAUSERGENT Aline

Directeur de Mémoire : Docteur DEBIEN Olivier

Année Universitaire 2022 – 2023 Mémoire IRCo.

SOMMAIRE

I. Introduction **3**

II. Situation de départ **4**

III. Questionnement **4**

IV. Problématique **5**

V. Hypothèse **5**

VI. Enquête par questionnaire et résultats **5**

a) Méthodologie **5**
b) Avantages et inconvénients **6**
c) Analyse **6**
d) Conclusion **7**

VII. Synthèse bibliographique **8**

VIII. Définitions **8**

a) La maltraitance selon l'OMS **9**
b) La maltraitance selon la Commission de lutte contre la maltraitance et la prévention de la bientraitance **9**
c) Plusieurs types de maltraitances **9**
d) Définition de la bientraitance selon l'ANESM. **10**

IX. Un peu d'histoire **10**

X. Politique et prévention en France **11**

XI. Que disent les RBPP ? **13**

XII. Législation **14**

XIII. Événements indésirables **15**

a) Quels évènements doivent être signalés à l'ARS **15**
b) Qui peut déclarer un événement ? **16**
c) Par quelle procédure **16**

XIV. Conséquences en termes de droit de la maltraitance des personnes vulnérables **16**

XV. Rôles et missions de la direction des établissements et des institutions médico-sociales dans la prévention et l'information de la maltraitance **17**

XVI. Conclusion **18**

XVII. Résumé et Abstract **19**

XVIII. Glossaire **20**

XIX. Annexes **22**

I. Introduction :

Dans le cadre de notre formation ”DU infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d’EHPAD et de SSIAD” (IRCO) et “DU médecin coordonnateur d’EHPAD” (MEDCO), nous sommes amenés à rédiger un mémoire dans une démarche scientifique. Ce mémoire doit être collectif et doit traiter le sujet managérial et gériatrique de notre problématique.

Il existe de nombreux articles, livres ou mémoires qui traitent de la maltraitance mais pas sur la dénonciation proprement dite dans les établissements.

Le livre de Victor CASTANET “les fossoyeurs” sorti en 2022 a fait la une de l’actualité et dénonce des faits de maltraitance qui portent atteinte à la dignité, à l’intégrité des personnes accueillies et qui interrogent le respect effectif des procédures techniques, financières, juridiques et administratives dans les EHPAD privés à but lucratifs. L’enquête du journaliste montre l’absence de contrôle des autorités de tutelle, ARS ou Département. Elle met en avant les témoignages de nombreux témoins.

A la sortie du livre, le gouvernement a réagi en lançant un plan de contrôle des EHPAD. Auparavant les contrôles n’avaient lieu qu’environ tous les 20 ans, les méthodes et processus de contrôle ont été revus et la HAS a développé un nouveau référentiel commun.

Notre thème de mémoire va donc s’organiser autour de la maltraitance des personnes âgées en établissements et notamment pourquoi la dénonciation est difficile pour les équipes. Nous retiendrons que ce sujet est peu traité et qu’il questionne sur les pratiques professionnelles.

Notre mémoire s’articule dans un premier temps sur une situation vécue par l’un d’entre nous et pourquoi un résident malgré la prise en soins de plusieurs soignants n’a pas fait l’objet d’un signalement de maltraitance ?

Cette situation de non-dénonciation de maltraitance a soulevé un questionnement sur la prise de conscience des professionnels sur ce sujet et le fait que les pratiques professionnelles ne soient pas interrogées ou que les professionnels ne s’interpellent pas entre eux. C’est le résident lui-même qui se confie au medco, les observations des professionnels ne sont pas tracées.

Notre problématique dans la situation initiale est de savoir comment l’IDEC et le MEDCO pourraient lever les barrières psychologiques qui empêchent la dénonciation au sein d’une équipe ?

Afin de traiter le sujet et de répondre à notre questionnement, nous avons mis en place une enquête quantitative en élaborant un questionnaire s’adressant aux différents professionnels travaillant en EHPAD et SSIAD. L’objectif du questionnaire était de nous éclairer et de comprendre pourquoi une situation de maltraitance avérée n’a pas été dénoncée dans une structure de soins dès les premiers constats.

Nous avons également effectué des recherches bibliographiques sur le sujet. Nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur les sites internet référents relatifs au sujet, articles de presse, rapport d'activité, textes de loi et circulaires, articles scientifiques hébergés sur CAIRN.INFO, les RBPP et le dictionnaire classique ou Wikipédia pour les définitions de base.

Dans un premier temps nous expliquerons la maltraitance par le biais de définitions et quelques notions d’histoire. Du point de vue de la législation, nous nous sommes appuyés sur les textes concernant les victimes mais aussi sur ce que l’on risque à ne pas dénoncer. Nous avons fait le point sur les politiques de préventions mises en place par l’Etat, les différentes recommandations et ce que la Direction d’un établissement doit mettre en place.

II. Situation de départ

Nous sommes partis d'une situation vécue par l'un de nous trois dont voici le contexte :

La situation se passe dans un EHPAD de 160 résidents, composé de 4 étages. La nuit, il y a une seule infirmière sur l'établissement et une Aide-Soignante par étage, soit 4.
En fin de journée, un résident de l'EHPAD, patient aphonique, aux séquelles d'un accident vasculaire cérébral qui ne peut donc pas s'exprimer, souhaite s'entretenir avec le médecin coordinateur, il est insistant. Le patient a vu plusieurs professionnels dans la journée, il n'y a eu aucun signalement, une première infirmière n'a rien noté, une seconde a fait un constat dans une transmission mais n'a rien signalé officiellement.
Le médecin accepte de voir le résident. Ce dernier réussit à faire comprendre au médecin qu'il a été battu par une "garde de nuit". Le médecin examine le résident et constate de nombreuses ecchymoses sur le thorax, de couleur jaunâtre, preuve que cela date de plusieurs jours. A la suite de ce constat, le médecin décide de faire le signalement à la direction. L'Aide-soignante de nuit en question est employée depuis 20 ans et syndiquée. La direction prévient la famille et la fille porte plainte auprès du procureur de la république. Une enquête de gendarmerie est alors diligentée. Au niveau de la direction, l'Aide-Soignante est mise à pied, les 2 infirmières n'ayant pas dénoncé les faits ont eu un avertissement.

III. Questionnement :

Cette situation nous a fait réfléchir et nous nous sommes posé plusieurs questions :

- Pourquoi personne n'a fait de signalement avant le médecin ?
- Par peur de représailles ?
- Par Inhibition de dénoncer des collègues ?
- La proximité entre collègues rend il difficile la dénonciation ?
- Quelles sont les barrières psychologiques ?
- Y a-t-il au sein de l'établissement une procédure de signalement ?
- EIG ?
- Quelles sont les RBPP ?
- Quelles sont les Recommandations de l'HAS ?
- Quelles sont les différentes procédures mises en place ?

IV. Problématique :

Les situations de maltraitance en France aujourd'hui sont difficiles à quantifier car les chiffres résultent des signaux d'alerte reçues par les ARS et non par toutes les situations. En effet, sur le terrain, la maltraitance "ordinaire" n'interpelle pas forcément les professionnels. L'IDEC et le MEDCO n'étant pas en prise en charge directe avec les résidents, il nous paraît important d'être à l'écoute des professionnels et des résidents afin de pouvoir déceler toute situation délicate et mettre en place une confiance partagée. Notre problématique dans la situation initiale est de savoir comment l'IDEC et le MEDCO pourraient lever les barrières psychologiques qui empêchent la dénonciation au sein d'une équipe ?

V. **Hypothèse :**

Dans le cadre des missions communes de l'IDEC et du MEDCO, nous retrouvons la coordination des soins et l'animation de l'équipe soignante. Les hypothèses de réponses possibles à notre problématique seraient qu'un management bienveillant contribuerait à faciliter la prise de parole lors des réunions et ainsi autoriserait les professionnels à s'exprimer sur tous leurs questionnements ou problématiques rencontrés dans la prise en charge des résidents. Le rôle de l'IDEC et du MEDCO a son importance dans la prévention des risques ainsi que dans la formation des professionnels à détecter des situations de maltraitance sous toutes ses formes, une analyse des pratiques est aussi essentielle ainsi que la mise en place de procédures écrites.

VI. **Enquête / Questionnaire** :

a) Méthodologie

Nous sommes une petite équipe de trois personnes, une IDEC dans un FAM/SAMSAH (dans le secteur handicap), une IDEC d'Ehpad et un médecin neuropsychiatre futur médecin coordonnateur. Nous nous sommes rencontrés sur les bancs de l'amphithéâtre pendant nos cours communs du DU cité en page de couverture.
Nous avons donc choisi de faire une enquête quantitative en élaborant un questionnaire s'adressant aux différents professionnels travaillant en EHPAD et SSIAD afin de déterminer comment l'IDEC et le MEDCO pourraient lever les barrières psychologiques qui empêchent la dénonciation au sein d'une équipe. Nous avons fait le choix d'un questionnaire auto-administré, en ligne et anonyme. Pour ce faire nous avons transmis le lien de notre questionnaire via des adresses mails des différents EHPAD de notre secteur soit trente-cinq d'établissements. L'objectif du questionnaire était de nous éclairer et de comprendre pourquoi une situation de maltraitance avérée n'a pas été dénoncée dans une structure de soins dès les premiers constats.

Les personnes qui ont reçu le questionnaire sont des personnes issues du même milieu professionnel en capacité de nous faire partager leur expérience.
Le questionnaire a été élaboré en commun à la suite d'un cours magistral à Paris, puis un pré-test a été effectué le 29 juin 2023 en face à face à haute voix auprès de collègues en présentiel dans nos locaux. Ce pré-test nous a permis d'évaluer la clarté du questionnaire et de revoir quelques termes utilisés mal compris. Cela nous a permis également de reformuler deux questions qui paraissaient ambiguës. Après validation, nous avons soumis le lien du questionnaire aux différents professionnels par le biais des adresses mails que nous avons pu récupérer.
Le questionnaire est complètement anonyme et confidentiel, il a été réalisé via le logiciel Ageval® qui est un logiciel de pilotage qualité et de gestion des risques utilisé par l'un de nous dans son poste de travail.

Notre questionnaire de recherche se compose de vingt-cinq questions, pour la plupart fermées, le temps moyen de réponse est d'environ trois minutes, ce qui n'est pas stressant pour les personnes recevant ce questionnaire, ni une perte de temps dans leur travail. Cela favorise également le pourcentage de réponses.

Nous avons décidé de publier ce questionnaire le 7 juillet 2023 avec une date butoir le 5 septembre 2023, ce qui laissait une période de deux mois pour y répondre, sachant que c'était également la période estivale des congés.

b) Avantages et inconvénients du questionnaire :

Un questionnaire en ligne réduit considérablement les coûts de production, ce qui est intéressant à l'heure des économies d'énergie et de matière première. Ça réduit également les délais de mise en œuvre, d'envoi et de réponse puisque cela se fait instantanément. Il n'y a pas de limite géographique.
A l'inverse il n'y a aucun contact avec les répondants, les réponses peuvent être mal comprises et donc non explicables, d'où l'intérêt d'avoir fait un pré-test.

c) Analyse du questionnaire :

Nous avons envoyé trente-cinq questionnaires et nous avons reçu trente et une réponses, soit 88,57% des répondants.
L'échantillon des répondants est intéressant puisque nous avons de tout âge entre 18 et 61 ans a ratio quasi égal. La grande majorité sont des soignants pour plus de 80%, le questionnaire était également soumis aux personnels administratifs comme les Directions d'établissements.
Tous connaissent la définition de la maltraitance et seuls 3,2% n'en connaissent pas les différents types. Nous pouvons en déduire que le sujet est connu de tous.
Concernant les protocoles contre la maltraitance dans les établissements, seuls 64,5% ont répondu par l'affirmative. Cependant une limite de notre questionnaire à postériori, est que nous nous sommes aperçus que notre question était mal formulée puisque nous demandions s'il existait un protocole de maltraitance.
Donc l'analyse de cette question ne peut se faire de manière objective. Nous pouvons penser que les 35,5% personnes ayant répondu qu'il n'existait pas de protocole de maltraitance ont répondu juste, mais nous ne savons pas s'il existe un protocole contre la maltraitance dans leur établissement.
En revanche 83,9% des personnes sondées seraient rassurées d'avoir un protocole, et en souhaiteraient la création s'il n'en existait pas. Cela conforte l'idée d'avoir un support écrit à disposition, et cela pourrait être une action à mener dans les établissements.
Concernant la formation, 58,1% des personnes interviewées ont la capacité de reconnaître une situation de maltraitance. Nous voyons une action supplémentaire à travailler. 58,1% des personnes sondées ont affirmé avoir déjà été maltraitantes et 77,4% s'en être rendu compte seules. Les pourcentages sont élevés et posent question sur les pratiques professionnelles. 80,6% des personnes ayant été maltraitantes ont pu changer leur comportement face à cette maltraitance, ce qui est plutôt rassurant.
A propos des dénonciations de cas de maltraitance, 58,1% des professionnels ont déjà dénoncé un cas de maltraitance. Nous voyons à travers cette réponse que la maltraitance n'est pas cachée, mais qu'en est-il des 41,9% n'ayant jamais dénoncé ? La majorité des personnes n'ayant jamais dénoncé de maltraitance est traduit pas l'absence de maltraitance constatée, cependant 16,1% des répondants n'ont pas dénoncé parce qu'ils ne se sentent pas protégés par leur direction, pour 9,7% pour protéger leurs équipes et pour 16,1% parce qu'ils ne connaissent pas la procédure de dénonciation. Nous voyons là encore plein d'actions à mettre en place.
Nous avons essayé de savoir quel était l'état d'esprit d'une personne ayant dénoncé un cas de maltraitance. La majorité des répondants avec 54,8% nous ont répondus être à l'aise, les 45,2%

restant sont plutôt angoissés et inquiets, ruminent où se sentent coupables. A travers ces chiffres nous voyons bien que la politique de dénonciation n'est pas encore un acte simple et acquis.
Cependant 61,3% des personnes consultées déclarent avoir déjà alerté un collègue sur sa maltraitance avant de faire une dénonciation et 45,2% des personnes alertées ont pu tenir compte des remarques émises. Il est mené un travail en amont des dénonciations, et cela permet de revoir les pratiques professionnelles. 77,4% des personnes consultées répondent également négativement au fait que l'affectif entre collègues est un frein à la dénonciation, aussi 58,1% répondent qu'ils dénonceraient un collègue de longue date. Le temps de collaboration diminue légèrement le fait de dénoncer son collègue. Toujours dans la même logique, 71% pensent qu'il est plus difficile de dénoncer un collègue lorsqu'on vient d'arriver en poste.
Nous avons voulu savoir si une personne référente de la maltraitance au sein des établissements ou institutions serait un atout pour évoquer plus facilement le sujet, 80,6% y sont favorables. Les référents émergent, pour la qualité, pour l'hygiène, pourquoi pas pour la maltraitance ?
61,3% des personnes scrutées connaissent les conséquences liées à la maltraitance en termes de droit, et ce qu'ils peuvent encourir en cas de non-dénonciation. Cela dénote un manque d'information.
Près de 90% avec 87,6% des personnes auditionnées pensent que le management bienveillant à une incidence sur le comportement des salariés, d'où l'importance d'une formation adaptée au niveau managérial.
Nous avons ensuite enquêté pour connaître plus précisément les attentes des équipes en rapport au rôle de l'IDEC ou du MEDCO dans la prévention de la bientraitance, l'écoute des équipes, la formation à la maltraitance et l'accompagnement à la dénonciation de la maltraitance.
Pour les deux premiers items, les réponses sont de 90,3%, 67,7% pour la formation et 77,4% pour l'accompagnement. Au travers de ces quatre réponses, il en ressort très majoritairement que l'IDEC et le MEDCO ont un rôle très important dans la prévention de la maltraitance et dans l'écoute des équipes, mais aussi dans leur accompagnement à la dénonciation. La formation peut être assurée par un intervenant extérieur.
Et pour finir nous avons interrogé les participants pour savoir si la maltraitance est un "sujet tabou". Le résultat est pour le moins surprenant puisqu'il est assez homogène, avec 51,6% de non et 48,6% de oui, alors que la dénonciation à l'air de se faire plus facilement.

d) Conclusion du questionnaire :

Après avoir analysé les 31 questionnaires reçus, nous pouvons conclure que la notion de maltraitance est bien connue dans les établissements de soins, et nous pouvons penser que les salariés sont sensibilisés aux bonnes pratiques. Il en ressort notamment comme une demande d'encadrement supplémentaire et un accompagnement par la direction. La campagne massive d'information dont a profité le pays il y a maintenant quelques années, porte ses fruits, mais la partie est loin d'être gagnée. Afin d'éviter la maltraitance, il faut avoir une "*bonne stratégie de prévention afin d'anticiper certains risques plutôt que d'en traiter les conséquences"*.
(Prévenir, Repérer, Agir : les cahiers de l'UNAPEI, le livre blanc juin 2000).
Les résultats de notre questionnaire confortent ce que nous retrouvons dans la littérature actuelle sur la maltraitance et reflète l'état des lieux ainsi fait au niveau national. Même si la maltraitance est un vieux sujet, le gouvernement a mis l'accent dessus depuis peu et nous constatons que nous sommes encore dans des phases de développement du sujet. La maltraitance n'est pas un sujet que nous abordons au quotidien dans notre travail et le fait de réaliser ce questionnaire nous a permis de faire un point de situation sur les connaissances des professionnels ainsi que leurs attentes. Celui nous permet également de comprendre pourquoi tous les cas de maltraitance ne sont pas dénoncés et de pouvoir en analyser les causes afin d'avancer.

VII. Synthèse bibliographique

Afin de pouvoir répondre à notre problématique et ainsi de pouvoir confirmer notre hypothèse, nous avons fait des recherches. Nous avons pris le parti de nous consacrer uniquement aux sites internet référents au sujet, articles de presse, rapport d'activité, textes de loi et circulaires, articles scientifiques hébergés sur CAIRN.INFO, les RBPP et le dictionnaire classique ou Wikipédia pour les définitions de base. La limite de nos recherches s'est faite dans la difficulté à trouver des données sur les cas de dénonciation de la maltraitance, alors que le sujet lui-même est bien fourni.

Les critères d'inclusion étaient : maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées, maltraitance des personnes vulnérables en institution, dénonciation des cas de maltraitance, aspects juridiques de la maltraitance.

Les critères d'exclusion étaient : maltraitance des enfants, maltraitance à domicile, tous les documents avant 2008.

VIII. Définitions :

La maltraitance est un mauvais traitement infligé à une personne que l'on traite avec violence, mépris, ou indignité. La maltraitance implique un rapport de pouvoir ou domination entre l'auteur et la victime, qui est ainsi souvent dépendante et sans défense.[1]

a) Qu'est-ce que la maltraitance selon l'OMS ?

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Cela peut prendre de multiples formes : physique, psychologique/émotionnel, sexuel, financier ou refléter des formes intentionnelles ou non de négligence ». (OMS.,2002).[2]

[1] https://fr.wikipedia.org/wiki/Maltraitance

[2] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people

b) Définition de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance :

« Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »[3]

La définition est inscrite dans la loi structurant la conduite de l'action sociale et médico-sociale mais aussi le secteur sanitaire (loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants). Cette définition est issue des travaux conduits en 2020 et 2021 par la commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance qui ont permis à la France de se doter d'un vocabulaire partagé de la maltraitance composé d'une définition et d'une caractérisation de ses formes. [4]

c) Plusieurs types de maltraitance sont répertoriés :

- La maltraitance **psychologique** : violence mentale, morale ou émotionnelle caractérisée par des brimades, de l'humiliation, du harcèlement.
- La maltraitance **physique** : coups portés sur la personne âgée ou des soins effectués de manière brutale, des contentions injustifiées, une privation de nourriture, de sommeil.
- La maltraitance **sexuelle** : viol, agression, atteinte sexuelle.
- La maltraitance **financière** ; les vols et différentes fraudes dont peuvent être victimes les séniors.
- La maltraitance **médicale** : atteinte à la santé des personnes en la privant ou en abusant de soins, de médicaments.
- La maltraitance **civique** : personne privée de sa liberté, victime d'une mesure juridique abusive.

A ces différents types on classe aussi : les maltraitances par **inadvertance** (négligences involontaires infligées par des personnes maltraitantes sans le vouloir et le savoir, maltraitance dite aussi **passive,** l'épuisement des aidants par ex.) et les maltraitances **intentionnelles** (violences ou négligences volontaires ayant pour objectif l'intention de nuire à la personne âgée).

[3]https://solidarites.gouv.fr/journee-mondiale-de-lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-agees#anchor-navigation-4

[4] https://solidarites.gouv.fr/agir-contre-les-maltraitances

Actuellement une autre forme de maltraitance est aussi à prendre en compte, la maltraitance **institutionnelle** (mode de gestion d'une situation, organisation des équipes, pratiques managériales, restrictions des libertés individuelles…)

d) La définition de la bientraitance selon l'ANESM dans les RBPP de 2012 :

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être des usagers en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.[5]

IX. Un peu d'histoire :

Le mot *maltraitance* est, d'apparition récente (*Le Robert*, dictionnaire historique de la langue française, indique la date de 1987), il s'applique aux mauvais traitements infligés à des enfants. Il apparaît dans le cadre de travaux sur les enfants maltraités. Il est bien sûr issu du verbe *maltraiter*, lui-même issu du verbe latin *tractare*. Maltraiter apparaît vers 1550 sous la forme de maltraiter pour signifier « traiter durement » et s'emploie couramment par la suite pour « traiter avec violence »

Ce terme est apparu la première fois dans le texte de la loi du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs.[6]

En France, la question de la maltraitance de nos aînés est apparue à la fin des années 80 avec l'association du réseau ALMA (Allô maltraitance) et le professeur René Hugonot. En 1987, il a présidé une commission au sein du conseil de l'Europe et rédigé un rapport consacré aux personnes âgées et intitulé « violences et négligences ».[7]

C'est en 1995, qu'il fonde l'association ALMA (allô maltraitance personne âgée), un centre d'écoute qui a pour but de prévenir, conseiller et aider. Elle est constituée d'écoutants bénévoles qui transmettent aux autorités compétentes le soin d'évaluer les situations.

Depuis le 5 février 2008, il existe un numéro national dédié aux victimes et témoins de maltraitances envers des personnes âgées et adultes en situation de handicap, c'est le **3977.**

[5] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bientraitance.pdf
[6] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000509315/
[7] https://alma-paris.org/connaitre-alma-paris/notre-histoire/

D'après le rapport d'activité 2021 d'ALMA Paris (le rapport 2022 n'étant pas encore publié), les demandes de traitements des dossiers subissent une hausse de près de 40% entre 2020 et 2021, ainsi que 37% entre 2019 et 2020, dues à une campagne de communication active sur les trois dernières années (médias, flyers, sites internet…) En 2021, 17% des dossiers proviennent de plaintes issues des établissements, comme les Ehpad, la majorité des maltraitances ont lieu au domicile. Il rapporte également une baisse de la maltraitance en institution d'environ 9% entre 2020 et 2021, probablement en lien selon eux avec la fin des confinements et des périodes de crise sanitaire aiguë. En 2021 80% des plaintes de maltraitance concernent les personnes âgées, public plus vulnérable, et pour ⅔ pour des femmes. En établissement 93% des plaintes enregistrées mettent au cause le personnel et l'organisation dont près de la moitié seraient dues à des négligences. Seuls 15% de ces plaintes émanent d'un signalement de professionnels. La majorité des plaintes sont signalées par les familles. Pour 41% des signalements, la maltraitance initiale n'est pas confirmée, après l'analyse et la clôture des dossiers de demandes.

En 2011, l'ONU proclame le **15 juin**, journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

Depuis les années 2000, l'Etat mène une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance : en 2018, Agnès Buzyn, ministre de la Solidarité et de la Santé, met en place une Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, en 2019, mise en place d'une concertation grand âge pour faire des propositions de réformes.[8]

X. La politique de prévention en France :[9]

C'est l'ensemble des mesures prises par l'Etat pour limiter les effets d'un risque.

L'État est garant de la protection des personnes vulnérables et de leurs droits.

Cette politique fait partie intégrante de l'aide à l'autonomie et de l'action sociale et médico-sociale. Elle se structure en 4 axes principaux :

- Faciliter le repérage, l'alerte et le traitement des risques et situations de maltraitance à travers le numéro national 3977 dédié aux victimes et témoins de maltraitances envers les personnes âgées et adultes en situation de handicap et à travers l'obligation de signalement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, fixée au L. 331-8-1 du CASF ;
- Accompagner les professionnels en assurant un contrôle de la qualité des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) notamment grâce à la mise en place d'un référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS.
- Améliorer la connaissance de ces phénomènes complexes
- Favoriser une culture d'un accompagnement bientraitant des personnes en situation de vulnérabilité grâce à différents outils : recueil de bonnes pratiques (guide de l'ANESM

[8] https://solidarites.gouv.fr/agir-contre-les-maltraitances
[9] https://solidarites.gouv.fr/agir-contre-les-maltraitances

2009), élaboration d'une charte éthique pour le grand âge, rénovation des dispositifs de participation au sein des ESSMS

Cette politique est pilotée au niveau national par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Elle est déclinée sur les territoires par les directions régionales et départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DR/DDETS) et les agences régionales de la santé (ARS).

Dans le cadre de la construction de la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances, Jean-Christophe Combe, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, et Geneviève Darrieussecq, ministre déléguée chargée des Personnes handicapées, ont lancé en mars 2023 les États généraux des maltraitances afin d'aborder la question des maltraitances subies par les personnes âgées, en situation de handicap et en situation de précarité avec les experts et les acteurs du secteur mais également les personnes concernées. L'ambition du ministre des Solidarités est de traiter de manière plus efficace et plus rapide les alertes de maltraitances envers les personnes. Ainsi, ces États généraux s'articulent autour de trois séquences menées conjointement, dans une logique interministérielle, afin d'enrichir la construction de la stratégie qui sera présentée à l'automne 2023.[10]

Le défenseur des droits publie un rapport le 16 janvier 2023 sur le suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées en Ehpad.[11] Dix-huit mois après la publication de 64 recommandations en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes accueillies en Ehpad, le bilan n'est pas satisfaisant. Malgré la prise de conscience des autorités publiques, encore trop de réclamations dénoncent l'atteinte aux droits des personnes âgées en institution. 43% de ces réclamations relèvent d'une maltraitance par excès ou négligence et 46% de ces saisines alertent sur les entraves à la vie privée et à la liberté d'aller et venir.

Pour lutter contre la maltraitance, l'État renforce ses actions et les actions dans les Ehpad.

"*Après le choc des consciences en 2022, il faut reconstruire la confiance dans l'intérêt des personnes âgées et de leur famille*."[12] Jean-Christophe Combe. Cela annonce les contrôles par les ARS : plusieurs points de conformités vont alors être visés, notamment la prévention de la maltraitance.

Le 11 avril 2023 l'HAS publie une note de cadrage concernant l'évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur les personnes majeures en situation de vulnérabilité[13]. Cette note intervient dans le champ du domicile et fait naître une seconde note le 26 avril 2023 sur le déploiement de la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en institution. [14]

---

[10] https://solidarites.gouv.fr/lancement-des-etats-generaux-des-maltraitances

[11] Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées en Ehpad 01/2023, disponible sur https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2023/01/suivi-des-recommandations-du-rapport-sur-les-droits-fondamentaux-en-ehpad

[12]https://solidarites.gouv.fr/controles-transparence-lutte-contre-les-maltraitances-letat-renforce-ses-actions-dans-les-ehpad

[13] https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/nc_outil_mif_vd_pour_publication.pdf

[14]https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/note_cadrage_bientraitance_maltraitance_institutions_2023-05-11_15-35-4_387.pdf

XI. Que disent les RBPP ?

Les RBPP sont les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, dans le secteur médico-social élaborées par l'ANESM et l'HAS depuis 2018. Elles permettent aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité de leurs accompagnements.

En 2012, les recommandations de l'ANESM proposent des points des conduites à tenir et les pratiques à développer pour permettre aux institutions et aux équipes d'encadrement de construire leurs propres démarches en fonction de principes fondamentaux et de développer une culture de la prévention et du traitement des phénomènes de maltraitance à tous les niveaux de l'organisation et pour tous les acteurs (équipe d'encadrement, les professionnels, les usagers et les familles).[15]

La circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, fait un rappel sur les RBPP de l'ANESM relatives à la bientraitance par sa définition et ses repères pour la mise en œuvre, les missions du responsable d'établissement et le rôle d l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement, la prévention, le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique des personnes âgées, la qualité de vie en Ehpad et la qualité de vie en MAS.[16]

Depuis 2015, les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil doivent informer sans délai les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. Un décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et un arrêté du 28 décembre 2016 précisent les conditions de cette information.[17]

En décembre 2022, le cabinet ministériel des Solidarités a fait la demande à l'HAS de mettre en place un outil d'évaluation des risques de maltraitance et d'évaluer les retours d'expérience concernant les situations de maltraitances dans les établissements. L'objectif de ce travail est d'élaborer un guide dans le but d'harmoniser les pratiques dans le déploiement de la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance (repérage et analyse) en institutions pour les personnes adultes vulnérables.

[15] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835208/fr/mission-du-responsable-d-etablissement-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance

[16] https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-04/ste_20140004_0000_0060.pdf p7 p8

[17] https://solidarites.gouv.fr/agir-contre-les-maltraitances

XII. Législation :

En droit, la législation désigne l'ensemble des lois d'un Etat.

L'article 48 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale précise : « *Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, 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, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande. »*[18]

L'article L 331-8-1 du CASF « *Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.* » Cela permettra aux autorités de contrôle de saisir le procureur de la République de faits susceptibles d'avoir une qualification pénale.

L'article 1 du décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 du CASF *« le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal. ».*[19] Le décret précise la procédure de signalement d'évènement indésirable.

L'article 313-13 du CASF[20] permet de diligenter des contrôles, préventifs ou inopinés, ainsi que des inspections. Elles disposent à cet effet des moyens d'inspection et de contrôle de l'ARS. « *Pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant, en vertu du I du présent article, de la compétence du représentant de l'Etat, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé* »

Circulaire DGCS/2A n° 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la

[18] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/
[19] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033670880
[20] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000046812990/2022-12-25

bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS[21] remplacée par la Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014.

La loi n°2022-140 du 7 février 2022 instaure une nouvelle définition de la maltraitance par la création de l'article L119-1 du CASF. Cette définition est le résultat de la démarche faite par la Commission nationale pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, citée au paragraphe 2 b).

XIII. Événements indésirables :

L'événement indésirable (EI) est un événement non souhaité qui peut affecter la santé et la sécurité d'une personne.

L'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées. Mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.[22] Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge en font partie.

a) Quels événements doivent être signalés à l'ARS ?[23]

Il faut informer au plus tôt l'ARS afin de détecter, dans les meilleurs délais, des situations à risque et de gérer immédiatement les situations les plus graves.
Il s'agit d'événements indésirables, exceptionnels et dramatiques survenus dans les établissements de santé et médico-sociaux, et qui pourraient menacer la santé ou compromettre la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure.
Il peut s'agir d'événements concernant la santé, concernant la sécurité, concernant le fonctionnement de l'établissement

b) Qui peut déclarer un événement ?

Seuls les professionnels peuvent signaler un événement auprès de leur ARS.

c) Quelle procédure ?

Les incidents peuvent être signalés par téléphone ou par mail au service de permanence de l'agence : immédiatement pour les situations les plus graves, sous 48 heures maximum pour les autres événements par téléphone, dans un premier temps, puis par écrit (via une fiche de signalement).[24] Tout signalement nécessitant une réponse urgente doit être doublé d'un appel téléphonique.

[21] https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/38073
[22] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033749053/
[23] https://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-4
[24] modèle de fiche de signalement disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-10/MDO-EIG-Formulaire-Medico-social.pdf ou https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-05/FORMULAIRE%20DE%20TRANSMISSION%20%20arr%C3%A9t%C3%A9%20du%2028%20d%C3%A9cembre%202016.pdf a voir selon votre région.

XIV. Conséquences liées à la maltraitance des personnes vulnérables en termes de droit :

Nul n'est censé ignorer la loi, voici donc un aperçu des lois et des sanctions prévues en cas de maltraitance ou de non-dénonciation de maltraitance.

Au niveau juridique, la maltraitance se traduit par un ensemble de comportements ou d'attitudes touchant des personnes "*vulnérables*", organisé dans un climat de confiance ou de dépendance, engendrant ainsi une détresse ou des blessures. Par le qualificatif : vulnérable, il faut donc comprendre des personnes menacées dans leur autonomie, leur dignité, leur intégrité physique et psychique.[25] Le droit Européen parle de personne hors d'état de se défendre ou ayant des difficultés à se protéger. Il est difficile et délicat de dissocier les personnes handicapées, les personnes en situation de précarité et les personnes âgées. Ce qui reflète parfaitement notre domaine d'exercice, en Ehpad et en SSIAD.

Dans l'article[26] "La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection", publié par Clémence Lacour dans les cahiers de Gérontologie et société (2009/4 vol.32/N°131), il est également mis en évidence la difficulté de protéger une personne âgée vulnérable. Cela relève du droit civil pour tout ce qui concerne les mises sous protection juridique et le droit pénal au travers des sanctions.

Nous pouvons retrouver plusieurs domaines du droit concernant la protection des personnes vulnérables :

- Droit pénal avec la protection de la personne d'une particulière vulnérabilité, selon la loi du 22 juillet 1992 réformant le Code pénal,
- Le droit de l'aide et de l'action sociale avec la définition du droit des usagers et l'encadrement juridique de l'entrée en institution, par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- La mise en place d'un dispositif de surveillance et d'alerte en cas d'évènements climatiques exceptionnels par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées,
- La création de la mesure d'accompagnement social et personnalisée par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs,
- Le droit médical avec la définition des droits du malade et l'encadrement juridique de la décision médicale par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades,
- Et le droit civil avec la création de la mesure d'accompagnement judiciaire avec la loi du 5 mars 2007 précitée.

Le signalement de maltraitance prend tout son sens. Le Code pénal incite la dénonciation de la maltraitance au travers des signalements. Le Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et d'une amende de 375 000 euros d'après l'article 223-15-2 : "*toute personne ayant abusé frauduleusement de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse d'une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, afin de conduire cette personne à un acte ou à une abstention gravement préjudiciable. "* (Abus de faiblesse).

---

[25] Contribution du CNCPH le 26/05/2023 aux EGM envers les adultes en situations de vulnérabilité. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Avis-CNCPH-Etats-generaux-des-maltraitances-octobre-2023.pdf

[26] https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-187.htm

La non-assistance à une personne âgée maltraitée est également sanctionnée par le Code pénal à travers l'article 434-3[27] "*et prévoit ainsi une peine de trois ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende pour la personne qui n'aurait pas informé les autorités judiciaires ou administratives alors qu'elle a eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à une personne âgée*."

XV. Rôles et missions des directions des établissements ou des institutions médico-sociales dans la prévention et la formation de la maltraitance.

Tout établissement sanitaire et médico-social doit avoir une politique définie de lutte contre la maltraitance. Cette politique doit suivre un schéma classique :

- Connaître, faire connaître et appliquer les RBPP par de l'information et des formations.
- Effectuer des contrôles et des auto-évaluations des pratiques de bientraitance ou de repère de la maltraitance.
- Améliorer le signalement, en rédigeant une charte de confiance ou de non-punition.
- Développer le dispositif d'alerte et assurer un suivi des remontées d'informations en créant une procédure de signalement s'appuyant sur les protocoles et les formulaires issus des groupes de travail et des RETEX des autorités administratives compétentes (ARS…)
- Traiter et analyser les informations remontées (signalements), par le biais des analyses des événements indésirables graves (EIG) (méthodes ALARM, CREX ORION, ...). Suivre les signalements en étant en contact avec les référents de chaque ARS, s'assurer de l'alimentation du système d'information PRISME (Prévention des Risques - Inspection - Signalement - Maltraitance en ESMS)
- Renforcer les contrôles dans les établissements par des évaluations externes.

XVI. CONCLUSION :

Notre questionnement a débuté par une situation vécue par l'un d'entre nous, nous nous sommes donc interrogé pourquoi la dénonciation de la maltraitance est difficile pour les équipes et comment l'IDEC et le MEDEC pouvaient lever ces freins afin d'aider les équipes au quotidien dans l'accompagnement au bien-être de la personne âgée institutionnalisée.

Nous avons constaté dans nos recherches et lectures diverses que les dénonciations des cas de maltraitance en institution sont sous-évaluées. Le gouvernement semble en prendre conscience et tente de mettre en place des nouveautés. Nous avons tenté de comprendre pourquoi les chiffres remontés aux différentes autorités administratives ne correspondaient pas à la réalité des terrains. Quoique l'ensemble des professionnels soient en pleine conscience de la maltraitance, il n'en reste pas moins que la dénonciation n'est pas encore acquise. Malgré

[27] https://droit-finances.commentcamarche.com/famille/guide-famille/105-maltraitance-des-personnes-agees-alerte-et-sanctions/

l'existence de procédures peu connues des équipes, et à cause du manque de confiance envers les directions, mais aussi pour protéger les collègues, le silence gagne.

Des pistes de réflexion ressortent de notre questionnement comme le management participatif et de proximité qui pourrait être un levier dans la libération de la parole et permettrait une réelle écoute, la mise en place d'analyse des pratiques, d'une personne référente, former les équipes aux signes de maltraitance et à l'évaluation des risques.

La mise en place du nouveau référentiel de la HAS oblige les directions à mettre en place un plan d'action et de prévention de la maltraitance ce qui peut mettre en perspective des outils à disposition des professionnels.

De même, les états généraux de la maltraitance ont réuni personnes concernées, aidants, accompagnants, professionnels, bénévoles, professeurs, élèves et étudiants, chercheurs et experts. Leurs concertations ont permis de mettre en avant des constats, des propositions en sont ressorties afin d'aider le gouvernement à mettre en place des stratégies pour la lutte contre les maltraitances.

L'IDEC et le MEDEC jouent un rôle important dans la levée des barrières psychologiques qui sont un frein à la dénonciation, tant par l'accompagnement, l'écoute et le soutien, que par la formation et la prévention. Ils sont les éléments clé au niveau du management des équipes et de la coordination des soins.

La maltraitance vit de la complicité par la peur et meurt de la dénonciation par le courage.

Patrick-Louis RICHARD

XVII. RÉSUMÉ

Notre sujet de mémoire s'est orienté vers un manque de dénonciation de cas de maltraitance dans les structures accueillant des personnes vulnérables, après en avoir fait le constat d'après une situation vécue. Cela nous a questionné sur un ensemble de points relatifs à l'organisation des procédures en établissement, le climat de confiance des salariés et leur connaissance du sujet. Nous avons émis l'hypothèse que l'IDEC et le MEDCO jouent un rôle important dans la relation de confiance, de bientraitance des équipes, l'analyse des pratiques professionnelles, la mise à jour des protocoles, la prévention, la formation, et l'accompagnement à la dénonciation. Nous avons tenté de démontrer notre hypothèse par le biais d'une enquête quantitative diffusée par mail à des professionnels du même secteur médico-social dont les résultats principaux montrent que le concept de maltraitance est bien connu des équipes, il en ressort également un besoin de soutien par l'encadrement et une nécessité d'approfondir les méthodes de signalement. Notre enquête nous a permis de répondre à notre hypothèse de départ, et correspond à l'état des lieux des informations trouvées dans la littérature. Malgré toutes les dispositions mises en place pour lutter contre la maltraitance, le chemin reste long. Des travaux et des directives sont en cours pour continuer le développement de la lutte contre la maltraitance en France. Nous pouvons suivre le rapport de la concertation des états généraux des maltraitances dernièrement paru (02/10/2023) dans lequel sont proposés plusieurs objectifs.

Mots clé : Maltraitance – Personnes vulnérables – Rôle de l'IDEC et du MEDCO -

ABSTRACT

Our dissertation topic focused on a lack of reporting of cases of mistreatment in structures welcoming vulnerable people, after having observed this based on an actual situation. This made discute us to reflect upon a set of points relating to the organization of procedures in the establishment, the atmosphere of mutual trust among employees and their knowledge of the subject. We hypothesized that IDEC and MEDCO play an important role in the relationship of trust, good treatment of teams, analysis of professional practices, updating of protocols, prevention, training, and support for denunciation. We attempted to demonstrate our hypothesis through a quantitative survey distributed by email to professionals in the same medico-social sector, the main results of which show that the concept of mistreatment is well known to the teams, it also revealed a need for support from management and a need to improve reporting methods. Our investigation allowed us to respond to our initial hypothesis, and corresponds to the state of the information found in the literature. Despite all the measures put in place to fight against mistreatment, the road remains long. Work and directives are underway to continue the development of the fight against mistreatment in France. We can follow the report of the consultation of the general states of mistreatment recently published (02/10/2023) in which several objectives are proposed.

Keyword : Mistreatment – Vulnerable people – Role of coordinator nurse and coordinating doctor –

XVIII. GLOSSAIRE

ALARM : Association of litigation and risk management (méthode d'analyse systématisée des évènements indésirables)

ALMA : Allô Maltraitance des Personnes âgées

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code des Affaires Familiales et Sociales

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DDETS : Direction Départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DR : Direction régionale

DRETS : Direction Régionale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG : Événement indésirable grave

ESSMS : Établissements ou Services Sociaux et Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmière coordinatrice

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MEDCO : Médecin coordonnateur

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ONU : Organisation des nations unies

ORION : Méthode d'analyse de Mr ORION analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière, adapté à tous établissements de santé.

PRISME : Prévention des Risques - Inspection - Signalement de la Maltraitance en ESSMS

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RETEX : Retour d'Expérience

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

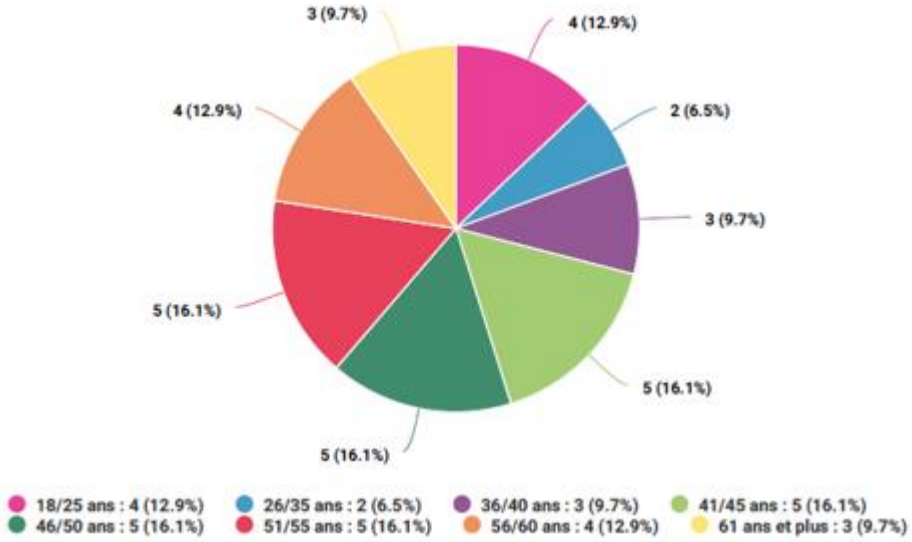
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

UNAPEI : Union National des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

XIX. Annexes

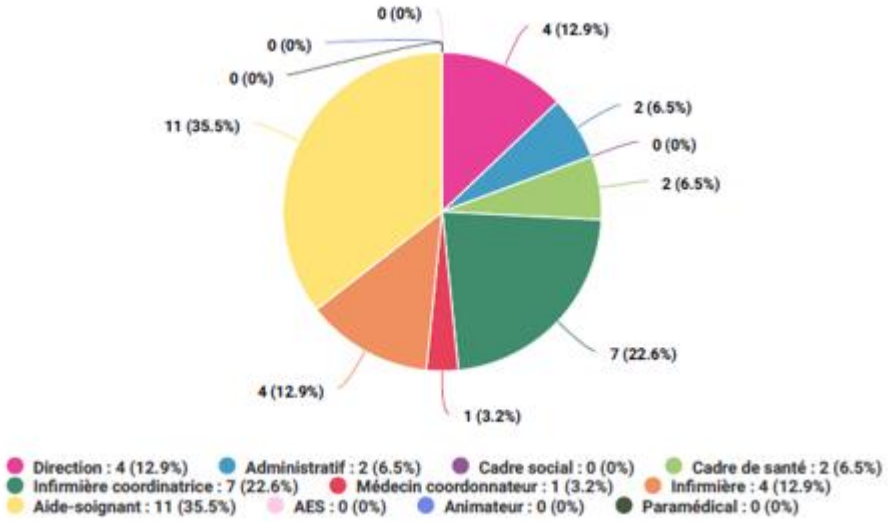
Annexe 1 : Les résultats de notre questionnaire

1) Quelle est votre tranche d'âge ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



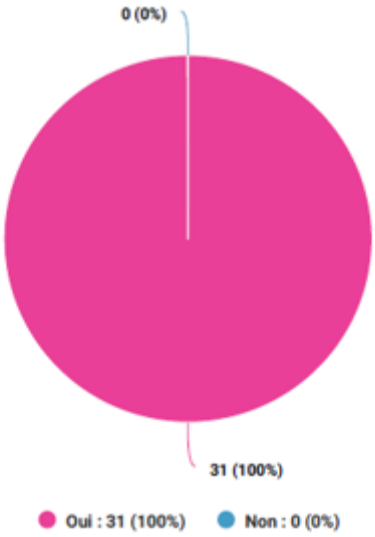
Par ce graphique, nous nous apercevons que les personnes ayant répondus ont un âge entre 18 et plus de 61 ans. Nous retrouvons un échantillon de tous les âges, ce qui est intéressant pour notre étude.

2) Quelle est votre fonction ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



Nous constatons que la majorité des réponses concerne des aides-soignants pour 35.5%, l'ensemble des soignants représente plus de 80%

3) Connaissez-vous la définition de la maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)

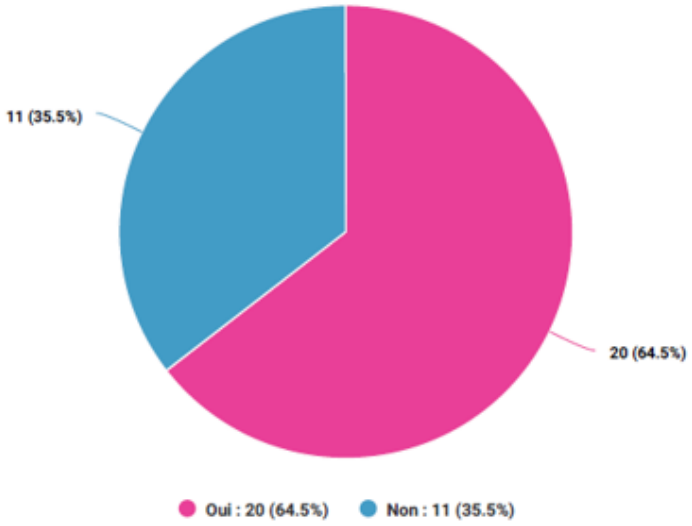


100% des personnes interrogées connaissent la définition de la maltraitance, l'information et la formation est appliquée dans l'ensemble des établissements questionnés. C'est rassurant. Cela démontre également que les personnes interrogées n'appartenant au soin, sont également sensibilisées.

4) Connaissez-vous les différents types de maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)

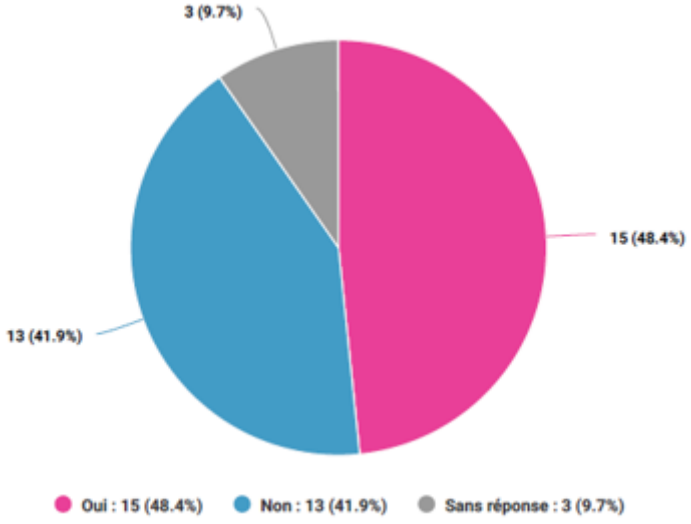
Le pourcentage des personnes ne connaissant pas les différents types de maltraitance est assez faible.

5) <u>Existe-t-il un protocole de maltraitance dans votre établissement ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)</u>



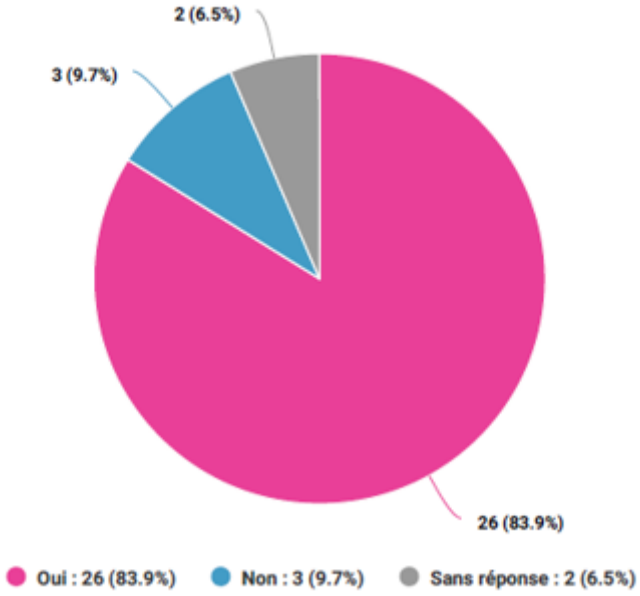
Une des limites de ce questionnaire est la formulation des questions, en effet nous nous apercevons que cette question est mal formulée.
Nous pouvons supposer que 2/3 des établissements sondés ont rédigé un protocole de lutte contre la maltraitance et non pas un protocole de maltraitance. Et nous pouvons supposer également que le tiers restant n'a réellement pas rédigé de protocole de maltraitance.

6) <u>S'il existe, le connaissez-vous ? (28 réponses, 70 % des répondants)</u>



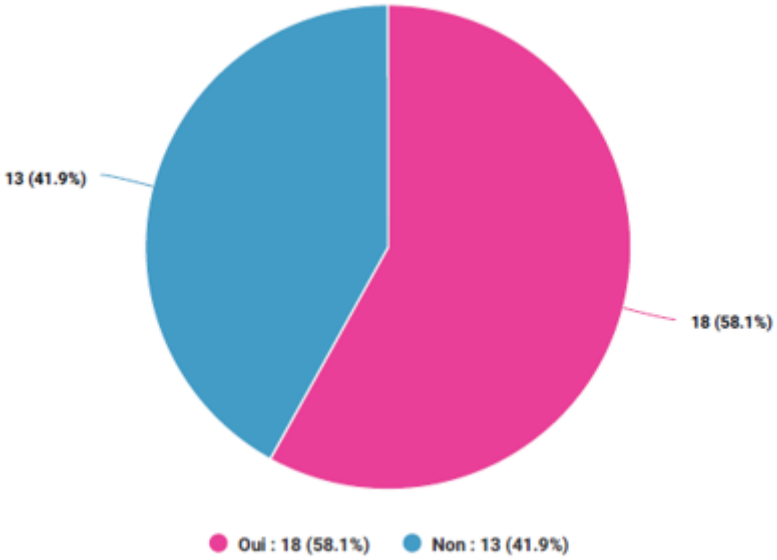
Nous voyons que dans la moitié des établissements dans lesquels travaillent les personnes interrogées, le protocole de lutte contre la maltraitance est connu. C'est assez peu, la promotion de celui-ci devrait être plus soutenue.

7) S’il n’existe pas de protocole de maltraitance, en créer un, vous rassurerait-il ? (29 réponses, 72,5 % des répondants)



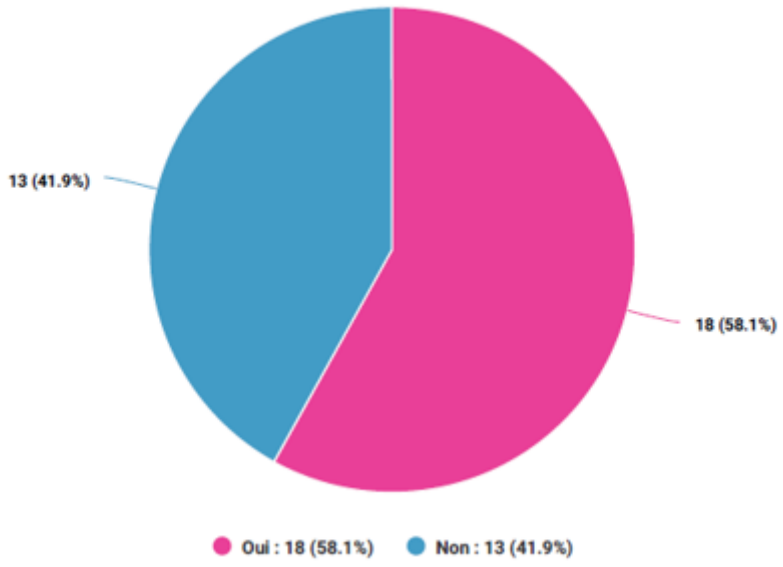
83.6%, soit une grosse majorité des personnes ayant répondu serait rassurée d'avoir un support. Cela conforte l'idée d'avoir un protocole écrit à disposition.

8) Êtes-vous formé à la maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



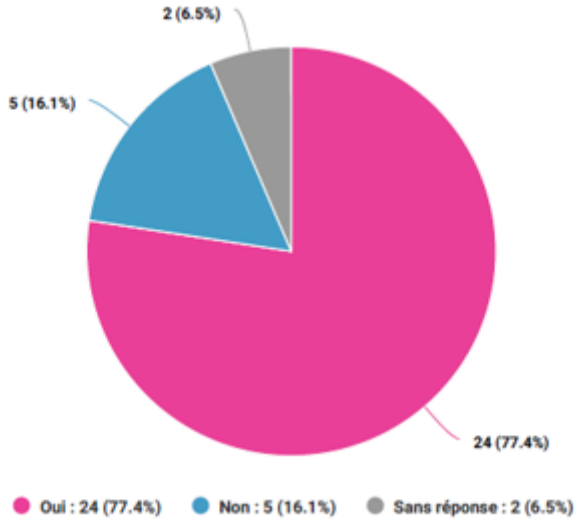
Par ces réponses, nous nous apercevons que la formation pour reconnaître la maltraitance n'est pas encore suffisante. L'ensemble des personnels devrait être formé systématiquement. Nous voyons clairement une action à travailler.

9) Pensez-vous avoir déjà été maltraitant ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



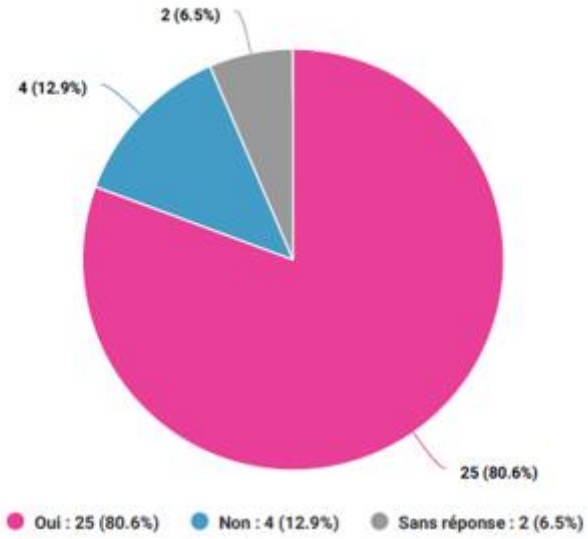
Près de 60% des répondants nous informent avoir déjà été maltraitants. C'est un chiffre important, signe d'honnêteté, mais effrayant. Il aurait été intéressant de connaître anonymement les contextes de maltraitance.

10) Si vous pensez avoir été maltraitant, vous en êtes vous rendu compte seul ? (29 réponses, 72,5 % des répondants)



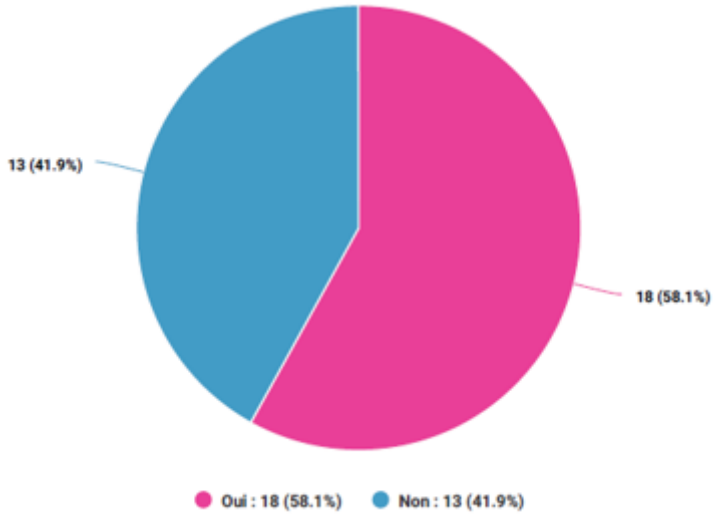
Plus de 3/4 des personnes ayant été maltraitantes s'en sont rendu compte seul, ce qui est intéressant et rassurant. Mais cela amène à une autre question ? La maltraitance peut être induite par l'institution ? Nous n'avons pas cette réponse.

11) Vous étant aperçu de votre maltraitance, avez-vous modifié votre comportement ? (29 réponses, 72,5 % des répondants)



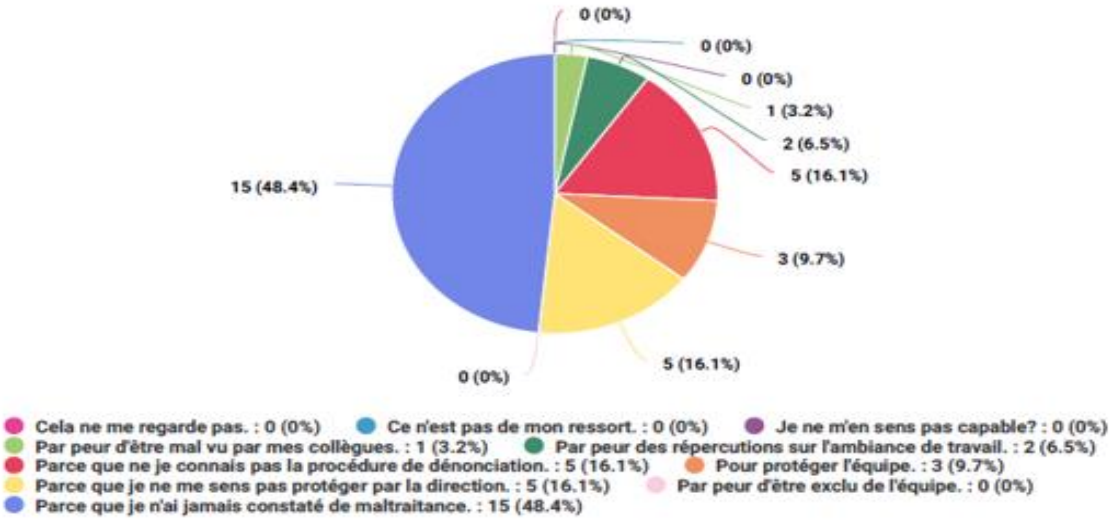
Plus des 3/4 des répondants ont pu changer leur comportement, ce qui est dans la continuité de la question précédente.

12) Avez-vous déjà dénoncé un cas de maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



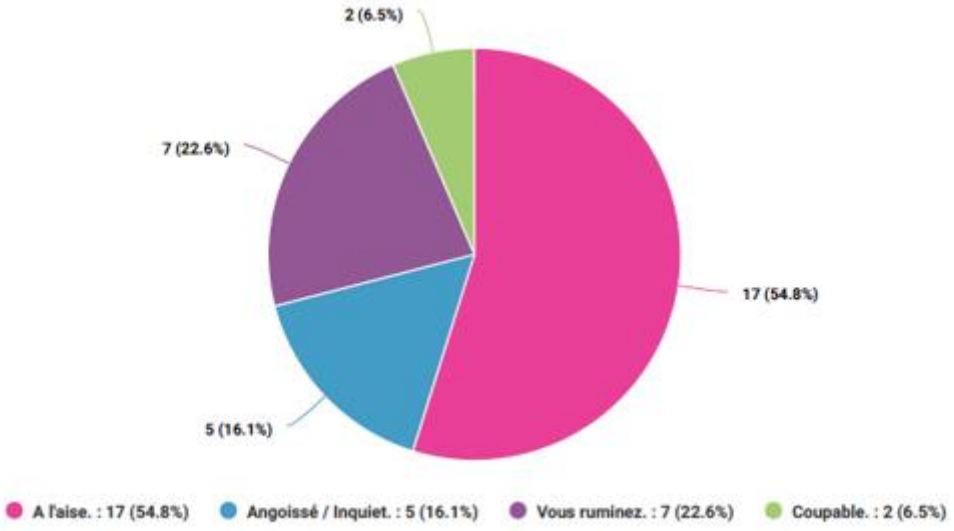
Nous pouvons analyser à travers cette réponse majoritairement positive, que la maltraitance est dénoncée et non pas cachée. Il reste malgré tout un travail dans plus 40% des établissements enquêtés à moins qu'il n'y ait pas eu de cas de maltraitance avéré au sein de ces Établissements.

13) Pourquoi n’avez-vous pas dénoncé de cas de maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



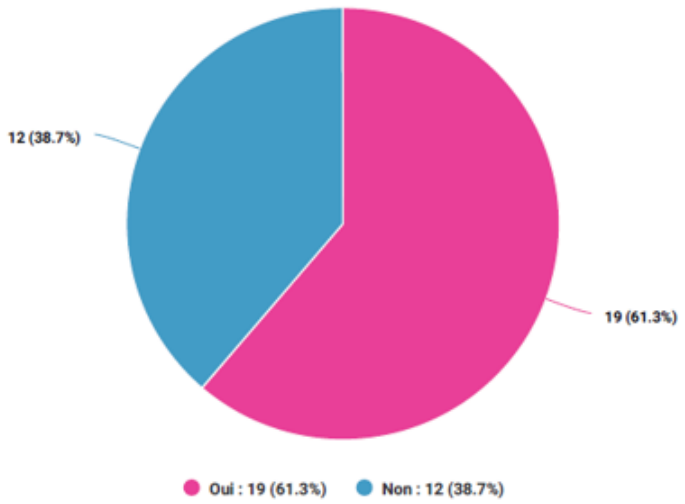
En effet, à travers cette réponse, la majorité des réponses relate le fait qu'il n'y ait pas eu de maltraitance. En ce qui concerne la maltraitance non dénoncée, la majorité des réponses reflètent un manque de confiance envers la direction ou une méconnaissance de la procédure de dénonciation.

14) Vous constatez un cas de maltraitance et le dénoncez. Comment vous sentez-vous ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



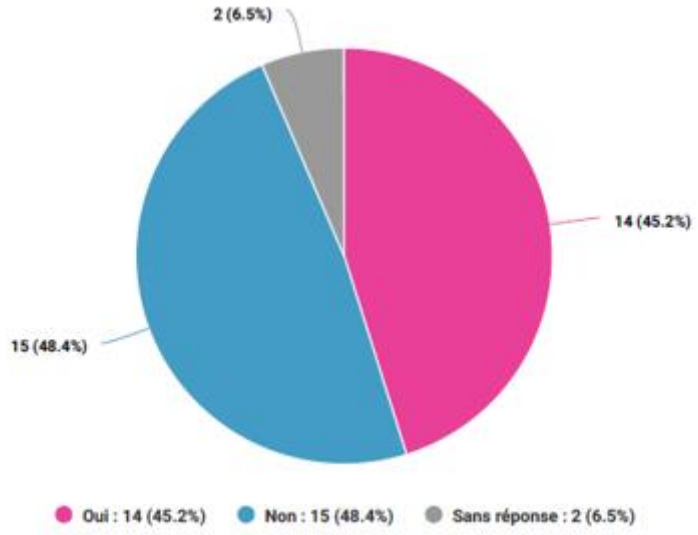
Étonnamment la majorité des personnes sondées sont à l'aise dans la dénonciation de la maltraitance, très peu se sentent coupables.
C'est encourageant.

15) Avez-vous déjà alerté un(e) collègue sur sa maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



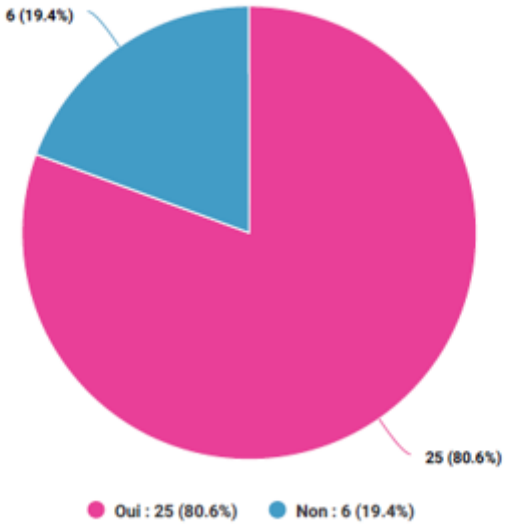
A travers ces réponses, nous pouvons comprendre que le dialogue et les échanges se font entre collègues lorsqu'un signe de maltraitance survient et que la dénonciation de maltraitance peut être la résultante d'un comportement inchangé.

16) Si vous avez déjà alerté un(e) collègue sur sa maltraitance, a-t-il (elle) tenu compte de vos remarques ? (29 réponses, 72,5 % des répondants)

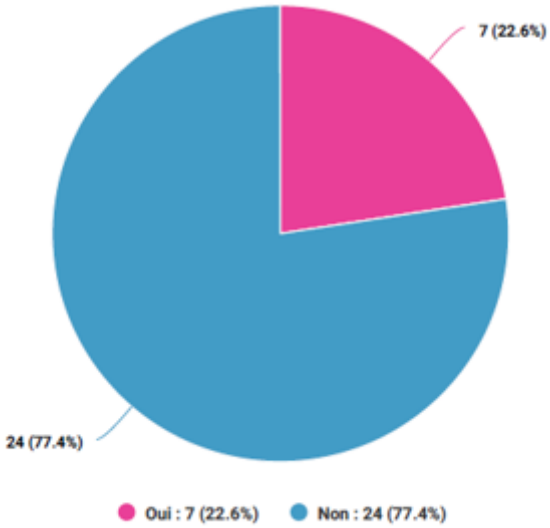


Dans plus de 45% des cas, la communication a permis d'éviter des comportements maltraitants et/ou les récidives. Ils persistent néanmoins plus de réponses dans le cas inverse.

17) Pensez-vous qu'une personne "référente maltraitance" permettrait d'évoquer le sujet plus facilement ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)

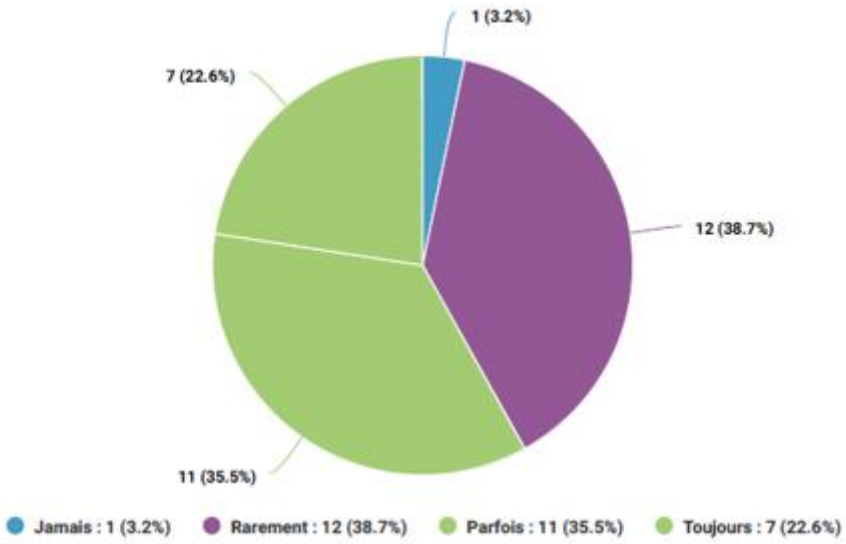


18) Le lien avec vos collègues est-il un frein à la dénonciation de la maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



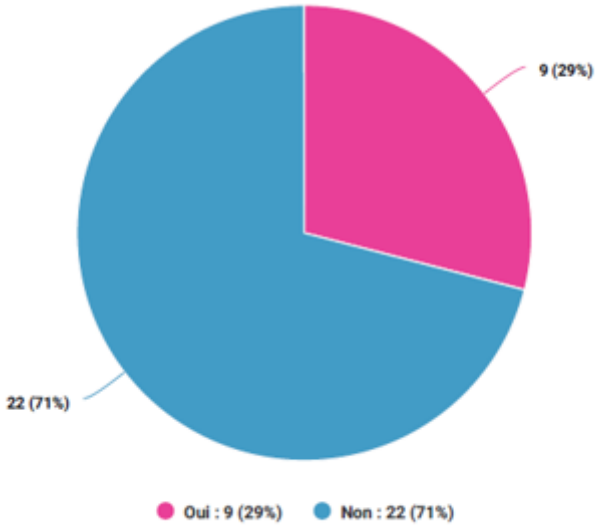
Plus de 3/4 des réponses désignent que l'affectif entre collègues n'entrave pas la dénonciation de la maltraitance s'il y a.

19) Pensez-vous que lorsque l'on découvre qu'un(e) collègue de longue date est maltraitant(e), on le dénonce ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



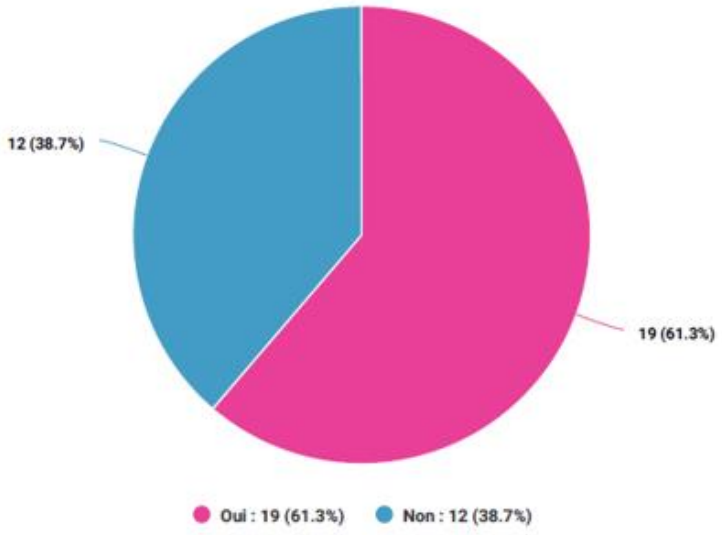
Les réponses sont en adéquation avec la question précédente, cependant le temps de collaboration diminue légèrement le fait de dénoncer son collègue.

20) Pensez-vous qu'il est plus facile de dénoncer un(e) collègue quand on vient d'arriver dans une équipe ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



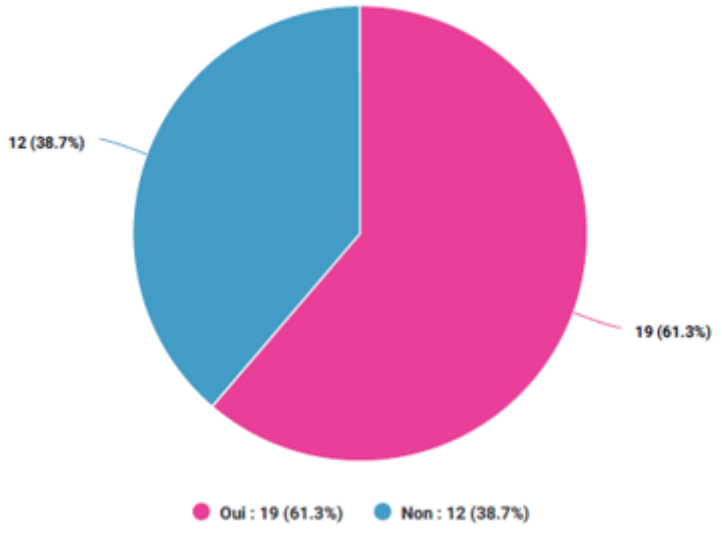
Toujours dans la logique des questions précédentes, le fait de ne pas connaître ses collègues et d'être jeunes arrivés dans une équipe met des freins à la dénonciation de la maltraitance.

21) Connaissez-vous les conséquences liées à la maltraitance en matière de droit ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)

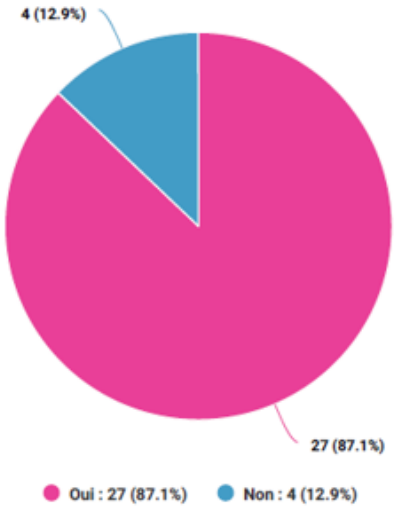


Au même titre que la question suivante, 61.3% des personnes questionnées connaissent les conséquences liées à la maltraitance en matière de droit ou de sa non-dénonciation si elle est avérée. Plus d'1/3 des personnes interrogées ne le savent pas. Cela dénote d'un manque d'information en la matière.

22) Savez-vous ce que vous encourez en matière de droit si vous ne dénoncez pas la maltraitance ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



23) Pensez-vous que le management bienveillant a une incidence sur le comportement des salariés ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)

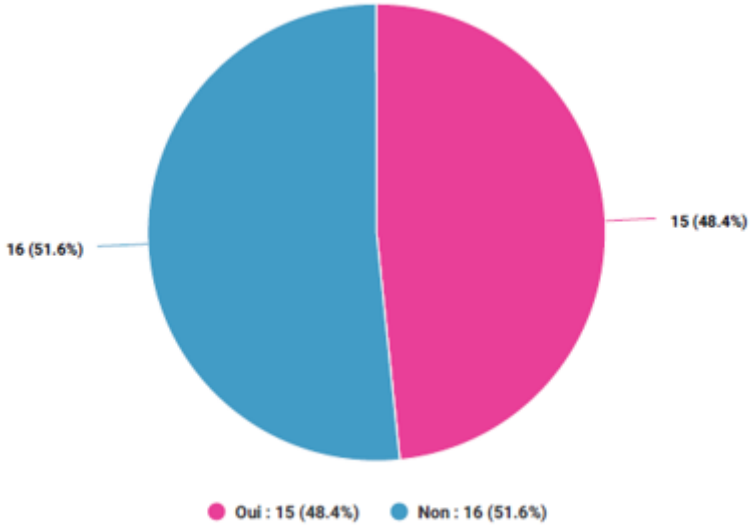


Presque 90% des personnes auditionnées pensent que le management bienveillant à une incidence sur le comportement des salariés, d'où l'importance d'une formation adaptée au niveau managérial.

24) Pensez-vous que le MEDCO et l'IDEC ont un rôle dans ; (31 réponses, 77,5 % des répondants)

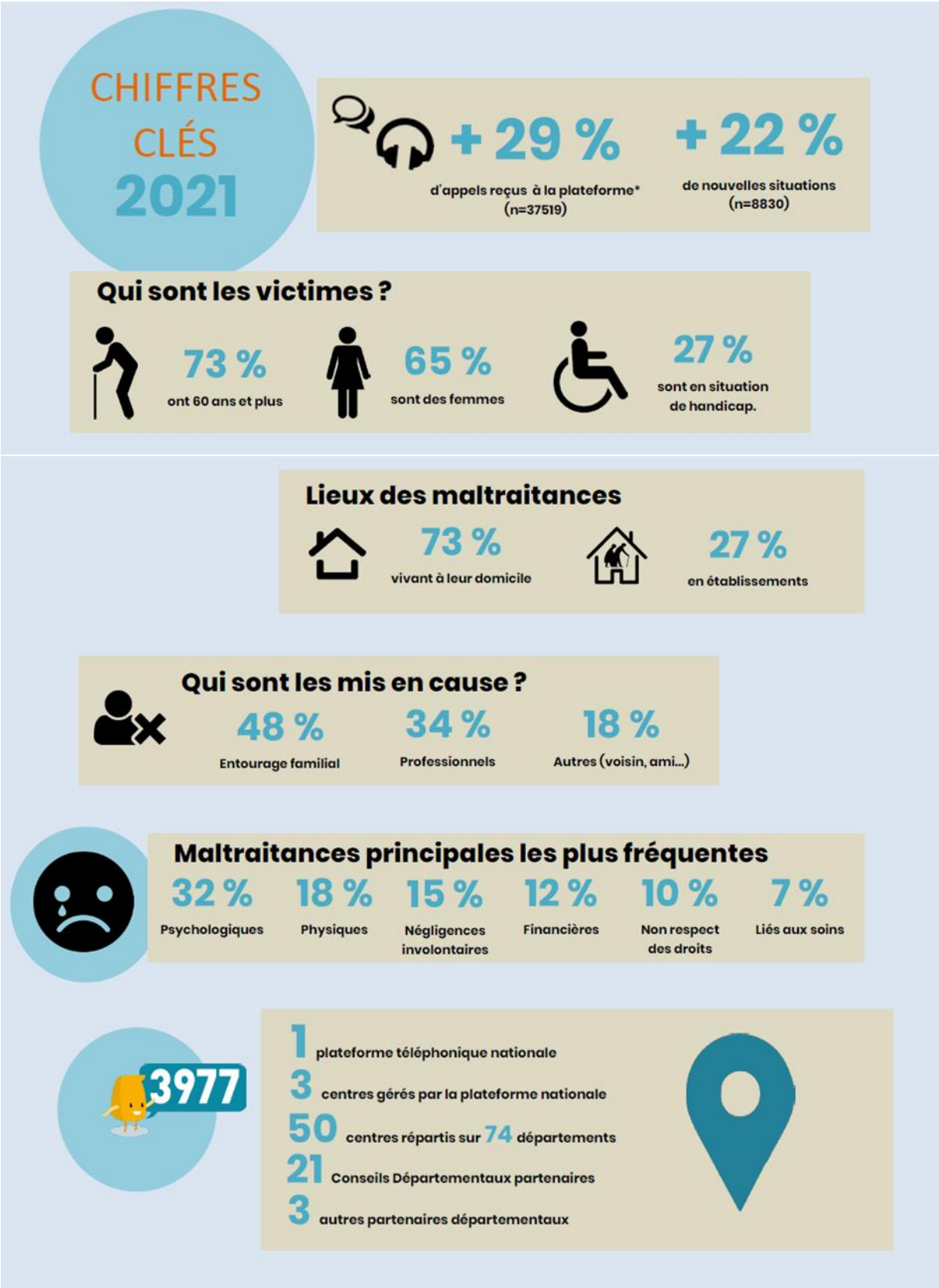
Au travers de ses quatre réponses, il en ressort très majoritairement que l'IDEC et le MEDEC jouent un rôle très important tant dans la prévention de la maltraitance que dans l'écoute des équipes, mais aussi dans leur accompagnement à la dénonciation de maltraitance. La formation peut être assurée par une société extérieure.

25) Pensez-vous que la maltraitance est un sujet “TABOU” ? (31 réponses, 77,5 % des répondants)



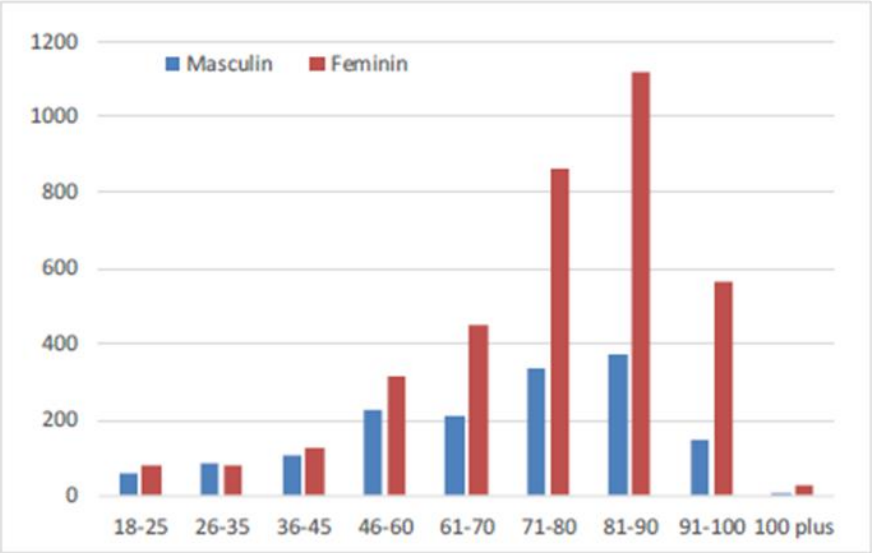
A la vue des réponses sur la dénonciation qui a l'air de se faire facilement, le chiffre de 51 % reflétant le sujet de la maltraitance comme non tabou est assez faible. Nous aurions pu penser que ce sujet le serait moins.

Annexe 2 : le rapport d'activité 2021 du 3977 [28]



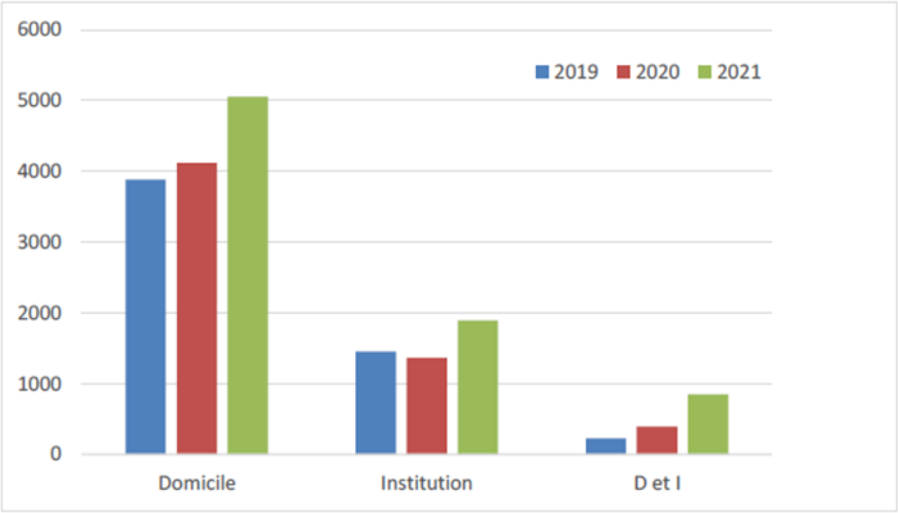
[28] https://3977.fr/rapport-activite/

Répartition selon l'âge et le genre des victimes en 2021 :



Selon l'âge des victimes, la classe la plus nombreuse était celle des personnes de 81- 90 ans (1588 soit 30% des situations), et 68% avant plus de 70 ans. La prédominance des femmes chez les victimes était particulièrement marquée après 60 ans.

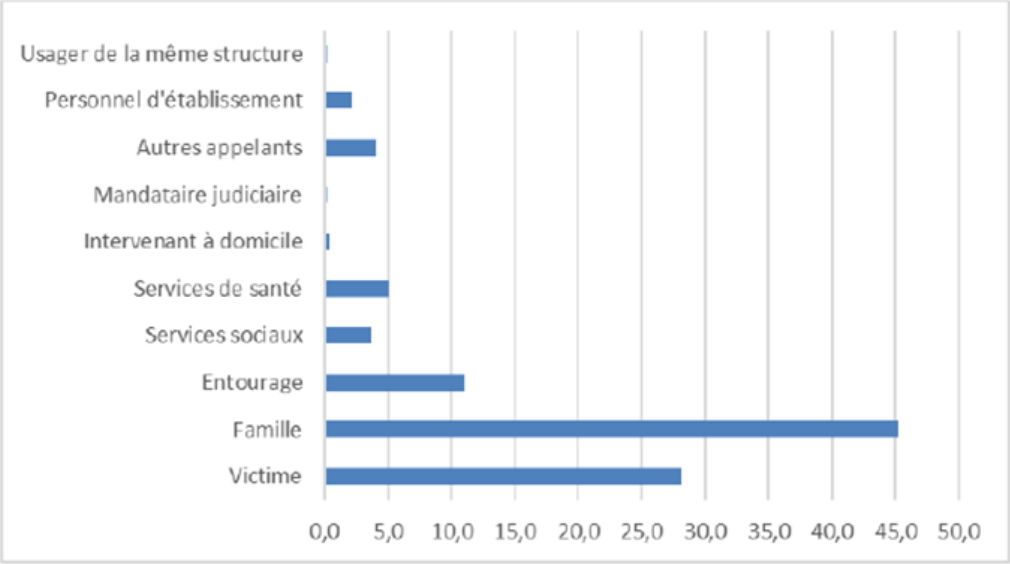
■ Evolution des dossiers de maltraitance, selon le lieu de survenue (2019-2021)



D et I : maltraitances survenues à la fois au domicile et en institution

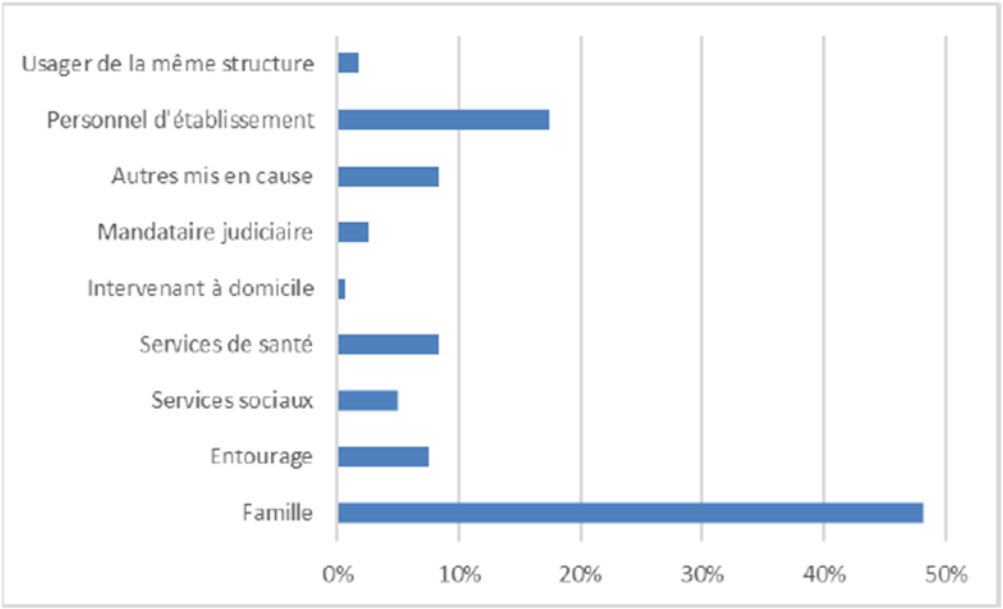
En 2021, 73 % des situations de maltraitances signalées étaient survenues à domicile, et 27 % dans des établissements. De 2020 à 2021, une hausse plus marquée des dossiers de maltraitances pour les situations en établissement a été observée (+523 soit +38%), même si les situations à domicile ont, elles aussi, nettement augmenté (+932, soit + 23%).

■ Répartition détaillée des appelants pour des situations de maltraitances possibles (2021)



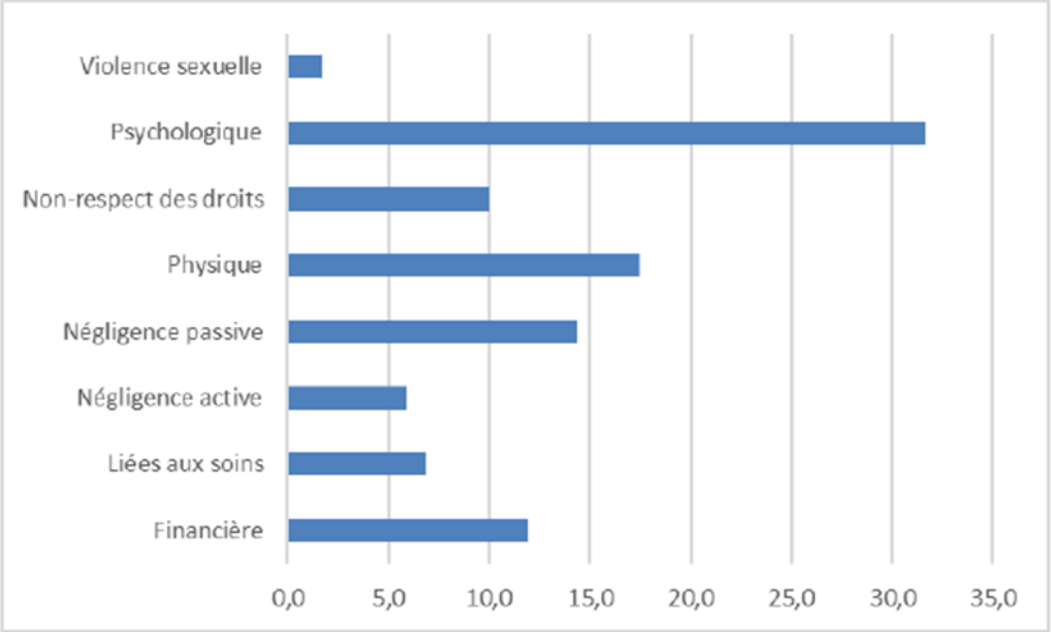
En 2021, sur 6023 situations d'alertes dont l'appelant était identifié, les familles des victimes étaient les plus nombreuses (45%), suivies des victimes elles-mêmes (28%) et bien d'autres personnes de l'entourage (11%). Les autres catégories d'appelants ne représentaient chacune pas plus de 5% de l'ensemble des appelants.

■ Répartition des auteurs présumés des maltraitances (2021)



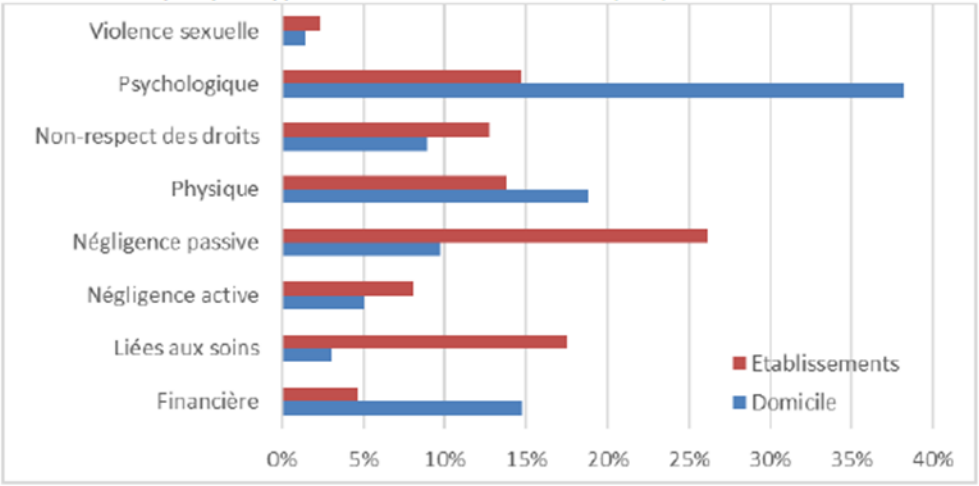
En 2021, les personnes les plus souvent mises en cause dans les situations de maltraitances possibles étaient un membre de la famille (48%), un personnel d'établissement (17%) ou d'autres professionnels (17% ensemble).

■ Type de maltraitance principale rapportée par l'appelant (2021)



En 2021, sur 6023 dossiers de situation préoccupante ou de témoignage, pour lesquels les maltraitances principales rapportées par l'appelant sont connues, les types de maltraitances les plus fréquentes étaient psychologiques (32%), physiques (17%), les négligences dites « passives », c'est-à-dire non volontaires (14%) et les maltraitances financières (12%).

■ Type de maltraitance principale rapportée selon le lieu de leur survenue (2021)

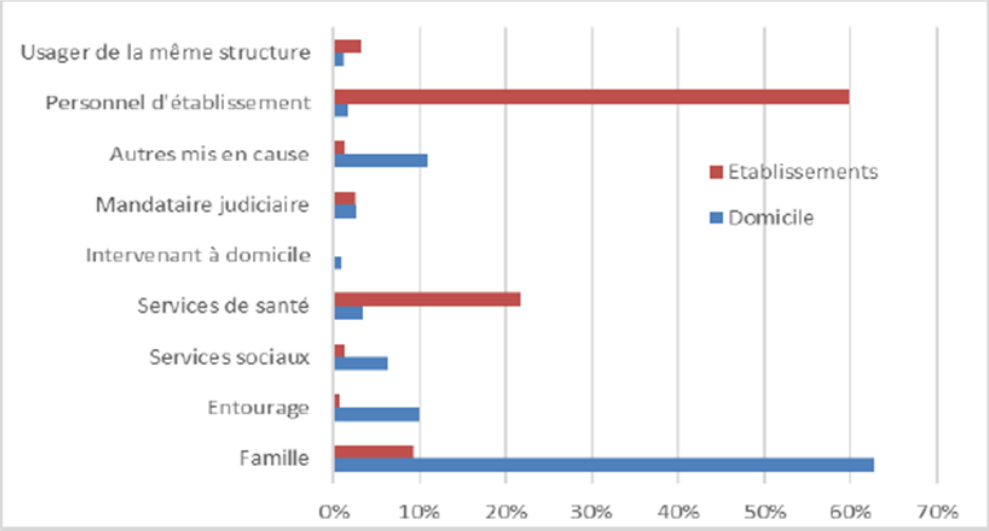


Toutefois, les pourcentages des maltraitances principales en 2021 étaient différents selon le lieu de leur survenue :

• À domicile : les maltraitances principales rapportées étaient plus souvent psychologiques (38%), physiques (19%) et financières (15%) ;

• En établissement : les maltraitances principales rapportées étaient le plus souvent des négligences passives (26 %), des maltraitances liées aux soins (18 %) et le non-respect des droits (13%).

Personnes mises en cause dans les maltraitances, selon le lieu de survenue des maltraitances (2021)



La répartition des personnes mises en cause variait aussi logiquement selon le lieu de survenue des maltraitances :

- à domicile : les personnes mises en cause étaient plus souvent un membre de la famille (63 %) ou l'entourage (10%), ou un personnel des services sociaux (6%) ;

- en établissement : les personnes mises en cause étaient plus souvent un personnel de l'établissement (60%) ou des services de santé (22%).