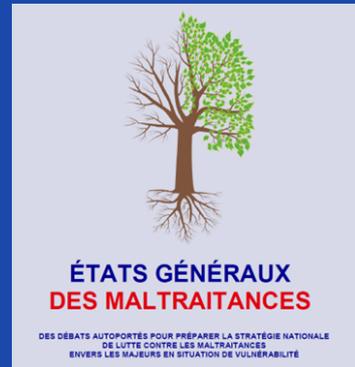


ESPACE DE RÉFLEXION
ETHIQUE PACA CORSE



États Généraux des maltraitements

Travaux de l'EE PACA Corse-
Site d'appui Marseille.

Ateliers "Maltraitements"



L'Espace Ethique PACA-Corse / site d'appui Marseille a organisé des débats autoportés, sous forme d'ateliers, avec pour objectif un recueil des constats, des analyses et des propositions pour lutter au mieux contre les maltraitements envers les adultes en situation de vulnérabilité (précarité, situation de handicap et/ou âge avancé).

Pour ce faire, un appel à candidature a été diffusé aux partenaires habituels de l'EE-PACA-Corse afin qu'il puisse être relayé le plus largement possible auprès :

- de personnes majeures en situation de vulnérabilité accompagnées sur le plan social ou médico-social,
- de proches aidants d'une personne majeure en situation de vulnérabilité,
- de professionnels dans les champs sanitaire, social ou médico-social qui accompagnent des personnes majeures en situation de vulnérabilité,
- d'étudiants, futurs professionnels de santé .

3 ateliers participatifs ont eu lieu les 5, 9 et 12 mai 2023, sous forme de webinaires d'une durée de 2 heures chacun. Ils ont permis d'aborder le thème 1 (sous thème 1.1 et 1.3) et le thème 2 (sous thème 2.1 et 2.3).

L'appel à candidature a été relayé par l'URIOPSS PACA Corse (Réseau unissant les établissements des secteurs sanitaire, social et médico-social pour développer les solidarités) et l'association Alp'Agés Coordination (Pôle infos seniors destiné aux personnes âgées) et le CPTS Etoile Aubagne.

1 atelier participatif réunissant des étudiants de diverses formations, futurs professionnels de santé, a eu lieu le 23 mai, en présentiel, dans les locaux de l'Espace de Réflexion Ethique PACA-Corse, Hôpital Timone. Il a permis d'aborder le thème 1 (sous thème 1.1 et 1.3), le thème 2 (sous thème 2.1) et le thème 3 (sous thème 3.2).

L'appel à candidature a été adressé aux différents IFSI et écoles paramédicales de la région PACA.

Les débats ont été organisés et coordonnés par Perrine MALZAC, Marion MATHIEU et Armelle SAINT-PIERRE.

I- Les ateliers webinaire du 5, 9 et 12 mai

Au total 53 personnes ont participé à ces ateliers.

- 4 aidants dont 2 à domicile et 2 en établissement pour personnes en situation de handicap
- 5 personnes accompagnées en établissement pour personnes en situation de handicap
- 44 professionnels dont :
 - 14 œuvrant auprès des personnes âgées
 - 20 auprès des personnes en situation de handicap
 - 10 dans d'autres domaines

Parmi les 34 professionnels du secteur médico-social :

- 28 travaillent en établissement
- 6 à domicile



Synthèse des débats

1.1

Certaines personnes qui subissent la maltraitance ne la signalent pas. Selon vous, pourquoi ne le font-elles pas ? Si vous avez des hypothèses pour répondre à cette question, quelles seraient les solutions à y apporter ?

A- Les raisons pour lesquelles les personnes en situation de vulnérabilité ne signalent pas les maltraitances qu'elles subissent sont multiples.

La peur apparaît comme la première raison :

- Peur de représailles (de la part des professionnels ou des proches à l'origine de ces maltraitances). *Verbatim* : « *Peur de se faire taper dessus si on nous a dit de pas le répéter* »
- Peur de faire de la peine à ceux qui, à la fois, aident, soutiennent, dont on dépend, et qui peuvent être maltraitants
- Peur d'être exclu de l'établissement médico-social si l'on dénonce des maltraitances (pour soi-même ou ses proches), d'être encore moins bien accompagné, voire que la situation s'aggrave

Sentiment qu'elles ne seront pas écoutées, pas entendues (comme souvent dans leur quotidien)

Sentiment d'illégitimité pour le faire, isolement :

Les personnes en situation de handicap. *Verbatim* : « *elles ne décident jamais dans leur vie donc ne savent pas qu'elles peuvent décider* ».

Les personnes en précarité sociale sont invisibilisées, et ne s'autorisent pas ou ont peur de sortir de l'ombre. *Verbatim* : « *elles ne font pas de bruit, essaient d'être transparentes, de rester anonymes* ».

Absence de prise de conscience qu'il s'agit de maltraitance :

Selon leur situation de vie antérieure, certaines personnes ne vont pas savoir reconnaître les actes de maltraitances qu'elles subissent. *Par exemple* : *Le cas des personnes âgées dans des milieux montagnards qui ont eu une vie rude, sévère, supportent la maltraitance sans se plaindre.*

Manque de mots pour le dire, du fait du handicap, du vieillissement et plus encore pour les personnes non communicantes. Pour ces personnes, la maltraitance peut rester de l'ordre de l'impensé.

Sentiment que ça ne sert à rien :

Quand les personnes parlent, ou si elles portent plainte, cela n'est pas toujours suivi d'effet. Des réponses efficaces tardent à venir. Ce peut être source de désillusion d'autant plus qu'il a fallu à la personne beaucoup de courage pour parler ou pour dénoncer.

Conflit de loyauté en particulier lorsqu'il s'agit d'un proche à domicile ou d'un professionnel de proximité.

B. Quelles réponses peut-on y apporter ? De nombreuses propositions ont été faites :**Faire connaître aux personnes accompagnées leurs droits par tous les moyens :**

- Afficher la charte des droits en FALC (Facile à lire et à comprendre) ou avec des pictogrammes à l'entrée de l'établissement si besoin.
- Expliquer dans un document simple ce qu'est la maltraitance et tous les types de maltraitements, à remettre aux personnes accompagnées.
- Faire connaître le numéro vert (3977) et le numéro de la police (17). Expliquer ce qu'est la police, où se trouve le commissariat et comment ils peuvent aider.
- Rôle des travailleurs sociaux pour favoriser l'accès aux droits des personnes en situation de vulnérabilités sociales.

Développer des outils pour faciliter la prise de parole :

- Identifier des personnes ressources (référénts « bienveillance » ; lanceurs d'alerte...), interlocuteurs privilégiés auprès des résidents, parmi les professionnels de proximité ou des personnes extérieures « neutres », pouvant recueillir la parole des personnes accompagnées mais aussi celle de professionnels témoins de maltraitements.
- Groupes de parole avec les conditions d'écoute, de bienveillance et de respect permettant aux personnes accompagnées de s'exprimer, que leur parole soit prise en compte.
- Utiliser le questionnaire de satisfaction à destination des usagers ou des fiches adaptées pour permettre d'évoquer des maltraitements subies. Il est préférable que ces questionnaires soient remis et recueillis par des personnes extérieures plutôt que par des professionnels de proximité, afin de permettre une expression plus libre.
- Une « boîte à plaintes » pour mettre un courrier anonyme, au sein de l'établissement, « *par exemple devant le bureau de la directrice* ».

Porter une attention particulière aux personnes non communicantes (adultes handicapés qui n'ont jamais parlé, personnes âgées avec maladies de type Alzheimer) et développer des modes d'expression adaptés pour communiquer avec elles.

- Apprendre aux professionnels ou aux aidants à décrypter des troubles du comportement, le langage non verbal.
- Proposer d'autres moyens de communication (langage Makaton, pictogrammes...).
Exemple : livret imagé réalisé avec une dessinatrice : « on n'a pas le droit de me taper », « on n'a pas le droit d'entrer dans ma chambre sans frapper à la porte »...
- Co-construire et faire valider les documents d'information et de communication créés, par le Conseil de Vie Sociale, et les résidents si possible.

Mettre en place des outils pour aider à l'autonomisation et à l'émancipation

- Groupe de paroles entre personnes accompagnée :
 - *Exemple d'un groupe de parole « Vie affective et sexuelle » dans un accueil de jour pour personnes en situation de handicap pour aborder ce type de maltraitements (s'autoriser à dire « non », savoir demander conseil, identifier un ou des personnes à qui parler ou pour aider à écrire ce que l'on veut dire).*
 - *Exemple d'un groupe de parole « Maltraitance » dans un autre accueil de jour pour personnes en situation de handicap sensoriel.*
- Réflexion à mener avec la personne accompagnée en particulier lors de la construction ou de la réévaluation de son « projet de vie ».
- Accepter, soutenir et accompagner les démarches de dépôts de plainte par les personnes accompagnées ou les membres de leur famille chaque fois que nécessaire.
- En cas de signalement, faire participer la personne vulnérable, en l'informant de la démarche, des retombées attendues, et en obtenant son consentement. Du fait de liens de dépendance et de conflit de loyauté de la personne vulnérable vis-à-vis de l'aidant (familial ou du professionnel) maltraitant, un travail éducatif est souvent nécessaire et demande du temps. D'où l'importance de prendre en compte son refus, et de la soutenir quand elle envisage de porter plainte vis-à-vis de son agresseur.

Faire appel aux proches, aux associations de patients, aux bénévoles

- Une collaboration dans la confiance et la transparence entre les différents acteurs (direction, professionnels de proximité, personnes accompagnées, familles) est essentielle, au sein du Conseil de vie sociale, mais aussi au-delà, quotidiennement.
- Les associations peuvent faire connaître les caractéristiques des personnes en fonction de la maladie ou des troubles dont elles souffrent, de leurs besoins spécifiques en terme d'accompagnement et de traitement au plus près de la vie réelle (plaquettes, rencontres avec les soignants, participation à la formation des plus jeunes...).
- Les bénévoles ont un regard extérieur, ils ont du temps et des outils qui peuvent aider à libérer la parole en mobilisant les émotions (*exemple : à travers l'art : musique, lecture...*) en particulier dans les EHPAD.
- Un travail sur les plaintes adressées à l'établissement, en lien avec les usagers, peut constituer un bon support pour aborder la question des maltraitements et rechercher des solutions.

Rendre les maltraitements « visibles » et « pensables » par les professionnels pour qu'ils puissent entendre et repérer les maltraitements

- Nécessite un travail régulier, au regard du turn-over important des professionnels dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- Nécessite d'avoir des temps et des lieux dédiés pour les professionnels, pour identifier et lutter contre les « maltraitements ordinaires » souvent liées à des habitudes de fonctionnement. *Exemple de l'organisation des toilettes en EHPAD sans prise en compte des préférences des résidents.*
- Proposer un travail sur la terminologie autour de la maltraitance mais aussi sur la perception d'un acte (parfois différente entre professionnels) pour en avoir une « vision partagée ».
- Dire « c'est maltraitant » peut-être inaudible par certains professionnels, c'est parfois plus abordable de dire « c'est violent » ou de partir de la bienveillance. Possibilité de travailler sur un livret « bienveillance ».

Recherche active de solutions rapides pour faire cesser les actes de maltraitance :

- Signaler les maltraitances suspectées ou constatées chaque fois que nécessaire et rappeler que c'est un devoir de tout professionnel. *Exemple d'un établissement qui propose un document de communication, visuel, rendant plus compréhensibles et accessibles les démarches de déclarations d'évènements indésirables.*
- Identifier et faire connaître les mesures qui ont été prises suite à la révélation d'une maltraitance que ce soit entre pairs, de la part d'un professionnel ou de la part d'un proche, au sein d'un établissement ou à domicile.
- Identifier et faire connaître les actions de prévention des maltraitances et de mobilisation de la bientraitance mises en œuvre au sein de l'établissement et en parler régulièrement.

1.3

Nous constatons que dans certaines structures sociales et médico-sociales, les alertes de souffrance professionnelle et de risques psycho-sociaux* sont associées avec un risque de maltraitance des personnes accueillies et accompagnées. Que pensez-vous de ce constat ? Comment mieux relier dans les politiques et outils de gestion des ressources humaines la vigilance envers les professionnels et la vigilance envers les personnes accueillies ?

A- Lien entre souffrance professionnelle et maltraitance

- **Le manque de ressources humaines est une des principales raisons à l'origine des maltraitements institutionnels** : manque de temps, épuisement professionnel, impossibilité d'être en accord avec ses valeurs professionnelles à l'origine de démission, turn-over important, emplois du temps qui changent tout le temps, recours à des professionnels moins bien formés, moins motivés...
- **La question des maltraitements est un impensé pour beaucoup de professionnels.** (Impression d'être anesthésié, pas le temps de se questionner sur les risques de maltraitance du fait de conditions de travail dégradées). Le temps « humain », le temps « relationnel » manquent. Les professionnels qui restent n'ont d'autres choix que de se replier sur eux-mêmes, de s'endurcir. Ainsi des situations de maltraitance vont être banalisées au quotidien. *Par exemple : donner à manger très vite, pour pouvoir s'occuper de tout le monde, obliger un résident à participer à une activité alors qu'il ne le souhaite pas, des mouvements brusques lors de la toilette qui peuvent entraîner des chutes.*
- **Repérer, dénoncer, signaler des maltraitements perpétrés par des collègues de travail est difficile.** Ce qui est à l'origine d'une sorte d'omerta à propos des maltraitements dans les établissements. Souvent les professionnels ne signalent pas par peur des représailles au sein de l'établissement. *Verbatim : Qui est-on pour juger du travail de l'autre ? Qui doit le faire et jusqu'où aller ? Comment faire sans être mal vu de ses collègues de travail, par la direction de l'établissement tenue de réagir ?*
- **Les injonctions administratives auxquelles sont soumis les établissements peuvent créer des situations de maltraitance pour les personnes accompagnées et de souffrance pour les professionnels** quand elles semblent « tomber d'en haut » sans prise en compte des réalités de terrain. Ces injonctions paradoxales sont d'autant plus stressantes qu'il y a des enjeux de financement, d'habilitation. *Par exemple en ESAT, l'objectif de favoriser l'intégration des travailleurs en milieu ordinaire ne semble pas toujours adapté ni aux besoins ni à la volonté de la plupart des personnes accompagnées qui s'épanouissent en milieu protégé.*
- **Pour les professionnels du domicile, c'est encore plus difficile, du fait de leur isolement.** Il n'est pas rare que des maltraitements repérés à domicile par plusieurs professionnels ne soient pas signalés, chacun pensant que c'est de la responsabilité d'un autre.

B- Les outils de politiques publiques à développer pourraient être :

- Développer une **politique d'attractivité et de reconnaissance pour les métiers de l'accompagnement** afin de sortir de l'état actuel de manque chronique et structurel de ressources humaines.
- **Revaloriser et reconnaître le temps relationnel** et sortir d'un management purement comptable, en sous-effectif et l'œil rivé sur le chronomètre.
- Mettre en œuvre une politique d'information et de soutien pour **aider les professionnels à signaler les maltraitements** sur personnes majeures vulnérables.
- **La lutte contre la souffrance au travail** est un des leviers de la lutte contre les maltraitements.
- Ré-évaluer les objectifs imposés aux établissements à l'aune du **feed-back des professionnels de terrain**.

C- Les outils de management et de gestion des ressources humaines à développer pourraient être :

- **Mettre en place et rendre obligatoire la participation à des groupes d'analyses de pratique** pour sortir de l'impensé et des non-dits à propos des maltraitements : apprentissage pour savoir repérer, sans les juger, les actes de maltraitance, pour se permettre de dire « je suis maltraitant » (en particulier dans le cadre de maltraitements du quotidien) afin de pouvoir y remédier.
- **Mettre en place des temps de réflexion éthique**, qui permettent d'aborder ces questions du côté des valeurs professionnelles et des émotions vécues en cas de dilemmes moraux.
- Proposer des réunions hebdomadaires ou mensuelles, sans attendre un événement indésirable, afin d'évaluer régulièrement et **parallèlement les facteurs de risque psycho-sociaux et les facteurs de risques de maltraitance**.
- Identifier les circuits pour les déclarations d'événements indésirables et **assurer les professionnels** qui font remonter ces événements indésirables **qu'ils ne seront pas inquiétés ou ostracisés en retour**.
- **Développer un management bienveillant**, proche des professionnels, soucieux de faire circuler la parole, à l'écoute et réactif en cas de signalement d'un événement indésirable.
- **Soutenir et favoriser la formation des professionnels au repérage, à la prévention et aux démarches de signalement** des maltraitements à travers le plan de formation (en partant de cas concrets par exemple).
- Permettre aux professionnels de se sentir en confiance par un travail de sensibilisation à la question des maltraitements. **Mettre en place un soutien et une protection des personnes qui osent dénoncer des maltraitements** par un travail d'accompagnement du signalement et post-signalement.

Autre(s) constat(s) ou proposition(s) partagées sur ce thème :

Beaucoup de professionnels ayant participé à ces ateliers rapportent leurs difficultés pour envisager et mettre en œuvre des signalements.

A- Constats

Les professionnels, en particulier ceux du domicile, rencontrent des difficultés quand ils soupçonnent des maltraitements.

Souvent ils hésitent à agir, pour plusieurs raisons :

- Ils peuvent craindre de rompre le lien avec la personne en situation de vulnérabilité, que la porte du domicile se ferme, ne laissant plus aucune possibilité d'accompagnement à la recherche de solutions.
- Lorsqu'il s'agit de soignants, ils peuvent craindre une rupture de soins ; certains jugeant qu'il s'agit d'un problème social et non d'un problème sanitaire, ils peuvent se sentir démunis.
- Ils peuvent craindre que l'action soit pire que l'inaction :
 - que le signalement ne soit suivi d'aucune mesure judiciaire,
 - que les autres acteurs du domicile ou les membres de la famille contestent ce signalement,
 - qu'une mesure de protection juridique soit mise en place et confiée au membre de la famille suspecté d'être maltraitant...
 - Il n'est pas toujours évident de mesurer la balance bénéfice-risque d'un signalement pour la personne vulnérable à domicile
- A domicile, en milieu rural en particulier, les professionnels peuvent avoir peur de faire un signalement, « *car tout le monde connaît tout le monde et tout se sait très vite* ». Ils peuvent craindre d'être accusés de diffamation, de propos calomnieux. Souvent les faits sont minimisés, excusés, par une partie de l'entourage... *Par exemple en cas de violence sur un conjoint malade, âgé, dépendant, l'entourage pourra dire « ça a toujours été comme ça entre eux » sans prendre en considération la vulnérabilité liée à l'âge, la maladie, la dépendance...*

Les retours d'expérience à propos du 3977, numéro unique pour faire part de maltraitements constatés, sont mitigés :

- Certains professionnels rapportent qu'il n'a pas été aisé d'obtenir un interlocuteur et que, le cas échéant, ils n'ont pas été informés d'éventuelles suites données à leur signalement.
- D'autres précisent qu'il faut être solide car, parfois, il peut y avoir des retombées, on doit se justifier : *Verbatim* : « *j'ai fait un signalement au 3977, j'ai reçu une lettre recommandée de l'ARS à mon nom, car j'avais fait ce signalement. Heureusement j'avais tout tracé. J'ai aussi eu des retours d'un médecin traitant qui m'a appelée en me demandant « mais de quoi vous vous occupez, ce n'est pas votre domaine ».*

- Les démarches à suivre pour effectuer un signalement ne sont pas bien connues. Les obligations et démarches pour les signalements et actions à mettre en œuvre paraissent plus simples dans le cadre de l'enfance que pour les majeurs vulnérables. Les professionnels ont le sentiment que s'il n'y a pas de plainte venant directement du majeur en situation de vulnérabilité ou d'un membre de sa famille, le signalement restera sans suite. *Verbatim* : « Pour un enfant, en cas de maltraitance, on le met à l'abri. Pour un adulte, en cas de signalement, on ne peut pas faire grand-chose tant que la personne ne porte pas plainte ».

B - Pistes d'amélioration

- Prévoir des formations ou des informations à délivrer aux professionnels à propos des obligations légales de signalement, mais aussi des clarifications sur « qui doit le faire ? », « quand le faire ? », « comment le faire ? », « combien ça prendra de temps ? », « qu'est-ce qui va se passer ? », « comment faire pour être efficace ? », « quel type d'information doit-on fournir ? », « est-ce que l'anonymat de la personne qui signale pourra être préservé ? », ... *Verbatim* : « Ce qui est gênant, c'est la lourdeur administrative, le manque de centralisation, trop de structures, tout ce qui complexifie la démarche. »
- Parler de la question des maltraitances « au quotidien », en faire un sujet de préoccupation sans attendre la survenue de situations critiques, sensibiliser l'ensemble des professionnels à ces questions. Au sein des établissements sociaux ou médico-sociaux, il est possible d'afficher le cadre de la loi (avec la possibilité de recours au 3977, à un conciliateur...). Et cela malgré la réticence de certains directeurs d'établissement inquiets d'une « mauvaise publicité » pour les résidents et leurs familles. Il faut sortir cette question du tabou pour que tous (professionnels, usagers, visiteurs, bénévoles, tout citoyen) se sentent concernés.

2.1

Certaines modalités d'organisation d'une équipe, d'une institution ou d'un réseau peuvent produire davantage de bienveillance, d'attention à l'autre, de coopération et de respect de l'autonomie. Avez-vous connaissance ou expérimenté des modalités d'organisation qui facilitent une culture de bientraitance ? Quelles sont-elles ? Merci de les décrire

- **Tout ce qui favorise la parole et la communication**, en particulier pour prendre conscience et lutter contre les maltraitements du quotidien.
- **Groupes de parole entre professionnels, ou avec les personnes accueillies, groupes d'analyse de pratiques, groupes de réflexion éthique** : plusieurs formats existent, peuvent être mobilisés et doivent être adaptés aux besoins des professionnels et des personnes accompagnées.
- **Recours à des personnes extérieures à l'établissement** pour animer ces groupes (supervision, analyse des pratiques professionnelles, éthique...) ce qui permet plus de liberté dans les prises de parole, plus de spontanéité. *Verbatim* : « *Ce n'est pas toujours simple à mettre en place, ni en terme de budget, ni en terme de culture* ».
- **Recours à un questionnaire pour s'auto-évaluer** sur ses pratiques professionnelles pour permettre une prise de conscience et une remise en question de ses actes.
- **Une équipe de direction bienveillante** (qui s'intéresse au travail des professionnels de proximité, qui veille à développer des liens entre les équipes, qui sait déléguer) avec un management positif (qui sait reconnaître et valoriser toutes les actions favorisant la bientraitance permettant un renforcement positif) participe à la prévention de la maltraitance. *Verbatim* : « *Dans les équipes on dit souvent ce qui ne va pas, ce qui est désorganisé mais c'est important de dire tout ce qui va, de totaliser les bons actes, les bons gestes. Et permet d'entretenir cette culture de bienveillance. Cela renforce positivement les actes.* »

2.3

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) est une instance qui vise à associer les personnes accueillies et accompagnées au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Aujourd'hui, le sujet de la maltraitance n'y est pas toujours (ou rarement) traité. À quelles conditions et grâce à quelles prérogatives le CVS peut-il être un espace de prévention des maltraitances des personnes accueillies et accompagnées ?

Constats

Les avis sont partagés quant au rôle des Conseils de Vie Sociale (CVS) comme espace de prévention des maltraitances.

- Dans certains établissements, les CVS sont peu impliqués et peu actifs. Parfois les personnes accompagnées sont en capacité de participer au CVS, parfois non. Concernant les représentants des familles, ils sont assez peu en contact avec les familles des autres résidents. Le CVS traite en général de problèmes généraux pas de situations individuelles ce qui peut être limitant pour la prise en compte des maltraitances. Les parents et proches sollicitent directement la direction en cas de problème. *Verbatim : « Effectivement, on voit très peu les autres parents, ils votent mais ils ne communiquent pas, on ne les voit pas. On a un CVS par trimestre donc ce n'est pas trop prenant mais les autres parents ne se manifestent pas. Ils sont informés des dates mais ils ne répondent pas. »*
- Dans d'autres établissements, les évènements indésirables sont évoqués en CVS. Dans ce cas les CVS pourraient intervenir dans le repérage et la lutte contre les maltraitances. *Verbatim : « Il y a des représentants des usagers, des familles, des professionnels, il est possible de faire intervenir des personnes extérieures, donc cela permet d'avoir des regards multiples. Cela me semblerait pertinent de les solliciter pour que remontent les effets indésirables. »*

Autre(s) constat(s) ou proposition(s) partagées sur ce thème :

Constats

- Les interventions à domicile restent difficiles à coordonner et ne répondent pas toujours suffisamment bien aux besoins de la personne accompagnée. Ce qui peut être à l'origine de maltraitances.
- Actuellement, et plus encore depuis la crise COVID, les personnes âgées dépendantes ou les personnes en situation de handicap veulent rester à domicile. Les équipes qui interviennent au domicile ne sont pas toujours en mesure de les prendre en charge correctement. Il n'est pas simple de déterminer jusqu'à quel point il est possible de s'adapter et à quel moment il est préférable d'orienter la personne vers une structure médicalisée. Il peut y avoir maltraitance du fait de la non-adaptation du lieu de vie et des moyens disponibles à l'état de la personne.
- A domicile rien n'est standardisé. Les intervenantes (aides à domicile ou infirmières) ne sont jamais les mêmes. Les horaires varient. Parfois elles ne viennent pas ou très en retard, sans prévenir. Les différentes interventions se font souvent sans coordination, de façon encore très sectorisée. Ce type d'organisation est très mal vécu, surtout par les personnes isolées, dépendantes.
- La sectorisation encore marquée entre les professionnels du domicile, le manque de lien avec le médecin traitant, l'argument du secret professionnel, peuvent être à l'origine d'un retard ou d'une absence de signalement. Tout le monde est au courant mais chacun se renvoie la balle, personne ne prend la responsabilité d'en parler ou d'agir... et des situations intolérables peuvent perdurer.

II-L'atelier "Étudiants" du 23 mai

22 étudiants ont participé à cet atelier.

Étudiants provenant essentiellement d'IFSI ou d'école de podologie, mais aussi deux étudiants respectivement en M1 humanité médicale et en M2 d'éthique.

Introduction (15-20 min) :

- Tour de table des participants
- Présentation du contexte de cette rencontre et du cadre légal de la maltraitance (équipe EE-PACA-Corse)

Puis débat (1h40) avec les étudiants autour de 3 thèmes.



Synthèse des débats

1.1

Certaines personnes qui subissent la maltraitance ne la signalent pas. Selon vous, pourquoi ne le font-elles pas ? Si vous avez des hypothèses pour répondre à cette question, quelles seraient les solutions à y apporter ?

A- Les raisons pour lesquelles les personnes en situation de vulnérabilité ne signalent pas les maltraitements qu'elles subissent sont multiples.

La personne vulnérable ne sait pas forcément bien ce qu'est la maltraitance comme une sorte de banalisation de la part de la victime . *Verbatim* : « *Faire un signalement si la victime ne le veut pas ou ne s'en rend pas compte... est-ce que c'est vraiment utile ?* ». Elle est aussi mal informée de ses droits, de ce qui se passe si, à un moment, elle fait un signalement.

Les modalités de signalement sont mal connues :

Seulement 4 étudiants sur 22 connaissent le numéro national unique pour lutter contre les maltraitements envers les personnes adultes vulnérables. *Verbatim* : « *Moi, je l'ai vu affiché à l'entrée d'un EHPAD et je savais donc que cela existait mais personne ne l'utilise. Mais il faut s'arrêter devant l'affiche pour le savoir car il n'est pas communiqué autrement* ».

Les personnes qui sont victimes de maltraitements (notamment de la part de la famille) **craignent des représailles** et préfèrent donc ne rien dire.

Verbatim : « *Nous, professionnels, nous nous étions rendus compte de cas de maltraitance. La fille tapait sa mère, mais elle ne voulait pas qu'on le signale car elle avait peur de sa famille. On a beaucoup eu de mal à mettre en place des actions pour remédier à ça* ».

« *Pour les personnes maltraitées, dénoncer leur maltraitance augmente leur vulnérabilité. Ça les expose encore plus, et ça les expose à encore de plus grandes violences* ».

Il peut y avoir une **absence de soutien des établissements ou de la direction**, lors d'un signalement d'un collaborateur. Dans ce cas, cela fait perdre du sens au métier de ces professionnels et à leur engagement.

Deux témoignages ont été donnés en exemple :

1) *Une étudiante travaillait comme aide à domicile, et intervenait auprès d'un couple, d'environ 80 ans, et le monsieur criait toujours sur sa femme et a même eu un geste violent. Elle en a parlé à ce monsieur mais a été « devant un mur ». Elle en a ensuite informé la direction de son agence qui n'a rien souhaité faire car il s'agissait d'un nouveau « dossier » et qui ne souhaitait pas s'en mêler plus que ça. Cette étudiante a donc fait valoir son droit de retrait car elle ne cautionnait pas de tels comportements. L'agence continue à intervenir auprès de ce couple et la situation ne s'est pas améliorée ». « Je ne sais pas si c'est par peur de ne plus avoir ce client, mais en tout cas, rien n'a été fait. ».*

2) Lorsqu'on fait remonter qu'un agent parle très mal aux résidents, la conséquence va dépendre de quel agent il s'agit. *Verbatim* : « *Si c'est une ancienne, qu'elle est connue ... on nous dit oui mais elle est bien* », *et du coup, on ne la touche pas. On a signalé, mais cela ne fait rien* ».

Les démarches sont complexes et nécessitent du courage et de l'engagement de la personne, ce qui peut faire hésiter la personne à le déclarer.

Verbatim : « *Il ne faut pas avoir peur. Le dire ne suffit pas, il faut le prouver. Cela demande un engagement fort de la personne qui fait remonter ces situations. Au début on se dit que de dire ça suffit et ça va s'arrêter, mais si on veut vraiment que cela s'arrête, [...] il faut y aller vraiment. Il faut un sacré courage et un sacré engagement, et ça, ce n'est pas forcément vu. On ne leur facilite pas le boulot, il faut faire des attestations. [...] il faut même faire un petit travail de détective [...]. Non seulement tu l'as vu, mais il faut que tu le prouves et tu t'engages, je comprends que des personnes hésitent.* ». « *Au bout d'un moment, le patient se confie à nous. Mais quand la famille vient, ils sont dans la chambre et on ne sait pas ce qui se passe. Ce n'est pas facile non plus tant qu'on n'a pas des preuves. Est-ce qu'on va briser cette confiance en le remontant ? On nage entre deux eaux*».

B. Quelles réponses peut-on y apporter ?

L'affichage du numéro unique, s'il n'est pas suivi d'une communication avec l'ensemble des acteurs, reste insuffisant.

Mettre en place des dispositifs de médiation par une tierce personne extérieure, pour apporter un regard neuf et neutre :

Afin d'éviter tout conflit d'intérêt dans les structures, *Verbatim* « *ces signalements pourraient être faits auprès de personnes neutres (qui ne sont ni la famille, ni les soignants), un organisme ou une association qui joueraient ce rôle de médiation et accompagneraient les personnes vulnérables et soignants dans les longues démarches qui en découlent. Cela serait un garde-fou qui éviterait que cette vulnérabilité ne s'empire*». Ces dispositifs pourraient être proposés, en premier lieu, aux personnes concernées ou ayant été témoins de situations de maltraitance mais à terme pourraient aussi être là pour tous les professionnels (notamment pour libérer la parole après les premiers signalements).

Mettre en place des « équipes mobiles de bientraitance » et une cellule dédiée à la maltraitance, au-delà du numéro de téléphone :

Verbatim « *Il serait bien de mettre en place des équipes mobiles de bientraitance (sur le même modèle que les équipes mobiles de soins palliatifs), ayant une forte légitimité : elles pourraient se rendre auprès des services et/ou des personnes concernées, pour parler avec tous les acteurs, faire de la formation, de la sensibilisation (en institution et pour les proches aidants) ainsi qu'accompagner dans les démarches de signalement* ».

Rendre visible la maltraitance pour mieux la caractériser et la gérer :

Verbatim : « *L'omerta ne peut être brisée que par l'exposition des situations de maltraitance. Il faut les exposer, pour mieux les caractériser, et ensuite construire de meilleurs cadres pour mieux recevoir la parole et les gérer.* » Il faut se rencontrer pour dire les choses, la parole peut soigner, réparer, soulager.

Revoir les politiques de management et de santé publique pour donner plus de moyens (humains notamment) pour une prise en charge correcte des personnes. *Verbatim* : « *Il faut repenser le soin, et la manière de faire le soin dans ces établissements. Même si c'est une problématique bien plus large et je ne sais pas si on a les moyens d'agir dessus.* »

Travailler sur le long court avec les victimes et **réfléchir aussi à la reconstruction** pour éviter le risque de récurrence. Un suivi individuel des personnes vulnérables ayant signalé un acte de maltraitance est impératif. *Verbatim* : « *C'est bien de signaler les cas de maltraitance, mais comme tout problème en soi, c'est le risque de résurgence qui est important. Ça continue même si cela a été déclaré. Cela m'a fait penser à un film que j'ai vu récemment et qui s'appelle « je verrai toujours vos visages », sur la justice restaurative. J'ai trouvé l'approche pas mal car cela permet aux victimes et aux agresseurs de cheminer.* »

1.3

Nous constatons que dans certaines structures sociales et médico-sociales, les alertes de souffrance professionnelle et de risques psycho-sociaux* sont associées avec un risque de maltraitance des personnes accueillies et accompagnées. Que pensez-vous de ce constat ? Comment mieux relier dans les politiques et outils de gestion des ressources humaines la vigilance envers les professionnels et la vigilance envers les personnes accueillies ?

A- Lien entre souffrance professionnelle et maltraitance

Existence d'une maltraitance institutionnelle du fait du **manque d'effectif** :

Une étudiante, ancienne aide-soignante, témoigne qu'être seule aide-soignante dans un service et avoir 15 à 18 toilettes à faire, c'est de la « maltraitance indirecte ». *Verbatim* : « *On essaie de faire notre travail, mais en soit, notre travail il est quand même un peu bâclé. Le remonter auprès des supérieurs ne change rien. Il y a aussi les collègues en arrêt maladie qu'il faut remplacer* ».

Manque de prise en compte de la parole des étudiants :

Malgré le signalement de certains étudiants lors de leur stage, leur acte ne semble pas entraîner les conséquences escomptées. *Verbatim* : « Il y a aussi le fait que la parole des étudiants, parfois, elle n'est pas écoutée, elle n'est pas prise au sérieux. Dans le cadre d'un de mes stages, je suis arrivé sur un lieu où un cas de maltraitance par une aide-soignante (elle avait tiré par les cheveux la patiente et lui avait donné de force un médicament) avait été remonté par deux étudiantes. Elles avaient fait des signalements comme il faut auprès de la cadre. Une étudiante avait choisi de changer d'étage. Il y a eu un audit en interne de la soignante, pendant lequel elle fut parfaite et ensuite elle a recommencé en toute impunité à prendre ses mauvaises habitudes dès fin de l'audit. ». Les étudiants souffrent de découvrir ces pratiques. *Verbatim* : « On sent que notre action n'a aucune valeur, que notre parole n'est pas entendue et n'a aucune valeur. ». Il est nécessaire qu'ils puissent s'exprimer et être entendus par leur encadrant. D'autant que le regard neuf, extérieur et parfois de passage d'un étudiant permet aux équipes de se remettre en question dans leurs pratiques. *Verbatim* : « Je sais que j'ai eu une pratique qui vous a peut-être choquée, mais je suis désolée, c'est peut-être qu'on ne voit pas les choses de la même manière. C'est peut-être parce que tu sors de l'école ou que tu es encore à l'école, mais ici on fait comme cela ».

Problème du **turn-over important** et des équipes qui ne sont plus stables en EHPAD/SSR/Psychiatrie. Difficile de travailler sur le fond avec le fort turn-over donc ce contexte est vraiment problématique.

Nécessité d'**accompagner les démarches** entreprises : Une charte de bientraitance imposée aux équipes au moment de la certification, non accompagnée par l'encadrement et la Direction, n'a aucun sens. *Verbatim* : « Il y a quelques années, on nous a imposé une charte de bientraitance que l'on devait afficher partout. Il faut que cela soit accompagné pour que cela ait du sens ».

2.1

Certaines modalités d'organisation d'une équipe, d'une institution ou d'un réseau peuvent produire davantage de bienveillance, d'attention à l'autre, de coopération et de respect de l'autonomie. Avez-vous connaissance ou expérimenté des modalités d'organisation qui facilitent une culture de bientraitance ? Quelles sont-elles ? Merci de les décrire

Deux exemples d'initiatives bientraitantes sont présentés par les étudiants :

1) *Verbatim* : « Une directrice (maintenant à la retraite) avait mis en place un système de mini formations en interne qu'elle appelait les ateliers bientraitance car elle voulait parler de bientraitance et non pas de maltraitance. On lavait les résidents par exemple dans la journée et non pas le matin car c'était mieux pour eux. Elle mettait parfois la blouse pour nous aider lors des soins car elle voulait être présente dans ces moments-là. On discutait aussi de ce qui s'était passé pendant la semaine, des choses qui s'étaient bien passées, éventuellement des choses qui n'allaient pas avec un soignant ou un membre de la résidence ou sa famille. Cela nous permettait d'être bientraitant même s'il manquait du personnel. On n'imposait pas une heure de repas. Elle faisait en sorte à la fois que son personnel et que les résidents se sentent bien. Il y avait aussi deux fois par mois des intervenants extérieurs qui venaient nous expliquer comment faire si on était confronté à une situation difficile. ». « On tenait à ce projet et on se donnait à fond. Et c'est bien d'avoir une personne leader qui mette en place un tel projet, qui mène l'équipe et fasse en sorte que cela marche. Les mini formations, les mini réunions, entre nous, on ne peut pas les mettre en place, seules car entre midi et 2, on veut juste manger parce qu'on est déjà bien pris par nos activités ! ». Malheureusement la direction a changé et la nouvelle n'a pas gardé ce mode de fonctionnement. L'étudiante a alors souhaité passer en horaires de nuit pour pouvoir passer plus de temps, discuter avec les résidents et ne pas avoir les impératifs horaires à respecter auprès des résidents et imposés par la direction.

2) Un deuxième exemple a été donné : un directeur d'Ehpad venu du Canada a fait changer le regard des soignants sur la prise en charge des personnes âgées. *Verbatim* : « *les agents s'adaptait au rythme des personnes accueillies et pas l'inverse. Certaines personnes vivaient la nuit, mangeaient le soir et avaient les activités la nuit. On n'avait pas de blouse pour le personnel. Il est resté 3 ans et après est retourné au Canada. Il y avait un taux d'absentéisme très bas pendant les 3 ans d'activité de ce directeur. Nous avions 45 lits et la maison de retraite était organisée comme un petit village* ». L'arrivée de la nouvelle direction a conduit au retour du concept de prise en charge « classique », résultat : tout le personnel soignant est parti !

Des étudiants font des commentaires suite à ces deux témoignages :

- Ces expériences sont personnes-dépendantes et ne sont malheureusement pas forcément reproductibles. Il faut que les personnes s'approprient ces outils. Il faut déjà pouvoir se réunir, parler, échanger. Être supervisé aussi, c'est important. On peut, à partir d'exemples, s'inspirer mais on ne peut pas copier. On doit faire avec ce que l'on a, à la base, il est important de s'approprier les outils pour être soi-même créatif.

- Une piste possible serait d'utiliser l'outil de l'anthropologie pour faire une enquête sur la vulnérabilité et faire une enquête sur les besoins réels des personnes par rapport aux besoins supposés. Cela permettrait d'adapter la bientraitance en fonction des besoins spécifiques des personnes elles-mêmes, recueillir la parole des personnes par cet outil. Comprendre les besoins propres des personnes pour y répondre correctement. Mais ces enjeux humains vont se confronter aux enjeux organisationnels et aux enjeux économiques et c'est souvent là toute la complexité.
- *Verbatim* : « *Quand les gens sont heureux dans leur travail, il y a moins d'absentéisme ! A partir du moment où on traite bien les gens, les gens à leur tour vont bien traiter leurs patients. C'est en cascade. Il faudrait que de très haut, la hiérarchie traite bien ses agents qui à leur tour traiteront bien leurs patients.* »

3.2

Si les démarches de formation permettent de mieux prévenir les maltraitances, qui doit être formé (les professionnels, les personnes accueillies, les directeurs, les représentants des personnes accueillies, les proches et familles, tous les citoyens et sur quel(s) thème(s) ?

Il faut former à la fois les soignants mais aussi expliquer, informer les personnes vulnérables (comme, par exemple, une personne âgée qui entre en EHPAD) sur leurs droits. *Verbatim* : « *leur dire que s'ils subissent telle ou telle chose, ce n'est pas normal et qu'ils peuvent le dénoncer pour que le malade ne soit pas celui qui subit comme c'est souvent le cas* ».

Proposer des ateliers "simulation", des jeux de rôles est important pour aborder ces thèmes, pour toucher mieux les étudiants et leur permettre d'assimiler plus facilement la théorie. *Verbatim* : « *Les jeux de rôle, les situations marquent vraiment : un jeu de rôle où on joue quelqu'un qui est maltraité, on s'en souvient sûrement bien plus qu'un court magistral* ».

Une formatrice d'IFSI témoigne de la mise en place d'ateliers avec un simulateur de vieillissement ou de la vulnérabilité, qui permettent aux étudiants de mieux se rendre compte de ce que vivent les personnes handicapées ou âgées. Ces séances sont complémentaires de cours théoriques qui permettent d'aborder en profondeur ces notions.

Un enseignement en soins infirmiers considéré par les étudiants comme déjà riche, mais avec des craintes liées à la refonte des programmes pour l'année 2023-24 :

Verbatim : « Je suis très agréablement surprise quand j'ai repris mes études de soins infirmiers, que l'on aborde beaucoup les aspects éthiques, le relationnel, le respect et pas que les aspects techniques du soin. On a donc une formation extraordinaire et c'est bien d'être sensibilisé à ça. D'un point de vue de la formation, j'ai l'impression que l'on a ce qu'il faut mais après, il faut voir comment le mettre en pratique. » . « La refonte du programme en soins infirmiers nous fait peur avec le nouveau programme en 2024 axé essentiellement sur l'universitarisation : il ne faut pas une refonte totale qui fasse que la formation ne sera qu'universitaire », « Il faut laisser une large part à l'Humain, comprendre l'Humain, ce qu'il ressent, apprendre le respect. Il ne faut pas que le métier d'infirmière se résume à la technique. »

Une éducation, une formation des professionnels, mais accompagnée par les bonnes personnes :

Une personne qui a travaillé pendant plusieurs années dans le champ du médico-social nous donne son témoignage. *Verbatim* : « Quand on travaille avec des personnes polyhandicapées, un des moments qu'on appréhende le plus est celui des repas avec le problème des fausses routes. Quand on a la chance d'avoir un médecin qui est très sensible à cela, qui organise des ateliers, c'est super. On a eu aussi la chance d'avoir un orthophoniste, spécialiste dans la déglutition, qui propose de faire le bilan de tous les résidents, et qui se propose d'accompagner toutes les personnes de l'équipe pour voir si l'eau gélifiée est vraiment nécessaire car elle entraîne un risque de déshydratation. Ce professionnel orthophoniste est venu avec des "smarties" et en a donné à chaque professionnel pour les résidents. Tout le monde est resté bouche bée car tous les résidents en ont pris un et aucun n'a fait une fausse route. A partir de là, ce professionnel a fait une éducation à la nutrition auprès de tous les professionnels et cela nous a changé à tous notre pratique. Nous n'appréhendions plus le moment des repas avec nos résidents. Quelque chose qui était redouté est devenu bien plus serein. Et nous pouvions le ressolliciter en cas en cas de besoin. »

L'EE PACA Corse remercie les personnes ci-dessous pour leurs contributions :

Annagrazia ALTAVILLA de l'EE PACA Corse
Audrey GARIBBO-SARKISSIAN de la CPTS Etoile Aubagne
Jean-Robert HARLÉ de l'EE PACA Corse
Claire JOURNOU de l'URIOPSS PACA-Corse
Frédérique LAGIER-BALTI de l'EE PACA Corse
Pierre LE COZ de l'EE PACA Corse
Paul MORILLAS de Provence Santé Coordination
Gyène NICOLAS d'Aix Marseille- Université

et bien entendu, l'ensemble des participantes et participants qui ont répondu à notre appel à participation.

COORDONNÉES

Espace Éthique PACA corse
Hôpital de la Timone
264, rue St Pierre
13005 MARSEILLE
04.91.38.44.26

www.ee-paca-corse.com
secretariat.ee-paca-corse@ap-hm.fr