

# DIRECTEURS DE SERVICES À DOMICILE ET DE COORDINATIONS SOYEZ LES BIENVENUS !

2 0 0 3  
NON A  
L'OUBLI

Compte tenu de l'ouverture de l'AD-PA à vos métiers vous recevez notre revue pour la première fois.

N'hésitez pas à vous servir de ce nouvel outil qui est désormais aussi le vôtre pour vous informer, vous exprimer, échanger avec l'ensemble des directeurs au service des personnes âgées.

## EDITORIAL

### RENTRÉE CHARGÉE

#### Pour l'association

L'AD-PA doit tout d'abord organiser l'accueil d'un nombre croissant de directeurs de services à domicile et de coordinations en installant les structures adaptées et en développant sa réflexion sur certains sujets spécifiques. J. Olivier, M.C. Huntzinger et B. Ennuyer sont chargés d'élaborer des propositions pour un prochain CA. Parallèlement les contacts avec l'Agence Nationale des Services à la Personne et les organisations du secteur vont être développés afin de compléter ceux déjà initiés avec UNA et A Domicile

Ensuite il s'agit de développer l'aide à l'achat AD PA +, de conforter le travail avec les personnes âgées et les familles au sein d'AVVEC et de prolonger Citoyennage la démarche de citoyenneté des personnes âgées qui a reçu le soutien de la CNSA

#### Pour la société française

Les discussions sur le 5e risque vont s'accélérer et l'on verra comment les Pouvoirs Publics se positionneront afin de ne pas décevoir (une fois de plus) les espoirs nés des déclarations de début de mandat. Un premier aperçu sera donné par les arbitrages financiers autour de l'ONDAM car la conjoncture défavorable ne devra pas faire oublier les besoins des personnes âgées et la nécessité de rendre au secteur les crédits thésaurisés par l'Etat. Le récent recours gagné par AVVEC devant le Conseil d'Etat contre la circulaire budgétaire (cf p.?) montre notre vigilance sur ces sujets et notre volonté de nouer de réels dialogues et non des concertations de pure forme.

Le suivi du plan Alzheimer sera lui aussi d'actualité tant du point de vue organisationnel (quelle place prendront les MAIA par rapport aux CLIC et aux MDPH que financier (d'où viendront les crédits nouveaux si tant est qu'ils existeront un jour ?).

Bonne rentrée à tous.

**Pascal CHAMPVERT**

Président de l'AD-PA  
Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

#### SOMMAIRE



ÉDITO	1.
INVITÉ : J.J. AMYOT	2. 3.
Médicaments	5.
Réforme des USLD	6.
Positionnements	7.
Dossier bientraitance	8. 11.

#### ENCART SPECIAL " ADHERENTS

Infos	I.
L'AD-PA a 20 ans	II.
Vous agissez	III. IV.

L'encart spécial est adressé  
uniquement aux adhérents AD-PA

**SITE [www.ad-pa.fr](http://www.ad-pa.fr)**

L'ADEHPA qui regroupait jusqu'à présent plus de 1800 directeurs d'établissements pour personnes âgées est devenue l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées) et accueille désormais les Directeurs de services à domicile et de coordinations.

# GÉRONTOLOGIE : LE PAYS DU TROMPE-L'ŒIL

L'invité de ce numéro est **Jean Jacques AMYOT**, psychosociologue, Directeur de l'Oareil et auteur de nombreux ouvrages dont le dernier paru aux éditions Dunod en juin 2008 "travailler auprès des personnes âgées", 3e édition.

Il nous propose une analyse critique et forte du secteur gériatrique en plaidant, comme il le dit en fin de l'article "le faux pour savoir le vrai". Une réflexion qui conduit à poser sans faux semblant les bonnes questions dans l'intérêt même des personnes âgées pour lesquelles nous agissons.



**« Le faux ne représente pas l'envers de la vérité, il la désigne aussi bien »**

Le malaise s'installe en gériatrie ; il prend sa source dans une pluralité de distorsions, vaste entreprise de prestidigitation et d'amollissement constant.

Les symptômes sont sévères. Les professionnels subissent la mollesse de la structure : l'usure et le découragement sont de moins en moins accidentels. Il est vrai que les tours de passe-passe qui corrompent notre communication, nos échanges, se

répandent comme tache d'huile. Or, falsifier les vocables, c'est décaler du réel les éléments de communication sur le réel.

Tout nous paraît équivoque, flou. Notre difficulté à vivre nos engagements, nos quotidiens professionnels, s'alimente à la table de ces ambiguïtés qui travestit toute la trame de notre action.

Nous voilà baignés dans l'incertain

parce que le leurre ne nous abuse pas totalement : naît ainsi un amer ressentiment qui nous désabuse.

Qu'on ne s'y trompe pas : l'usage du faux se répand sous toutes ses formes : il imite, il mystifie, il se grime sous les traits du postiche ou de l'équivoque au royaume de l'illusion.

Que d'impostures autour de la vieillesse !

## ■ THÉORIES DU VIEILLISSEMENT

Tout ne commence-t-il pas par les théories du vieillissement dont « l'erreur catastrophe » d'ORGEL ?

Quand une erreur survient dans la synthèse des protéines, elle entraîne d'autres, le tout altérant irré-

versiblement la cellule. Ici, la vieillesse a déjà le stigmate d'un réel atrophié, décalé, anormal. L'erreur cellulaire n'en est pas une, elle est le fonctionnement normal de la vie, mais les mots nous mystifient. Et comme dans un tour de passe-passe, l'aberration

se transmet au jugement : une anomalie du bon sens. L'œil rivé sur la cellule, nous ne voyons plus l'homme ou plutôt nous y voyons ce que l'homme a cru voir.

L'illusion s'impose, se diffuse à tout un pan de notre pensée.

## ■ CECI N'EST PAS UN VIEUX

Depuis que vieillir n'est plus une bénédiction mais un dû, nous vivons à l'heure des masques, des faussaires et des subterfuges.

Être vieux est devenu une incongruité. Devant ces personnes qui, bénéficiant du bien vieillir, vont mieux que ce qu'elles seraient, dans l'hypothèse d'une réalité autre qui aurait pu surgir mais qui n'est jamais advenue, René MAGRITTE aurait sûrement affirmé « Ceux-ci ne sont pas des vieux ». Où sont-ils ?

Ici, on les affuble d'un pseudonyme, les seniors ; là, quand ils finissent par mériter leur âge, on les rebaptise dépendants ou girés\* : des trompe-l'oreille qui jouent le rôle de succédanés de la vieillesse... De là à vouloir entendre succès damnés...

## ■ UNE CITOYENNETÉ D'ARTIFICES...

Et la citoyenneté, parlons-en ! À l'époque des similis, nous en tenons un fameux. Car un simili n'est pas une contrefaçon, c'est une imitation qui ne s'en cache pas.

Nous avons beau rappeler que la théorie d'Orgel ne s'applique pas à la citoyenneté, combien de professionnels continuent de penser que vieillir provoque des erreurs de plus en plus fréquentes et graves du jugement et du discernement !

Nous nions ou nous oublions leurs droits et nous leur discernons alors une simili-citoyenneté qui surgit des nombreuses chartes, déclarations des droits pourtant clairement établis par l'arsenal constitutionnel et législatif. Redondantes ou remplaçant l'original ?

## ■ DE VRAIS MÉTIERS

Formulation habituelle pour affirmer la nécessité d'organiser le champ professionnel. Le « vrai » devrait en inquiéter plus d'un !

Que signifie cet appel à l'authentique ? Doit-on l'entendre comme une suspicion de fraude ?

Nos activités professionnelles seraient-elles si factices que nous serions situés en deçà du tueur à gages et de la prostituée (le plus vieux...) ?

Les actes que nous posons pour être rémunérés n'appartiennent-ils pas vraiment au domaine du travail ? Des pseudo-métiers ?

\* *Technocrates, soyez satisfaits : devant moi, une dame dans une alimentation ne pouvait s'attarder parce son père était devenu GIR 2.*



### ■ NIVEAU POSTICHE POUR UN VRAI MÉTIER ?

Les directeurs d'établissements se sont battus pour « cette activité professionnelle que l'on doit considérer aujourd'hui comme un métier »\*. Un décret lie leur niveau de qualification à la taille de la structure où ils exercent... Raisonement de faussaire bâti sur un subterfuge qui confond le volume de l'exercice pouvant donner

La sphère privée de chacun se dessine originalement avec un espace préservé, des êtres qui peuvent entrer dans le cercle et un certain nombre d'objets à forte valeur affective. En quelque sorte, un territoire sacré que, suivant E. DURKHEIM, les interdits protègent et isolent. Or, c'est dans ce cadre identitaire profond dont dépend notre santé mentale parce qu'il a vocation à nous rassurer que se joue un des meilleurs numéros de prestidigitation.

Pour certains, l'aide à domicile ou la famille d'accueil devient substitut de l'entourage... Une sorte de métaphore mécanique ou théâtrale : on remplace ou on mime ? Et l'intéressé là-

lieu à des rémunérations différentielles et les niveaux de qualification et de responsabilité qui ne dépendent pas d'un calcul, ici une somme de vieux. Les ingénieurs, les psychologues, les enseignants et les énarques pourront désormais être rétrogradés de niveau sur critère de débit...

### ■ L'AIDE À DOMICILE : ERSATZ DOMESTIQUE ?

Sa représentation est fortement polluée par la proximité de la quotidienneté domestique et des échanges intra-familiaux : qualités et compétences naturelles, coutumières ou pro-

### ■ LES SUBSTITUTIONS

dedans ? Le terme de famille pousse au plagiat même si, devant la polémique, les pouvoirs publics ont procédé à une substitution de la substitution : les particuliers accueillant à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées. Le vrai se crée par nomination.

L'équivoque se poursuit avec un autre tour d'adresse auquel on se prête : l'établissement devenu substitut du domicile ? Quelle étrange idée et quel drame pour les personnes dont l'univers intime est réduit à la valeur d'un substitut ! Car le plus terrible est cet entre-deux, le substitut n'ayant qu'une valeur de remplacement, sans capacité de s'imposer puisque la référé-

professionnelles ?

Duplication banale ou savoir-faire acquis dans un cadre spécifique ? Le fait que ces métiers restent quasiment féminins ne plaident pas vraiment pour la deuxième option, à moins que l'on ne croie à Vénus et à Mars... Reste alors à se considérer comme une professionnelle, expérience et formation comprises, face au miracle Borloo : 300 000 nouveaux professionnels, paraît-il, dont la majorité n'a pas bénéficié d'une heure de formation...

N'est-ce pas dans ses deux acceptations, une duplicité ? Récriminer ? Pas question ! « Et le chômage ! ».

rence au substitué lui est intrinsèque. Lorsque nous convolons en justes noces, parle-t-on de substitut ?

Le jeu d'aberrations continue. La loi interdit de fumer dans les lieux publics dont les établissements. Certains s'insurgent : on vit ici ! Les pouvoirs publics entendent la voix de la raison et écartent les chambres du champ d'application de la loi... en maintenant l'interdiction pour le lit ! Levez-vous et vous serez chez vous... Bel artifice quasi-biblique. Un faux-semblant de plus pour les professionnels et une bombe à désorienter pour les résidents. Entrée en institution : un vrai-faux passeport pour un vrai-faux domicile ?

### ■ FAUSSAIRES ET FALSIFICATEURS

Hold-up sur l'âge : certains gériatres nous promettent une quasi-éternité chimérique et vaine sans que leurs artifices aient un quelconque effet sur eux, ce qui tendrait à prouver que le faux du faux est vrai.

En parallèle, l'État via ses incarnations administratives et politiques produit de l'improductif : une véritable industrie d'irréfutables rapports comportant de vrais plans sertis de faux budgets, avec d'authentiques experts qui apportent une principale contribution : leur nom.

Reste les oracles modernes : les mystificateurs du nombre, les perfides du chiffre qui comptent les vieux, les déments, les institutions et les dépendances pour prédire l'avenir.

S'en suit un abêtissement généralisé concrétisé par une litanie de pourcenta-

ges par laquelle débute toute vérité gérontologique puisque l'arithmétique nous conduit à la science...

L'erreur vient de l'inférence : une somme d'inepties ! De vrais chiffres pour des contrevérités...

### ■ LEURRES ET ABERRATIONS

Sous le voile, d'autres éléments dévient le jugement et le bon sens avec un aplomb de faux-semblant : le générique « La personne âgée » qui sert à énoncer de grandes vérités sur ces gens réduits à un singulier, la notion de qualité confondue allègrement avec la qualité de vie des personnes, la technique qui prend rapidement sa place dans tous les interstices de notre galaxie professionnelle, laissant le sens, la finalité et les valeurs en arrière-plan.

### ■ SOI-DISANT

Je vous entends déjà sans faux-fuyant : ceci est une parodie de tragédie qu'il faut rapidement congédier. Votre condition de professionnel vous sied ? Soyez alors assuré que j'ai plaidé le faux pour savoir le vrai. Vous avez l'intention de vivre vieux ? Préparez-vous à cette expérience rare à laquelle on vous invitera : la substitution du monde à son semblant équivoque. Et d'aucuns s'étonneront qu'au cœur de tant de simulacres et d'escamotages, vous soyez désorientés !

La belle affaire ! Le trompe-l'œil mime et ment mais sans démenti véhément, vous serez travesti en dément parce que « cette épaisseur et cette étrangeté du monde, c'est l'absurde »\*.

Jean-Jacques AMYOT,

\* Camus Albert, Le mythe de Sisyphus, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1942, p. 31



## Spécialiste du secteur médico-social Solution globale de l'hygiène

Propose

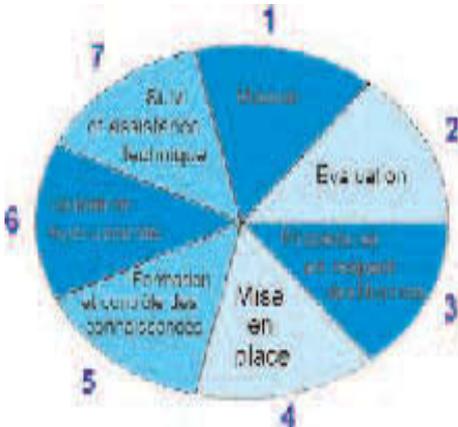
### La démarche d'accompagnement Qualité

se référant à l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 qui prévoit l'obligation d'une évaluation interne de la qualité des prestations.

Cette démarche est conduite dans les principes déontologiques et éthiques avec objectifs de répondre aux attentes de chacun et d'apporter dans l'organisation des établissements, une prise en charge des résidents dans les conditions de sécurité et de qualité optimales et de développer l'amélioration continue de la Qualité de l'ensemble des prestations.

Prest'im a défini une structure cohérente de traçabilité de l'ensemble des documents afin d'assurer la mise en place des procédures « QUALITE » et le suivi des prestations de Bio nettoyage des équipes d'agents Hospitaliers et d'hébergements.

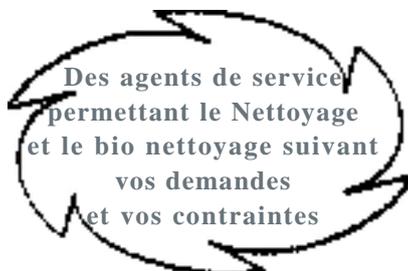
#### Démarche qualité



- **Evaluation** de votre site.
  - **Mise en place** des procédures (traçabilité et maîtrise des risques).
  - **Protocoles** et autocontrôles en bio nettoyage et HACCP.
  - **Formation** des équipes ASH et contrôle des connaissances.
  - **Application** de l'observance des bonnes pratiques.
  - **Suivi** et assistance technique des équipes
- 
- **Gestion** des plannings avec suivi mensuel de l'absentéisme.
  - **Compte-rendu** et rapport sur la mission (objectifs réalisés).

Formateur n° 11770401377 auprès de la direction générale du travail et de la formation professionnelle.

Prest'im rationalise l'ensemble des techniques de nettoyage et de désinfection. Son concept « colorimétrique » de Bio Nettoyage permet d'éviter les contaminations croisées et lutter contre les infections nosocomiales. Les produits d'Hygiène et matériels d'entretien sont sélectionnés en conformité avec les normes « QUALITE »



## Sarl Prest im

16 bis rue des pendants  
de la Queue en brie  
77340 Pontault Combault  
T l : 01.60.29.57.23  
Fax : 01.60.29.13.05  
email : prestim77@wanadoo.fr

Madame Martine Le Moigne  
Directrice générale

Plaquette d'information  
ou rendez-vous sur demande

# ■ PHARMACIE D'OFFICINE : INTERDICTION DES FOURNITURES SOUS BLISTER par Michel MASSAL

**M. MASSAL**, auteur de "la gestion du médicament en établissement médico-social" (Editeur : Seli Arslan) poursuit ses éclairages sur les pratiques et réglementation concernant l'administration des médicaments en établissement.

Où conduira l'intention d'interdire aux pharmaciens d'officine la mise en pilulier des spécialités pharmaceutiques qu'ils délivrent aux résidents d'un EHPAD ? En condamnant le 29 mai 2008, un pharmacien d'officine pour avoir reconditionner des spécialités pharmaceutiques, en plaquettes alvéolées thermosoudées sous blister, dans son officine, destinées à des résidents d'un EHPAD, la Cour d'Appel de Rouen rend illicite toute mise en pilulier jetable type Medissimo, Manrex, Oreus-pilulier par un pharmacien d'officine dans son officine.

## Reconditionner sous blister : un acte de fabrication industrielle !

La volonté d'éradiquer de telles pratiques est manifestement exprimée dans l'arrêt : « *Le ministère public souligne la gravité des conséquences d'une relaxe qui autoriserait tout pharmacien d'officine à modifier sans autorisation ni contrôle selon un processus industriel le conditionnement, voire le dosage, d'une spécialité pharmaceutique préalablement à sa seule remise au patient dans des établissements dépourvus de pharmacie à usage intérieur accueillant des personnes âgées et donc fragiles. Il évoque les risques d'erreurs mais aussi de recyclage de médicaments périmés et les conséquences d'une concurrence économique sauvage sur la carte sanitaire et le maillage territorial des officines* ».

Les liens de cause à effet qui semblent être établis entre le reconditionnement et certains des risques soulignés nécessitent que l'on s'y attarde :

- L'intérêt financier de la délivrance de médicaments aux résidents d'un EHPAD pour une pharmacie d'officine, et la concurrence entre pharmacie pour l'obtention de ce marché, sont réels, qu'ils s'accompagnent ou non de la préparation des doses à administrer.
- Le risque de recyclage de médicaments périmés nous paraît plus sûrement lié à l'honnêteté du pharmacien qu'à la préparation des doses à administrer.
- Lors de la préparation des doses à administrer les risques d'erreurs existent, que la mise en pilulier soit assurée par un pharmacien ou par un infirmier.

Ces arguments, dont la pertinence n'est pas démontrée par le ministère public, ne sont pas nouveaux, la nouveauté sur laquelle se fonde l'essentiel de la démonstration qui conduira à la condamnation du pharmacien est l'assimilation de l'acte de reconditionnement, ici incriminé, à « un processus industriel » et sa qualification « d'acte de fabrication

au sens de l'article R. 5124-2 du code de la santé publique ». Ce reconditionnement, assimilé à un acte de fabrication industrielle, se voit de fait appliqué la réglementation qui s'y rapporte.

## La mise en pilulier : en officine ou en EHPAD, avec quel matériel ?

L'arrêt retient notamment, pour qualifier l'acte de reconditionnement d'acte de fabrication, que l'acte pratiqué par le pharmacien est préalable à la distribution au détail des spécialités pharmaceutiques aux établissements.

Pourrait-on en déduire que l'acte de reconditionnement accompli par ce pharmacien avec ce même matériel mais réalisé dans l'EHPAD, après la livraison au détail de l'établissement, ne serait pas illicite ? Peut-on être plus explicite sur l'acte de reconditionnement incriminé ?

L'argumentaire développé à l'encontre du prévenu introduit à ce propos une distinction : « *ce procédé induisait de fait le déconditionnement de spécialités pharmaceutiques de leur emballage et leur présentation, non dans un pilulier,*

*mais sous un nouveau conditionnement constitué de plaquettes sous blister thermosoudées* ». Il précise également : « *Un tel re-conditionnement en plaquettes alvéolées thermosoudées sous blister et revêtues d'un étiquetage créé par le pharmacien ne peut être assimilé à la pratique de remplissage d'un pilulier, simple boîte destinée à recevoir les doses préparées habituellement par le personnel infirmier, généralement pour une semaine* ».

Cette distinction laisse supposer que le recours à ce pilulier, une « simple boîte », ne peut être qualifié de processus industriel et d'acte de fabrication, pourrait-il à ce titre être autorisé en pharmacie d'officine pour la préparation de doses à administrer de résidents d'EHPAD ?

Si cet arrêt interdit aux pharmaciens d'officine de reconditionner dans leur officine les spécialités pharmaceutiques destinées aux résidents d'EHPAD, aux moyens de pilulier à usage unique, il semblerait ne pas rendre illicite le reconditionnement en EHPAD par le pharmacien ni le recours à des piluliers traditionnels.

## SUITE À CE JUGEMENT QUELLE CONDUITE TENIR ?

- Faut-il immédiatement mettre un terme à la préparation des piluliers par les pharmaciens d'officine dans leur officine au moyen des dispositifs Medissimo, Manrex, Oreus-pilulier ?
  - Faut-il transférer dans les EHPAD ces contributions des pharmaciens ?
  - Faut-il condamner l'emploi des piluliers jetables et préférer d'autres piluliers tels les semainiers ?
  - La préparation des doses à administrer par le pharmacien est une des composantes essentielle de la coopération entre les EHPAD et les pharmaciens d'officine, faut-il abandonner tout projet de ce type ?
- Certainement pas, l'apport des compétences du spécialiste en pharmacie lors de la préparation des doses à administrer et de leur mise en pilulier, constitue un gage de sécurité et de qualité des soins pour les résidents des EHPAD.

## Pour quelles raisons en priver les résidents ?

Pour quelles raisons interdire aux pharmaciens d'officine la mise en pilulier et encourager les pharmaciens de PUI à développer ces mêmes pratiques ? Face à un tel constat, il nous semble fortement dommageable d'attendre que le

cadre réglementaire du contenu des conventions rendues obligatoires entre les pharmacies d'officine et les EHPAD depuis déc. 2006 (Art. L. 5126-6-1 CSP), soit défini par la jurisprudence.

## L'AD-PA a écrit aux Ministres pour qu'ils avancent sur les points suivants :

- Le reconditionnement sous pilulier des doses à administrer, par les pharmaciens d'officine.
- Les lieux de reconditionnement : officine, EHPAD.
- Le recours aux divers types de piluliers : à usage unique ou à tout autre pilulier.

Dans cette attente des dispositions devraient être prises afin de ne pas mettre un terme aux nombreuses coopérations établies ces dernières années entre les pharmaciens d'officine et les directeurs d'EHPAD.

Les débats déjà engagés sur la coopération entre les pharmaciens et les EHPAD doivent se poursuivre et aboutir au plus vite dans l'intérêt de tous les partenaires et des personnes âgées.

(citations extraites de l'arrêt du 29/05/08 Cour d'Appel Rouen, chambre correctionnelle.)

# ■ LA RÉFORME DES U.S.L.D.

Au moment de la mise en oeuvre de la réforme des Unités de Soins de Longue Durée en Île de France, la FHF, la FEHAP et AD-PA ont saisi, par courrier la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de Paris sur les conditions de la partition en région francilienne, une question qui concerne grandement les professionnels de toutes les régions.

## ... L'INQUIÉTUDE DES PROFESSIONNELS...

Lors de la dernière réunion du Comité de pilotage USLD d'Île de France (26 mai), l'ARH d'Île de France a proposé une méthodologie d'évaluation des besoins non couverts en USLD satisfaisante sur plusieurs points.

Elle a effectivement basé son étude :

- sur l'évolution démographique des patients de 75 ans et plus : le taux d'équipement francilien nécessaire a

été estimé à 6 lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans à horizon 2015 ;  
- sur les besoins d'aval : le nombre de patients au long cours en court séjour et en SSR, dits « SLD requérants » a également été pris en considération ;  
- sur l'évaluation des patients SMTI en EHPAD de moins de 80 lits : à dire d'expert, dans ces structures, le taux de SMTI « acceptable » ne doit pas dépasser 6 à 7%, élément acté par l'ARHIF. C'est sur l'ensemble de ces

éléments que l'ARHIF estime à 7587 lits le besoin en lits de Soins de Longue Durée pour notre région à horizon 2015, soit l'équivalent du nombre de lits actuels avant partition.

Les travaux menés par l'Agence, en concertation avec les fédérations, se sont révélés satisfaisants ; nos demandes ont effectivement été entendues et nous nous en félicitons. Cependant la situation reste préoccupante.

## 1. S'AGISSANT DE L'ÉVALUATION DES BESOINS EN LITS DE SLD POUR LA RÉGION

Nos fédérations contestent l'exclusion systématique, dans la méthode d'évaluation des besoins en SLD adoptée par l'ARHIF, du taux de patients SMTI « acceptables » en EHPAD (6 à 7% à dire d'expert) dans les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de plus de 80 lits.

L'ARH ne considère en effet que les EHPAD de moins de 80 lits dans l'analyse menée. Les établissements de plus de 80 lits n'entrent pas dans son calcul dans la mesure où les autorités les estiment absolument à même de prendre en charge, la journée et la nuit, les patients SMTI, quel que soit leur « représentativité » parmi les patients hébergés dans l'établissement. Or, à ce jour, nombre de structures ne disposent pas d'un temps d'IDE 24/24H. Sans

prise en considération de cet élément, les besoins en SLD sur l'Île de France sont nécessairement sous-évalués.

Par ailleurs, la FHF, la FEHAP et l'AD-PA d'Île de France préconisent, en se basant sur les conclusions du rapport Jendel, un taux d'équipement en lits de SLD oscillant entre 7 et 12 lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, et non de 6 pour 1 000, chiffre retenu par l'ARHIF dans son estimation des besoins à horizon 2015.

Une modification à la hausse du chiffre retenu pour cette partie de l'analyse des besoins franciliens en SLD conduit nécessairement à une réévaluation du nombre de lits requis à horizon 2015.

Enfin, la partition, selon la circulaire du 10 mai 2007, devait permettre de clarifier le positionnement des unités de

soins de longue durée dans la filière de prise en charge des personnes âgées, en vue de leur offrir une orientation vers une structure adaptée à la charge en soins.

Or à ce jour, parmi les critères établis pour pratiquer la partition, celui relatif au dimensionnement d'une unité de soins de longue durée, fixant à 30 le nombre de lits minimal pour une unité, est mis en application de manière très drastique par les autorités, sans que soient réellement pris en considération les critères d'évolution démographique. Nous considérons au contraire que la décision emportant passage en EHPAD d'une unité d'USLD de moins de 30 lits doit être prise dans le cadre d'une analyse menée au cas par cas, et attentive aux besoins de population actuels.

## 2. S'AGISSANT DE LA PARTITION ET DE SON APPLICATION EN ÎLE DE FRANCE

Nous tenons à attirer votre attention sur la situation propre à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, pour laquelle la partition n'est pas actée à ce jour. S'il s'avérait que 100% de leurs lits d'USLD en Île de France (soit près de 4000 lits) soient maintenus dans leur statut sanitaire, nous ne pourrions accepter que cette décision puisse être prise au détriment des autres établissements franciliens, publics ou privés non lucratifs. Cela signifierait en effet que la totalité de la cible « post-partition » (environ 4 000 lits sur les 8 000 installés « ante-partition ») serait absorbée par l'AP-HP, sans plus aucune possibilité pour nos adhérents de confirmer et faire reconnaître légitimement leur positionnement au sein de la filière gériatrique.

Nous vous adressons enfin une dernière remarque, relative au contenu du Schéma Régional de l'Offre de Soins d'Île de France. Ce document mentionnait déjà en 2006 que le taux d'équipement USLD de la région était inférieur à

la moyenne nationale. Or, sur près de 7 000 lits constituant la « marge nationale » issue de la partition et répartie entre les régions, seuls 231 ont été attribués à la région Île de France. Au

regard des besoins criants en lits de SLD franciliens, nous ne pouvons nous contenter de l'octroi de seulement 3.3% des lits disponibles en sus au niveau national.

### NOUS DEMANDONS :



- que le taux de patients SMTI présents dans les EHPAD



gène, à tous les secteurs de prise en charge, publics ou privés, des règles de partition;

la révision du nombre de lits alloués par le national à l'Île de France en sus de la partition ;

- que le taux d'équipement en lits de SLD retenu réponde aux recommandations du rapport Jendel (i.e. entre 7 et 12 lits pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) ;

- l'analyse au cas par cas pour des structures de moins de 30 lits lorsque les conditions d'implantation l'exigent ;

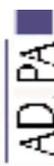
- l'assurance de l'application homo-

logène, à tous les secteurs de prise en charge, publics ou privés, des règles de partition; la révision du nombre de lits alloués par le national à l'Île de France en sus de la partition ;  
- la réévaluation du nombre de lits attribués à la région Île de France sur la marge nationale.

**Grégoire BELLUT**, Correspondant régional AD-PA

**Jean-Pierre BURNIER**, Délégué régional FHF

**Patrick HONTEBEYRIE**, Délégué régional FEHAP





## ASSOCIATION VIVRE ET VIEILLIR ENSEMBLE EN CITOYENS

### ■ BAISSÉ DES MOYENS DANS LES ÉTABLISSEMENTS : AVVEC gagne au Conseil d'État et dénonce la stratégie de l'État - 15 sept

AVVEC avait déféré devant le Conseil d'Etat la circulaire du 6 avril 2007 qui organisait la baisse des moyens de certains établissements pour personnes âgées. Comme elle l'avait indiqué, à plusieurs reprises, aux Ministres concernés la volonté d'AVVEC était qu'un débat transparent le plus large possible soit engagé sur les besoins des personnes âgées et les moyens des établissements.

Le Conseil d'Etat a annulé la circulaire par un arrêté du 16 juin justifiant la démarche de l'association.

Au lieu de profiter de cette situation pour dialoguer, l'Etat a agi dans la plus grande discrétion pour maintenir (et même renforcer) son sinistre projet. Ainsi il a fait inscrire le dispositif en catimini dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale puis pris un arrêté le 16 juillet sans aucun

échange avec les acteurs du secteur.

Au moment où les Pouvoirs Publics annoncent à grands efforts de communication de hautes ambitions pour nos aînés, ils organisent un dispositif d'agression à leur égard. AVVEC s'élève avec vigueur contre une telle démarche et appelle à un débat sur ces questions et rappelle que selon la Cour des comptes « les besoins des personnes âgées sont couverts à moitié ».

### ■ 5ème RISQUE : LES ATTENTES D'AVVEC - 8 juillet

La mission sénatoriale a présenté son rapport d'étape, C.LAGARDE, Ministre de l'Economie intervenait sur le financement de l'aide aux personnes âgées et jeudi X. BERTRAND et V. LETARD débute les concertations sur le 5ème risque. Dans ce contexte AVVEC qui regroupe l'AD-PA et la FNAPAEF souhaite rappeler ses attentes dans les échanges à venir sur 3 thèmes essentiels :

- la nécessité d'une prestation unique pour les personnes handicapées, quel que soit leur âge (- ou + de 60 ans)

- la mise en place de financements solidaires majoritairement publics excluant tout recours sur succession (la participation des assurances privées peut être envisagée, mais dans un cadre bien précis)

- la mobilisation de moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées à domicile et en établissement et diminuer les prix payés en établissement. Parallèlement, AVVEC continuera de dénoncer les manœuvres de l'Etat, tels que les détournements des moyens de la CNSA mis en lumière au Conseil du 1er juillet.

## COMMUNIQUÉS AD-PA

### ■ BILAN 2003 – 2008 DES POLITIQUES PUBLIQUES 5 ANS APRÈS LA CANICULE - 6 août

Cinq ans après le drame d'août 2003 qui avait vu le décès de 15 000 personnes âgées, les politiques publiques en faveur des personnes âgées fragilisées restent insuffisantes.

#### Une prise de conscience réelle

Dès après le drame ont été mises en place des actions permettant une meilleure information et une meilleure coordination entre météorologues, pouvoirs publics et professionnels afin de limiter les effets d'une nouvelle crise climatique. L'Etat annonçait ensuite des plans d'augmentation des moyens en 2003 et 2006, par le biais notamment de la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie créée en 2004 pour gérer les crédits liés à la suppression du jour férié. Elu Président de la République N. SAR-

KOZY annonçait la création d'un 5ème risque pour l'aide à l'autonomie, et un grand plan Alzheimer. Pourtant toutes ces annonces ont peu modifiée la vie des personnes âgées fragilisées, à l'image des pièces climatisées dans les établissements qui n'ont guère eu d'impacts sur la vie de nos aînés et n'ont bénéficié d'aucun financement d'Etat en dépit des engagements pris.

#### Des prises de décisions insuffisantes

En réalité, en l'absence d'arbitrages financiers suffisants et de réelle volonté politique, ces différents plans n'ont souvent que repris les annonces des précédents et n'ont pas été réellement mis en place. Ainsi, depuis 2001 le nombre des professionnels en établissement n'a augmenté que de 10%. En 2003 l'AD-PA demandait un Plan

Marshall dont on est loin aujourd'hui.

En 2005 la Cour des Comptes a conforté cette analyse en indiquant que « les besoins des personnes âgées n'étaient couverts qu'à moitié »

Pour doubler l'aide aux personnes âgées en établissements et à domicile, il faudrait débloquer 6 à 7 milliards d'euros ce qui représente moins de 1% du budget de la sécurité sociale et permettrait, au-delà de la réponse éthique aux besoins de nos aînés, la création de nombreux emplois non délocalisables dans notre pays. C'est tout l'enjeu auquel doit répondre le 5ème risque annoncé par le Président de la République, afin d'améliorer les conditions de vie de nos aînés au quotidien et éviter qu'un nouvel accident climatique ne provoque des milliers de morts...

### ■ SCANDALE : l'état communique sur un plan Alzheimer européen et organise en France le détournement des crédits prévus pour les personnes âgées fragilisées - 2 juillet

Le jour du Lundi de Pentecôte les représentants de l'Etat avaient affirmé que les 600 millions de crédits non dépensés par la CNSA en 2006-2007 resteraient bien dans ses budgets et seraient affectés à des dépenses de formation et d'investissement. Pour cela l'Etat doit prendre un arrêté.

Le Conseil de la CNSA d'hier a été informé que l'Etat n'a pas pris cet arrêté. Le choix de l'Etat est donc clair: en espérant que personne ne réagisse, il tente de soustraire ces crédits de l'aide aux personnes âgées pour faire des économies à l'Assurance Maladie et donc diminuer son déficit : une partie de

l'argent du jour férié est donc détournée de son objectif comme le dénonçait l'AD-PA.

- **Pire** : au Conseil de la CNSA les organisations de personnes âgées, personnes handicapées, professionnels, partenaires sociaux et personnalités qualifiées ont présenté des propositions communes pour affecter rapidement les crédits 2008 de la CNSA aux établissements et services à domicile :

l'Etat a voté contre montrant ainsi sa volonté de générer de nouveaux excédents, à détourner ultérieurement.

- **Pire encore** : dans la plus grande dis-

crétion et sans aucune concertation, l'Etat prépare un texte permettant de diminuer le nombre des personnels dans certains établissements sans qu'aucune étude ne montre qu'il y aurait des établissements trop dotés et alors que la Cour des comptes, dans son rapport de 2005, indiquait que les besoins des personnes âgées ne sont couverts qu'à moitié.

**L'Etat doit donc désormais adapter ses actes à sa communication et ne pas afficher de grandes promesses en organisant en coulisse les détournements de crédits et les restrictions budgétaires.**

# MALTRAITANCE DES PERSONNES AGÉES : Causes et solutions

## Déclaration de l'AD-PA

### La société

Un climat sociétal qui dévalorise la personne âgée (et, a priori, quand elle est fragilisée) ne favorise pas le développement du respect, premier rempart contre la maltraitance. La discrimination par l'âge (âgisme) est encore trop répandue ; que dire de déclarations visant à interdire le vote des plus de 80 ans ou de magazines titrant « Interdit de vieillir » ? L'AD-PA a participé à la création de « l'observatoire de l'âgisme » pour faire avancer la réflexion de la société sur ce thème.

### Les pervers et les cupides

Les plus exceptionnelles mais les plus spectaculaires, les maltraitements dus à ce type d'individus (voisins, familles ou professionnels) peuvent être verbales, psychologiques, financières voire physiques. L'AD-PA soutient les efforts des Pouvoirs Publics pour que les victimes et les témoins puissent être écoutés et

dénoncent ces situations à la police ou à la justice afin que de telles pratiques soient sévèrement sanctionnées.

### Les familles et les professionnels piégés

Le plus souvent à domicile pour les premières (où se déroulent 80% des maltraitements contre 20% en établissement) à domicile ou en établissement pour les seconds, les difficultés (hormis les cas précédents) naissent de l'épuisement des uns et des autres ; ces actions involontaires s'apparentent plus à une insuffisante bien-traitance : prise en compte incomplète des attentes de la personne, délais trop longs dans la réponse, accompagnement trop rapide dans les actes quotidiens, écoute insuffisante ... Au-delà de l'amélioration de l'information et de la formation, l'essentiel reste la nécessité d'augmenter le nombre de professionnels aidant les personnes âgées à domicile ou en établissement. La Cour des Comptes rap-

portait dans son rapport de 2005 que les besoins des personnes âgées sont couverts à moitié dans notre pays. Il importe donc, dans le cadre du 5ème risque annoncé par le Président Sarkozy, d'engager les arbitrages financiers nécessaires afin de rattraper les retards français accumulés depuis 30 ans par rapport à nos voisins européens.



### La question MALTRAITANCE ET JUSTICE

sera abordée dans le cadre du

**COLLOQUE AD-PA  
22 au 24 mars 2009  
à Paris - Porte Maillot**

lors du 8ème Congrès de la gériatrie



## ■ BIEN-TRAITEMENT À DOMICILE

**Joëlle OLIVIER**, représente l'AD-P pour le domicile au Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance avec **Roger VIRAUD (établissements)**. Elle présente dans cet article les objectifs du plan de la bien-traitance pour le domicile ainsi que les positions des représentants du domicile de l'AD-PA.

### LES ABUS À DOMICILE

Les abus à domicile prennent place, le plus souvent, dans le cadre de la violence intra-familiale ou conjugale. Ils s'inscrivent souvent dans une longue histoire familiale où divers conflits non résolus peuvent ressurgir : exploitation financière, dévalorisation, privation de contact avec les petits-enfants, interruption des services donnés à domicile, alimentation et médication inadaptée, séquestration. L'aidant se trouve plongé dans une ambivalence faite d'amour et de culpabilité mêlés. L'aidant, que ce soit un enfant, un autre membre de la famille, un proche voir un professionnel, a développé des liens solides avec la personne âgée : des liens de sang, d'amour ou d'amitié forte.

Ces liens entretiennent la relation d'aide et/ou de soutien établie. Ainsi, l'aidant peut un jour se trouver confronté à ses propres limites. Il ne peut plus assumer la relation d'aide établie.

Un sentiment de culpabilité vient alors se mêler au sentiment d'amour plongeant l'aidant dans cette ambivalence. Les abus à domicile peuvent également être le fait d'intervenants de soins et services à domicile. En effet, certains professionnels profitent de la vulnérabilité des aînés pour détourner leur argent (pension, économies ou héritage). Ils peuvent aussi, par manque de formation, ou de contrôle ou d'encadrement négliger les aides et les soins qu'ils doivent prodiguer.

### LES MESURES PRÉVENTIVES

- l'information et la sensibilisation de la famille, du personnel à domicile sur la maltraitance des personnes âgées ;
- la mise sur pied de groupes de parole pour aidants ou professionnels ;
- le maintien des contacts pour éviter l'isolement et « contourner » la violence financière : en effet, l'intervention de professionnels au domicile peut permettre de détecter des situations d'abus financier ou de violence familiale et inversement, le maintien des contacts familiaux permet d'être attentif aux soins et services apportés à domicile ;
- le recours à des professionnels pour l'appui et le soutien de l'aidant via des aides familiales.

## LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE LA BIEN-TRAITEMENT

Le plan de développement de la bien-traitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance a été publié le 14 mars 2007 par le ministre Philippe BAS. Dans ce cadre, l'action du Comité national de vigilance a été élargie au secteur personnes handicapées. Les mesures pré-citées y sont préconisées.

Le travail du Comité national consiste à favoriser la mise en commun des outils et des expériences. À ce titre, il a établi dans un premier temps, une méthode et des outils qui favoriseront la mise en œuvre d'une démarche intégrée de

gestion des risques en établissement.

Puis, dans un deuxième temps, le Comité national travaille à l'élaboration de méthode et outils prenant en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de « l'aide, les soins et l'accompagnement » de personnes vulnérables vivant à domicile.

Le champ concerné par cette méthode est l'ensemble des services prestataires qui offre à une personne âgée ou handicapée une prestation à domicile et pas seulement la prise en charge dans le cadre d'un service d'aide. S'inspirant de

l'outil « guide de gestion des risques de maltraitance en établissement » et de la méthodologie qui prévaut en la matière, travaux menés par le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées en établissement et institution, a été élaboré un guide spécifique aux situations du domicile qui prend en compte les facteurs techniques, humains et organisationnels de la prise en charge à domicile.

Ce travail, démarré en mai 2007, devrait s'achever fin 2008.

## LE TEST :

Onze associations, fédérations et/ou unions nationales sont impliquées dans le test, soit une trentaine de services de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les premiers retours du test confirment que la démarche s'apparente à une démarche d'amélioration continue de la qualité du service, allant bien au delà

d'un outil d'identification et d'analyse des dysfonctionnements de l'organisation et du fonctionnement d'un service dont une des conséquences peut être la maltraitance des personnes accompagnées à leur domicile.

Selon la taille du service, et/ou son avancée dans la mise en œuvre des obligations de la loi du 2 janvier 2002

(projet de service écrit, évaluation interne et externe, livret d'accueil, document individuel de prise en charge, règlement de fonctionnement, CVS ou autre forme de participation ...), cette démarche, bien qu'intéressante, se révèle lourde à mettre en œuvre, nécessitant des moyens humains supplémentaires tant sur le plan qualitatif et quantitatif.

## TROIS OUTILS SONT PROPOSÉS À CE JOUR

### 1. Un guide de gestion des risques de maltraitance à domicile : méthode, repères, outils

Il est d'une compréhension et d'une utilisation facile si le service a déjà amorcé ou finalisé une démarche qualité. Il devient un outil incontournable, mais plus difficile, pour les autres en tant que support d'auto-évaluation.

Dans le premier cas, il demande un investissement classique comme toute démarche d'évaluation.

Dans le deuxième cas, il sera nécessaire de prévoir un temps d'accompagnement des équipes et de l'encadrement à la compréhension et à l'utilisation de l'outil avant d'aboutir à l'élaboration d'un plan d'actions en faveur de la mise en œuvre d'actions de prévention, de dépistage, de lutte et/ou de signalement de la maltraitance. Quid du financement ?

### 2. Une fiche de remontée des informations signalantes à destination des professionnels

Introduite dans les discours et pratiques, cette fiche permet de libérer la parole, de dédramatiser ce sujet trop souvent « tabou ». Elle pourrait être annexée au dossier individualisé de la personne aidée. Elle demande un temps de sensibilisation à son utilisation, un temps

d'adaptation pour favoriser l'appropriation par les équipes et être utilisée dans la durée. Elle est remplie par un salarié et peut être validée en réunion pour une objectivité maximale.

### 3. une fiche de vigilance à l'attention des familles

Cette grille destinée aux familles et aux proches sert à recueillir leur avis. Elle est d'une utilisation difficile car les familles, souvent épuisées, sont peu disponibles à ce qu'elles considèrent comme de l'« administratif ».

Sa compréhension nécessite un temps de présentation de l'outil avec autant d'explications que de familles. Dans les situations à risque les familles sont souvent trop impliquées pour répondre de façon objective et minimisent les risques, les faits. Il faudrait sans doute évaluer les impacts ou les déviations dans son utilisation car ainsi formulée elle pourrait figer l'expression autour d'une situation, et être un obstacle à la confiance établie avec le service et donc à la vigilance et au signalement.

Pour un service, il a été facile de profiter d'une réunion de famille (de type CVS) pour expliquer et toucher ces familles dans un contexte adapté qui se sont alors montrées plus disponibles. Il est possible de remplir la fiche lors d'une visite à domicile par le personnel d'en-

cadrement. Mais il a été remarqué que cette fiche pouvait provoquer un questionnement mal venu qui entache la confiance établie avec le service.

Précisons enfin qu'une réunion intra-DGAS, d'articulation avec l'ANESM s'est tenue au printemps. Il a été convenu de mettre en place des complémentarités entre recommandations de bonnes pratiques, critères d'évaluation, indicateurs de résultats ... Une deuxième rencontre aura lieu pour faire part des évolutions consécutives au test en lien avec l'ANSP et la CNSA.

### 1ères CONCLUSIONS AD-PA :

Ces tests nous ont convaincu d'une aide possible apportée par ces outils qui restent à peaufiner. Leur utilisation nous a aussi confirmé qu'un temps de travail supplémentaire était indispensable et restait à trouver, donc à financer, pour assurer ces actions de « dépistage / prévention / signalement » tant pour le personnel d'encadrement que pour les personnels de terrain. Il importe donc d'accompagner ces outils d'un volet méthodologique, d'une formation des utilisateurs et d'aborder également la question des moyens. Sans effectif supplémentaire, aucun travail ne pourra être mené dans la continuité, donc dans l'efficacité.

Joëlle OLIVIER

## BIENTRAITANCE EN ÉTABLISSEMENT : questionnements

**Gérard BRAMI**, Docteur en droit, Directeur, consultant, responsable adjoint de l'AD-PA et Auteur de nombreux ouvrages dont notamment : « le règlement de fonctionnement des EHPAD (éd. les études hospitalières), les droits des personnes âgées hébergées » (éd. Berger Levrault) interpelle sur l'image des établissements face à la question de la bientraitance.



Depuis plusieurs années, les critiques à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées ne cessent d'augmenter quant à l'existence de maltraitances régulières

en leur sein. Un récent reportage sur une chaîne de télévision a mis en avant des situations particulièrement insoutenables.

Une véritable politique gouvernementale de lutte contre les maltraitances institutionnelles a été mise en place entre 2001 et 2005 mais les résultats ne semblent pas avoir porté de fruits. Pire encore, la situation semble s'être aggravée et la lutte contre la maltraitance est en train de prendre une tournure particulièrement dramatique.

Notre propos concerne naturellement l'action contre toutes maltraitances au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendan-

tes, au sein de nos établissements.

S'il est difficile d'imaginer aujourd'hui que des établissements puissent rester inactifs sur ce sujet là, il est également particulièrement difficile d'imaginer que les établissements d'hébergement n'ont pas réellement évolué de manière positive, depuis plusieurs années, et il apparaît peu admissible de penser au contraire qu'il y a, sur ce sujet comme sur tant d'autres, une véritable régression des comportements de l'ensemble des acteurs qui y travaillent.

**“ Incontestablement, nous ne croyons pas en l’hypothèse d’une absence d’évolution. Incontestablement, nous ne voulons pas croire à l’hypothèse d’une régression”.**

De très nombreux responsables d’établissements se posent alors des questions fondamentales :

- Pourquoi cette soudaine accélération de la lutte contre la maltraitance à l’intérieur des établissements ?

- Pourquoi cette multiplication de textes réglementaires qui laissent planer de nombreuses suspicions, alors que toute analyse et réaction constructive et efficace devrait se fonder sur une parfaite coopération et partenariat entre le ministère et les établissements ?

À travers ces inquiétudes qui ne cessent de se développer, à travers ces craintes d’être soudainement critiqué d’une manière forte et vive, se profile un certain nombre d’hypocrisies qu’il nous revient de mettre en évidence sous la forme des questionnements suivants. La réforme des établissements d’hébergement mise en place par les textes réglementaires de 1999 a été accompagnée d’un véritable dispositif de qualité dont le contenu et la portée sont considérables, alors on peut s’interroger sur un certain nombre d’hypocrisies qui ont pu durer voir perdurer.

**- POURQUOI FOCALISER SUR LES ÉTABLISSEMENTS ? -**

**Comment comprendre cette focalisation sur les établissements ?**

Lorsque l’on regarde l’ensemble des statistiques relatives aux maltraitances à l’égard des personnes âgées, nous constatons que plus de deux tiers d’entre elles se déroulent au domicile. Nous pouvons ainsi dire que probablement la connaissance de ces maltraitances est beaucoup plus facile à relever, et la dénonciation particulièrement aisée !

Dans de nombreux départements, l’action contre la maltraitance à l’intérieur des établissements d’hébergement est devenue une véritable priorité, alors que cette même action dans le cadre des personnes âgées vivant au domicile semble encore balbutier !

- Alors pourquoi cette différence de traitement ?

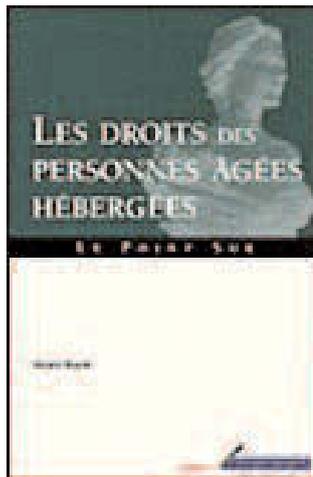
- Alors pourquoi cette insistance là où le mal semble moins profond ?

- Alors pourquoi ces deux poids, deux mesures ?

Dans notre département, nous venons de vivre cette situation et des mois de conflit ont - tristement- été nécessaires pour commencer l’ouverture d’une véritable discussion sur ce sujet particulièrement dramatique.

**QUEL BILAN DES CONVENTIONS ?**

Comment comprendre qu’après des années de négociations liées à la signature de la convention tripartite pluriannuelle, de la mise en place d’objectifs ambitieux, d’une demande considérable de documentations que doit ou devait mettre en place chaque établissement, nous ayons abouti à voir, curieusement, la maltraitance être mise en avant comme si rien de tout cela n’avait permis une quelconque amélioration des établissements ?



Tout ce travail difficile pour les gestionnaires d’établissements, travail qui faisait parfois l’excès dans les demandes des autorités de tarification, mais qui a également mobilisé ces mêmes services - Conseil général, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales - tout ce travail n’a-t-il abouti qu’à cette échec profond sur la question de l’action contre la maltraitance, échec bien entendu que l’on veut mettre en avant aujourd’hui mais dont nous doutons ?

Cette professionnalisation de nos employés, la mise en place d’un projet d’établissement dans lequel était développé le projet de vie, à l’intérieur duquel nous trouvions affirmer les droits et libertés des personnes que nous hébergeons, la mise en place de formations professionnelles imposées par les autorités et souhaitées par les établissements, l’obligation de disposer de protocoles et de procédures de toutes sortes, tout cela n’a donc servi à rien, pire encore, tout cela ne nous aurait conduit qu’à laisser « filer » la maltraitance au sein de nos établissements, au point que le doute soit officiellement entré chez nous ?

**- POURQUOI EXAGÉRER LA RÉALITÉ ? -**

**Comment comprendre cette insistance sur les maltraitances en institution, alors que le rapport de l’Inspection générale des affaires sociales de 2005 \* a montré que le nombre de maltraitances institutionnelles était peu élevé, si l’on en juge les dépôts de plaintes et les sanctions qui en ont découlé ?**

Malgré une politique de contrôle au cours des années 2001 à 2005, malgré des instructions nombreuses, malgré un souci des autorités à la vigilance, malgré la mise en place des conventions tripartites pluriannuelles et tous les contrôles qui en ont découlé, malgré la venue de personnels diplômés, ayant bénéficié d’une formation dans le cadre des écoles d’infirmières et d’aides soignantes, malgré tout cela, la maltraitance n’aurait donc pas été résolue en institution, et aurait vu son nombre croître ?

Nous en sommes pour le moins étonnés.

- Alors, pourquoi définir les maltraitances d’une manière aussi large et aussi importante, alors que plus personne n’arrive à se retrouver dans la réalité, ne sachant pas si l’acte ou la parole

que l’on vient de faire ou d’exprimer est ou n’est pas de la maltraitance ?

- Alors pourquoi Le phénomène de maltraitance reste encore mal connu, alors que le rapport de l’inspection générale mentionne très clairement les trois carences suivantes qui n’ont rien à voir avec les établissements :

- l’ enchevêtrement des compétences entre l’État et les conseils généraux,

- l’ absence de coordination entre la justice et les affaires sociales ;

- l’absence de mise en place dans les départements étudiés d’une liste de « personnes qualifiées » et chargées d’assister les usagers en cas de conflit avec l’institution.

Sont-ce là des erreurs ou des fautes commises par les établissements ? Les établissements ont-ils tout fait pour ne pas mettre en application des mesures favorables à l’action pour la bientraitance ?

\* L’évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mise en œuvre par les services de l’État dans les établissements sociaux et médicaux sociaux”

15 - 19 NOVEMBRE 2008  
PARIS-EXPO PORTE DE VERSAILLES  
HALLS : 2 - 3 - 4 - 7.1 - 7.2

# EQUIP'HOTEL PARIS

## Un monde de solutions



POUR RECEVOIR  
GRATUITEMENT  
VOTRE BADGE :  
[www.equiphotel.com](http://www.equiphotel.com)  
ou 01 44 01 51 21

### ■ ET LES MOYENS ?

Comment comprendre que l'on ne mette pas en corrélation, sans justifier en aucune façon de la moindre maltraitance, l'insuffisance chronique et maladroite d'effectifs des personnels, notamment des personnels qualifiés de nos institutions, et de ses « petits dysfonctionnements » qui peuvent se produire et qui peuvent apparaître comme des actes modérés de maltraitance ?

Qui peut nier que de plus en plus de rapports et d'analyses font état du manque chronique et important de personnels, notamment soignants, dans nos établissements ?

Qui peut oublier le plan solidarité - grand âge de Philippe BAS, plan dans lequel se trouvait enfin l'idée d'une remise à niveau des effectifs des établissements avec, pour la première fois, l'indication d'un ratio précis ? Qui peut oublier que dans notre pays, le ratio de personnels dans les établissements d'hébergement est largement inférieur au ratio des personnels dans les établissements pour handicapés ?

Qui peut négliger que les effectifs des personnels dans les établissements d'hébergement, en France, sont bien inférieurs aux établissements d'autres pays européens ? Qui veut oublier que les effectifs des personnels dans les établissements sont fixés par les autorités que sont le préfet et le président du conseil général, sans qu'il n'y ait de véritables marges de manœuvre pour les gestionnaires et directeurs ?

### SORTIR DES HYPOCRISIES...

En conclusion, il nous faut peut-être, enfin, d'une manière décidée, et sans complaisance, mais également sans complexe, sortir des hypocrisies qui aujourd'hui traversent les réflexions sur cette triste question des maltraitances en institution. Depuis plus de 15 années les établissements d'hébergement font preuve d'un dynamisme sans limite, d'une conviction sans retenue, voire d'un militantisme sur la question des droits des usagers, et ne trouvent malheureusement en face de que de fortes et injustifiées critiques, qu'un doigt accusateur pointe sur leur fonctionnement.

Non, nous ne serons pas les boucs émissaires d'une situation dont nous ne sommes pas responsables. Oui, nous serons bien à la pointe de l'action de lutte contre tous les types de maltraitance que l'on peut trouver dans une institution, mais en rappelant toujours combien l'institution est protectrice de la personne âgée et très âgée, parce qu'une partie de la vie y est collective.

Gérard BRAMI, Directeur (06)

### ■ JEU DE 7 FAMILLES POUR VOS ANIMATIONS

**Le Paris des arrondissements**  
: Un jeu de 7 familles ludique et culturel créé par Catherine MARGUERITTE qui a sa place à domicile en famille, comme en établissement.



17 euros l'unité.

Frais de ports : 3 euros (en recommandé).

Renseignements : [www.catherinemargueritte.fr](http://www.catherinemargueritte.fr)



## Location-Entretien de linge

Organiser et gérer la fonction linge de votre établissement :  
c'est notre métier !



- Analyse de vos besoins
- Achats des textiles
- Organisation et pilotage de votre prestation avec Indicateurs de traçabilité et de gestion
- Formation et accompagnement de votre personnel
- Des garanties concrètes
  - Certification ISO 900
  - Conformité à la norme RABC
  - Spécialisation Santé de nos unités



• Initial

C'est aussi l'hygiène des sanitaires



Initial est membre historique  
du programme « Fibre Citoyenne »  
mis en place par YAMANA

145, rue de Billancourt - 92100 Boulogne Billancourt  
Téléphone : 01 47 12 35 60 Fax : 01 47 12 35 65  
[contact-sante@initial-services.fr](mailto:contact-sante@initial-services.fr)