



*Commission pour la promotion de la bientraitance
et la lutte contre la maltraitance*

Note d'orientation

pour une action globale
d'appui à la bientraitance
dans l'aide à l'autonomie

**Ce rapport, adopté par l'ensemble des membres de la Commission,
a été remis le 24 janvier 2019
à Madame Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé
et à Madame Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées.**

Remerciements

La Commission tient particulièrement à remercier pour leurs contributions à ce rapport Mesdames et Messieurs :

Zoé BERNON, Marina BESSEAU, Geneviève BOUQUET, Nicolas BRUN, Yvanie CAILLE, Michèle CASTAN, Léa CHAIZE, Michel DOUCIN, Corinne FAIVRE, Isabelle GARAT, Clotilde GENON, Audrey GUGLIELMI, Fabrice GZIL, Delphine HAMMEL, Mohamed IBNEDAHB, Pascal JARNO, Nadia KHALFET, Camille LECONTE, Nathalie LOVATO, Antoine MIELLE, Isma OSMANE ZALAMBANI, Nicolas PAUGNAT, Alain TENAILLON, Delphine THOUVENOT et Olivia WERMUTH.

Préambule

La « *commission permanente en charge des questions de bientraitance* », prévue par l'article D.121-4 du code de la famille et de l'aide sociale¹, **a été installée le 19 mars 2018**, sous le nom de « **Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance** ».

En tant que commission conjointe du Haut conseil de la famille et de l'âge (HCFEA) et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), sa composition a été fixée par décision conjointe de ces deux instances².

Depuis son installation, la Commission a consacré ses auditions et ses travaux à établir cette « Note d'orientation ».

Il s'agit bien d'une orientation générale, plutôt qu'un rapport technique. Elle vise à définir les éléments de ce que pourrait être une action collective de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

La Commission y fait, certes, plusieurs propositions concrètes, mais elle **a privilégié une approche globale du sujet, en souhaitant, dans cette première étape, contribuer au sens de l'action à conduire.**

¹ Décret n° 2016-1441 du 25 octobre 2016.

² On trouvera sa composition en Annexe 1

Introduction

Il faut le dire d'emblée et on y reviendra dans les pages qui suivent : la Commission a tenté de concilier les deux objectifs, apparemment contradictoires, de ne pas limiter son regard et de ne pas non plus se disperser.

D'abord, **ne rien omettre de la diversité des situations** de souffrance physique ou psychique, de violences ou de vols, qui se rassemblent sous le mot de « maltraitance », ni la diversité des lieux, des auteurs ou des victimes. Et **ne pas oublier non plus** – car c'est une des clés de ce sujet – **que les conditions mêmes de la vie familiale ou du travail** en établissement peuvent susciter de la « maltraitance ».

Mais aussi, **aller d'abord au cœur des situations dans lesquelles la maltraitance est à la fois la plus nette et la plus inadmissible : lorsque l'auteur est lié à sa victime par une relation d'aide à l'autonomie**. Qu'il s'agisse d'aide pour les actes de vie quotidienne, d'aide pour le transport, d'aide éducative ou administrative, ou toute autre encore : dans ces situations, l'acte de maltraitance, qu'il soit volontaire ou non, vient nier le sens même de ce qui était proposé par l'accompagnant et de ce qui était attendu par « l'accompagné ».

Ce sont ces deux objectifs que la Commission a voulu, dans cette Note d'orientation, poursuivre ensemble.

Ils **positionnent la lutte contre la maltraitance** – ou si l'on préfère, l'objectif de promotion de la bientraitance - comme **la finalité centrale de toute aide à l'autonomie**, et donc de toute politique d'aide à l'autonomie. En effet, aider à l'autonomie, c'est permettre à chacun d'être le plus pleinement possible capable d'exercer ses droits, de vivre ses projets et de participer à la vie sociale. C'est, en somme, permettre à chacun de « bien vivre » toutes les dimensions de sa vie, malgré les déficiences physiques, sensorielles ou cognitives.

Ainsi, la bientraitance n'est pas un simple point de perfectionnement de l'accompagnement à l'autonomie. Elle en fixe le sens.

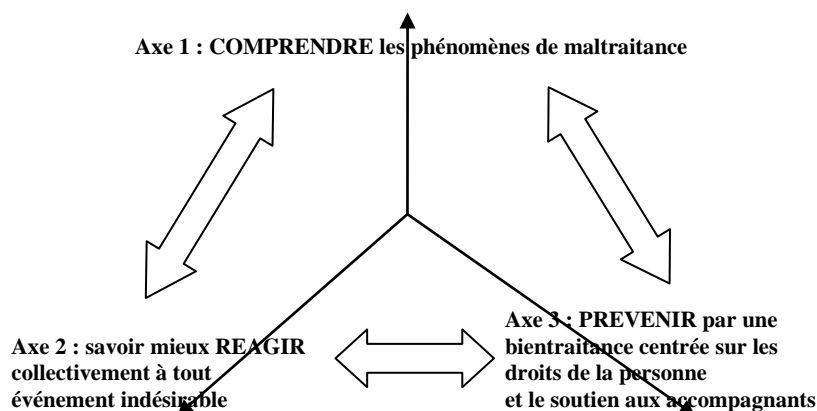
Forte de cette conviction, qui place haut l'ambition, la Commission a considéré trois « axes » - ou, si l'on préfère, trois dimensions - de ce que devrait être une politique globale d'appui à la bientraitance, dans l'aide à l'autonomie :

COMPRENDRE les situations et phénomènes de maltraitance,

mieux y **REAGIR** collectivement

et **PREVENIR** leur survenance, par une profonde transformation de nos approches.

Ces trois axes se commandent et se soutiennent mutuellement. Il faut les considérer, non comme une succession de choses à faire, mais comme trois dimensions simultanées d'une même approche globale du sujet.



A titre d'introduction, et pour tenir lieu de résumé essentiel de la Note d'orientation, **on indiquera ci-dessous, en quelques mots, les considérations que chacun de ces trois axes appellent**, en termes de diagnostic et de principales propositions.

COMPRENDRE, c'est à la fois réaliser la diversité des situations de maltraitance, et savoir entendre ceux qui les subissent.

La maltraitance additionne souvent, dans une même manifestation, **plusieurs phénomènes ayant des ressorts différents** (malveillance et ignorance, agression et consentement, effet de structure et méchanceté personnelle ...) qui exigent par conséquent **qu'on en « démonte les ressorts » avant d'envisager les bonnes réponses.**

Par ailleurs, le propre de la maltraitance est d'être une violence cachée, dont l'incompréhension est une violence dans la violence, et qui renvoie au **fossé d'incompréhension qui sépare, souvent, ceux qui vivent une privation d'autonomie et ceux qui ne la vivent pas.**

Les réponses s'en déduisent.

Elles sont d'abord et avant tout – la tâche est immense – d'installer, dans le regard de tous, **la reconnaissance des personnes âgées ou handicapées vulnérables comme des sujets égaux en droits et maîtres de leurs vies.**

Changement profond du regard et de la compréhension des choses, sur lequel on reviendra, qui passe notamment par **des actions de communication amples et installées dans le temps**, et sans lequel il ne peut y avoir, ni véritable **vigilance de tous**, ni analyse correcte des situations dont chacun peut se trouver être le témoin.

Il y faut aussi des moyens très pratiques, et notamment **disposer d'un meilleur système d'information.** Car **personne ne sait vraiment aujourd'hui l'ampleur et les formes des phénomènes de maltraitance**, faute de nous être entendus sur la manière de les décrire, faute d'avoir su mettre en cohérence les multiples canaux d'alerte et de remontée statistique, **faute, par conséquent, d'avoir les données sûres et accessibles qui permettraient l'analyse, les travaux de recherche et la fixation d'objectifs à atteindre.**

Savoir REAGIR, plus vite et plus efficacement, est le premier point des progrès à accomplir.

A cet égard, le premier frein se situe très tôt. Car **c'est très souvent la victime, qui ne sait pas, ou qui ne peut pas, ou même qui ne veut pas, se plaindre de ce qu'elle vit.** Parce que ses déficiences ne lui donnent ni les clés pour comprendre ce qui lui arrive, ni les moyens de réagir, ou parce qu'elle redoute des conséquences pires, ou même parce qu'elle ne veut pas nuire à l'auteur des violences : là encore, les situations sont complexes et multiples.

A cela s'ajoute un second frein, d'un tout autre ordre, qui est **non pas le manque, mais le trop-plein d'acteurs publics concernés** par les actes et situations de maltraitance, et les **insuffisances flagrantes de leur coordination.**

Même lorsque, comme c'est en principe le cas, ces sujets sont traités comme prioritaires, la complexité du champ médico-social fait apparaître un manque criant de « chef de file ». Il s'ensuit **des allongements de délais et de fréquents manques d'information dans le devenir des procédures.**

Dès lors, en l'état actuel du partage des compétences entre différents services de l'Etat, autorités indépendantes, Agences régionales de santé (ARS) et conseils départementaux, il faut tout simplement **mettre en place des « tours de table » obligatoires et opérationnels, capables de coordonner en permanence l'action publique** sur ce sujet. Capables aussi, c'est fondamental, de s'articuler avec les autres « tours de table » qui, rassemblant souvent les mêmes acteurs, assurent la continuité du parcours de vie.

Quant à l'expression de la plainte, la Commission attire l'attention sur l'importance de **savoir véritablement se faire proches des personnes**, pour être efficacement « à l'écoute ».

A cette fin, elle propose notamment de **soutenir, densifier et structurer**, sur chaque territoire, à côté des professionnels soumis à obligation de signalement et des autorités publiques qu'on peut toujours saisir directement, **le groupe, très spécifique, des dispositifs de bénévoles** (prévus par les textes, ou financés par

l'Etat, ou agissant sans subventions publiques) **qui se sont déjà positionnés, aujourd'hui, comme de précieux « intermédiaires de confiance ».**

Plus largement, la Commission pense que tous les progrès à faire dans la réaction aux actes de maltraitance doivent l'être dans l'intention de capitaliser de la connaissance et de prévenir les récidives. Elle fait donc plusieurs propositions **pour que nos réactions aux événements soient, toujours, des occasions d'apprentissage.**

Car c'est bien sûr PREVENIR les actes et situations de maltraitance qui constitue la clé de la transformation à conduire.

En premier lieu, **il demeure quelques lacunes dans les dispositifs qui, aujourd'hui, visent à prévenir les récidives** de la part d'auteurs d'actes malveillants, ou d'actes gravement fautifs. Il faut évidemment les combler par des mesures juridiques adaptées.

Par ailleurs, lorsque la maltraitance, dans un établissement ou un service, résulte directement d'une **insuffisance d'organisation, de moyens matériels ou de qualité managériale**, il faut, avant toute chose, **savoir apporter des réponses sur ces trois terrains, en veillant à ne jamais traiter l'un sans les deux autres.** Et quand elle résulte de l'épuisement d'un aidant familial, il faut de la même façon pouvoir **proposer des solutions de répit.**

Ce sont les premiers temps, évidents et concrets, de la prévention. Mais il faut aussi **porter le regard plus loin, et prendre le sujet à la racine.**

- Car, répétons-le, il n'y a pas de bientraitance **si la personne « accompagnée » n'est pas respectée et reconnue dans ses droits et ses capacités de décision et de participation**, aussi altérées soient-elles.
- Et il n'y aura pas non plus de bientraitance de la part d'une personne « accompagnante » si elle n'est pas, elle aussi, **respectée et reconnue, dans son rôle, professionnel ou familial, d'accompagnant.**

Les deux nécessités vont de pair, et répondre à l'une ne peut que faciliter la réponse à l'autre.

Comment y parvenir ?

Sans doute en posant clairement que **cette transformation du regard, souvent prônée, n'est pas de l'ordre du discours.**

Elle suppose, par exemple, de **faire évoluer en profondeur ce que signifie le fait de « protéger » une personne vulnérable** qui entend librement vivre des choses qui pourraient la mettre en situation de risque, tant sur le plan de l'adaptation des mesures de protection juridique³ qu'en termes de compétences à mobiliser, d'organisation à mettre en place et d'accompagnements à fournir.

Elle doit aussi – autre exemple – **nous conduire à radicalement modifier ce que signifie « habiter »** dans un EHPAD ou un foyer de vie, **pour que personne ne vive durablement dans un lieu qui ne serait pas vraiment un « chez soi »**, c'est-à-dire pas seulement pour le gîte et le couvert, mais aussi pour les libertés de choix de vie ou les liens avec le voisinage.

Elle suppose – autre exemple encore – **de repenser, dans les pratiques professionnelles et les outils tarifaires, la place donnée au temps**, dans la relation d'accompagnement. Temps pour les actes, mais aussi temps pour la supervision des actes, et pour les questionnements éthiques.

Elle appelle, du coup, **de nouvelles organisations du travail**, laissant **davantage de place à l'initiative et aux responsabilités prises en proximité.** Demandant aussi aux fonctions de direction, et d'encadrement intermédiaire, d'être – de manière mieux évaluée qu'aujourd'hui – **à même d'insuffler du sens** dans l'action quotidienne des équipes.

On peut prolonger cette liste, qui ouvre d'ailleurs sur de nombreux chantiers en cours : réforme des tarifications, transformation de l'offre médico-sociale, habitats inclusifs ...

³ Voir les conclusions du rapport de la mission présidée par Mme Anne CARON-DEGLISE, avocat général à la Cour de cassation : « Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables », septembre 2018

*

Tels sont, autour des trois mots d'ordre de « comprendre », « réagir » et « prévenir », les éléments que cette Note d'orientation soumet au débat.

Créée comme un point de contact entre le HCFEA et le CNCPH, la Commission a, on l'a compris, très vite acquis la conviction que le sujet qu'elle avait à traiter était lui aussi au contact – et, en réalité, au cœur – de la quasi-totalité des volets d'une politique de l'accompagnement à l'autonomie.

Denis PIVETEAU, conseiller d'Etat, président de la Commission
Alice CASAGRANDE, directrice à la FEHAP, vice-présidente

Axe 1 : « COMPRENDRE »

Nous devons mieux COMPRENDRE les phénomènes de maltraitance.

1. La notion de maltraitance souffre d'une absence de définition faisant consensus. En raison, sans doute, de ce que chacun souhaite l'investir des réalités qu'il a le plus à cœur de dénoncer.
2. La « note d'orientation » de la Commission repose ainsi sur une certaine définition de la maltraitance dont il faut, avant toute chose, rendre compte.

A. La Commission s'est prioritairement penchée sur la maltraitance dans la relation d'accompagnement à l'autonomie.

3. Premièrement, la Commission a fait le choix de s'attacher aux actes et situations de maltraitance qui **touchent les personnes ayant un besoin d'accompagnement à l'autonomie**, quel que soit leur âge.
4. La maltraitance peut évidemment affecter beaucoup d'autres publics vulnérables (personnes en grande précarité, malades chroniques, enfants etc.).
5. Mais le double rattachement au HCFEA et au CNCPH conduit à ce que la Commission s'attache à la maltraitance subie par les personnes qui, quel que soit leur âge, ont un *besoin d'accompagnement à l'autonomie*, cette formulation étant retenue de préférence à l'expression de « situation de perte d'autonomie », suivant en cela les récents travaux du Conseil de la CNSA⁴.
6. Il ne s'agit pas, pour autant, de fixer la réflexion sur une cible « populationnelle », mais de s'attacher à des *situations de vie*, dans lesquelles l'aide à l'autonomie est déterminante, pour les gestes de la vie quotidienne ou les actes de la vie sociale. Ainsi, le champ visé par le besoin d'accompagnement à l'autonomie peut, par exemple, découler d'un changement de mode de vie provoqué par une maladie aiguë ou chronique⁵.
7. En outre, les orientations proposées ci-dessous auront – au moins l'espère-t-on – une portée générale et pourront concerner d'autres situations de vulnérabilité liées à l'altération de l'état de santé, à la précarité économique, etc.
8. Si cette définition du sujet conduit, ainsi, à ne pas retenir le mot de 'maltraitance' pour parler de la *souffrance au travail* exprimée par les professionnels du soin ou de l'accompagnement, elle n'empêche pas – on le verra – d'identifier certaines conditions de travail ou certaines formes d'organisation du travail comme un facteur de maltraitance.
9. Par ailleurs, elle n'empêche pas non plus de pointer qu'une relation d'accompagnement, comme toute relation, peut être perturbée et mal vécue dans les deux sens. Et donc, si l'on réserve le mot de « maltraitance » pour parler de ce qui affecte la personne « accompagnée », cette relation peut aussi – pour de multiples raisons – causer de la souffrance à « l'accompagnant », professionnel ou familial.

*

⁴ « Pour une société inclusive, ouverte à tous », juillet 2018.

⁵ Pour ne prendre qu'un exemple, des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, dont l'existence rythmée par le recours à la dialyse peut installer dans une dépendance à certaines structures et à certains professionnels.

10. Deuxièmement, parmi les actes et situations que connaissent les personnes ayant un besoin d'aide à l'autonomie, la Commission retient, pour ces premières orientations, une approche de la maltraitance **centrée sur la relation d'accompagnement à l'autonomie**.
11. Car la maltraitance envers les personnes accompagnées pour leur autonomie peut couvrir des actes très divers et rassembler toutes sortes de violences envers ces personnes, dès lors qu'elle est facilitée ou rendue possible par leur vulnérabilité.
12. Certes, embrasser d'emblée le spectre très large de tout ce qu'on peut envisager (comportant aussi bien le soin mal effectué, que l'accueil indélicat d'une personne handicapée dans un restaurant, le vol par usurpation de qualité au domicile d'une personne âgée, etc.) aurait le mérite de ne rien exclure *a priori* des différentes formes de violences provoquées ou facilitées par la faiblesse, réelle ou supposée, de la victime.
13. Mais la Commission craint qu'une acception aussi large nuise, pour ses premiers travaux, à la définition de lignes d'action priorisées et lisibles.
14. Le consensus international sur le sujet (Conseil de l'Europe, 1987 ; OMS 2002) met ainsi l'accent sur la vulnérabilité de la victime **mais aussi sur la relation particulière, de confiance, unissant l'auteur à la victime**. S'agissant des personnes âgées, la « Déclaration de Toronto » de l'Organisation mondiale de la santé⁶ définit la maltraitance comme : « *Un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime* ».
15. La Commission prend donc le parti de s'inscrire dans cette définition, en l'élargissant à toutes les situations de besoin d'accompagnement de l'autonomie, quel que soit l'âge. Elle se fixe ainsi pour premier objectif les blessures ou détresses, physiques ou psychiques, **nées des relations d'accompagnement à l'autonomie, ou en lien étroit avec elles**.
16. Car il est grave, bien sûr, d'être malmené dans les transports publics en raison de son handicap, ou d'être escroqué, en raison de la faiblesse due à son âge, par un démarcheur téléphonique. Mais il est d'une autre gravité d'être malmené par un service de transports spécialisés qui a *précisément* pour mission de permettre le déplacement de personnes limitées dans leur autonomie, ou de voir sa confiance abusée par un aidant auquel, *précisément*, on se confiait.
17. En effet, dans ces derniers cas, ***c'est la relation destinée à venir en aide à l'autonomie*** – qu'elle soit familiale, administrative, sociale ou soignante – ***qui est trahie dans son principe***.⁷
18. Outre la priorité qu'il fixe, ce choix permet aussi de clarifier certains aspects du sujet, afin de mieux le traiter.
19. Ainsi, par exemple, la présente note n'abordera pas sous l'angle de la « maltraitance » une éventuelle violence entre deux résidents d'un même établissement médico-social, puisque les résidents ne sont pas, entre eux, dans un rapport d'aide à l'autonomie. Ou plus exactement, elle recherchera si la commission de cet acte s'explique par une négligence professionnelle (manque de vigilance) ou par une organisation défectueuse, et c'est alors cette relation professionnelle, ou cette organisation, qui devront être qualifiées de maltraitantes.

*

⁶ « Toronto declaration on the global prevention of elder abuse », OMS, 17 novembre 2002 :

« *Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person. It can be of various forms: physical, psychological/emotional, sexual, financial or simply reflect intentional or unintentional neglect.* »

⁷ Le but de cette définition du sujet étant strictement opérationnel, on ne distinguera pas, en revanche, selon que la relation d'aide est, au sens strict, destinée à compenser le manque d'autonomie, ou si elle comporte d'autres dimensions, affectives, soignantes, etc.

20. Une fois ce cadre posé (à savoir : les violences qui surviennent dans le cadre d'une relation d'aide à l'autonomie), **la Commission entend saisir la maltraitance dans la plus grande diversité de ses manifestations.**
21. Sont, par conséquent, concernés :
- aussi bien des **actes** que des **omissions** ;
 - aussi bien les **atteintes**, pénalement réprimées, **aux personnes ou aux biens**, que des **blessures morales**, des **situations d'emprise mentale** ou de « simples » **humiliations** ;
 - aussi bien ce qui se passe en **institution** qu'au **domicile** ;
 - aussi bien les **interventions professionnelles** que les actes commis dans un **cadre domestique** ;
 - aussi bien les **gestes délibérés** que les **gestes involontaires ou inconscients** ;
 - etc.
22. Diversité qui appelle, du coup, un minimum de clarification conceptuelle, ou, si l'on préfère, de « cartographie » (même sommaire) des diverses manifestations possibles.
23. Même cernés comme il vient d'être dit, les actes et situations de maltraitance se révèlent une réalité d'une très grande complexité, qui interdit les visions réductrices et les solutions simplistes.
24. Il y a d'abord la complexité sociale et psychologique de ce qui se joue (A). Il y a ensuite la grande diversité des causes et des manifestations, sur laquelle on peut proposer une première catégorisation (B) et qui s'illustre notamment dans l'expression « maltraitance institutionnelle » devenue fréquente dans le débat public (C). On doit enfin, en conséquence, suggérer que cette réflexion d'analyse soit poursuivie et approfondie (D).

B. La maltraitance est un phénomène complexe, structurellement difficile à mettre en lumière.

25. En accord avec de nombreux travaux sur le sujet, la Commission est unanime à estimer que les actes ou situations de maltraitance constituent une réalité qui échappe encore largement aux regards.
26. Au-delà de la première explication évidente, à savoir la dissimulation de la part de ceux qui en sont responsables, plusieurs phénomènes concourent à ce qu'on passe « à côté » de la maltraitance sans la voir.

*

27. Le premier des phénomènes est sans doute **l'insuffisante compréhension, par les personnes « extérieures » de ce qu'est, du point de vue de celui qui en a besoin, une situation d'aide à l'autonomie.**
28. Les tiers qui ne sont pas suffisamment informés ou attentifs aux réalités de la vie de la personne, qui ne comprennent pas ses attentes, qui ne savent pas interpréter correctement ce qu'elle exprime, ne percevront tout simplement pas qu'une parole, qu'un acte, qu'une situation peuvent être maltraitants. Ou sous-estimeront la blessure qu'ils infligent.
29. Constat fondamental qui explique, ainsi qu'on le développera en troisième partie de ce document, **que la première priorité du combat contre la maltraitance (ou pour la bientraitance) est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, par la prise de conscience, par elle-même et par leurs entourages, de leurs droits et de leurs capacités.**
30. Constat qui met aussi très directement au cœur **d'une deuxième priorité qui est de former et de sensibiliser le cercle des « accompagnants », ou de lui donner les moyens d'agir, avant de le mettre en accusation.** On verra plus loin la complexité d'une « typologie » des actes ou situations de maltraitance. Mais on peut déjà dire que toute la difficulté d'une politique de lutte contre la maltraitance vient de ce qu'il faut saisir à la fois l'acte malveillant volontaire (qui est évidemment le plus grave mais sans doute pas le plus fréquent) **mais aussi, bien plus massifs et plus cachés, les actes qui se commettent ou les situations qui s'installent par l'effet de l'ignorance, de l'incompétence, de l'impuissance ou de l'épuisement.**

*

31. **Les situations de maltraitance peuvent aussi être mésestimées par ceux mêmes qui en sont victimes.** C'est en effet un mal qui affecte, par hypothèse, des personnes vulnérables, et plusieurs phénomènes, directement ou indirectement liés à la vulnérabilité, peuvent expliquer cette restriction dans l'expression.
32. **Il y a d'abord les fragilités mentales ou psychiques dont souffre la victime,** qui peuvent constituer une barrière « intérieure » à la révélation du phénomène. Très particulièrement lorsque des déficits cognitifs, ou des troubles dans la représentation du monde et de soi-même, empêchent de bien comprendre ou de bien nommer ce qui se passe.
33. Il y a ensuite le fait que, trop souvent, la situation ou l'événement sont analysés – par ceux qui les vivent et très particulièrement par les victimes – **sur un registre seulement moral ou affectif** (le geste ou la situation étant perçus comme une marque d'agressivité, de méchanceté, d'indifférence, de mépris ...).
34. Et il peut être difficile de se plaindre publiquement de ce que l'on ressent seulement comme l'effet d'une « méchanceté » humaine.

35. Mais **la victime devrait aussi comprendre ce qui lui arrive en termes d'atteinte à ses droits** (droit au respect de la dignité, droit de propriété, droit à l'inviolabilité de la personne, droit au respect de la vie privée, à la pudeur, etc.). C'est d'ailleurs parce qu'il y a atteinte aux droits, et pas seulement « méchanceté privée », que les actes et situations de maltraitance sont un sujet dont nous sommes collectivement tenus de nous saisir.
36. Or une victime fragile a plus de risque d'ignorer ses droits, ou **d'hésiter à les faire valoir**.
37. Car – c'est là un troisième obstacle – même si elle parvient à identifier une atteinte à ses droits, **elle peut avoir motif de craindre**, à tort ou à raison, qu'une plainte de sa part provoque, de la part de l'aidant qui l'accompagne ou de l'institution dans laquelle elle vit, une prise de distance, un abandon, voire des représailles. Et il peut en aller de même pour le cercle des proches, à l'égard d'une institution dont le comportement mériterait des reproches, mais qu'on n'ose pas formuler pour ne pas « perdre la place » et se trouver « sans solution ».

*

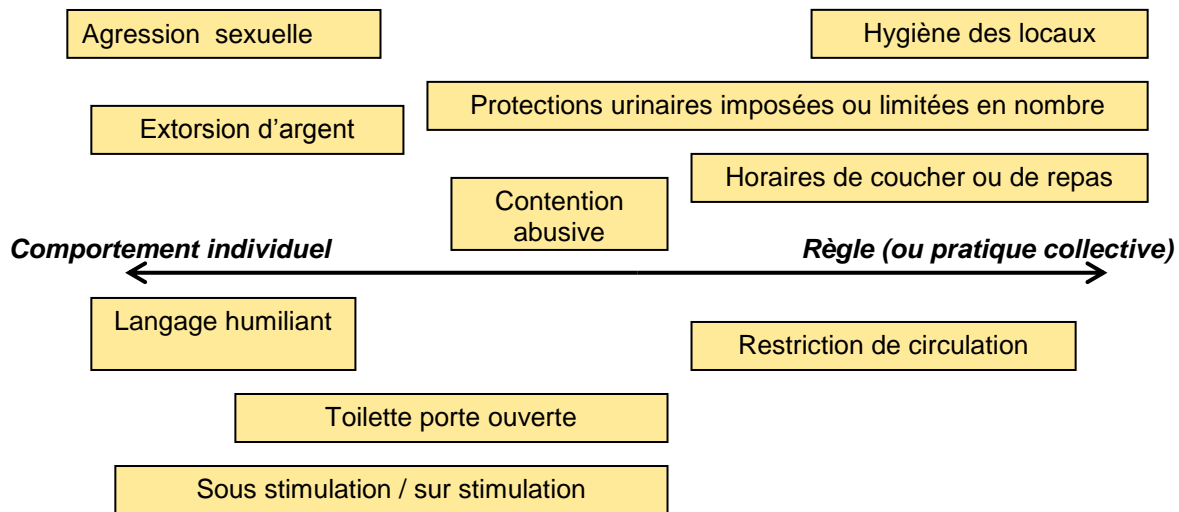
38. En conséquence de quoi, **la maltraitance présente souvent les traits d'un dysfonctionnement global de la relation**, impliquant tous ses partenaires à la fois, auteurs et victimes, et rendant, du même coup, son expression impossible sans un regard tiers⁸.
39. C'est ainsi que les actes peuvent consister en une multitude d'atteintes diffuses, presque imperceptibles, mais dont la répétition installe peu à peu un tissu dégradé dont ni la victime ni l'auteur n'ont pleinement conscience. Situations souvent insidieuses, qui peuvent brusquement déboucher sur des crises ou des passages à l'acte disproportionnés.
40. Certains membres de la Commission ont également donné en exemple des situations de grande dépendance physique, supposant une relation d'accompagnement d'une étroite proximité, dans laquelle peut s'installer une forme, souvent difficile à percevoir de l'extérieur, de maltraitance qu'ils qualifient de « morale ».
41. La relation de confiance peut même être à ce point faussée, car sous dépendance psychologique ou même sous emprise mentale, que la victime ne voit plus la réalité, ou refuse de la voir, allant parfois jusqu'à chercher à protéger l'auteur.
42. **Bref, dans tous ces cas complexes, l'alerte viendra donc souvent de tiers, c'est-à-dire de témoins extérieurs**. Mais – et ces obstacles répètent en quelque sorte ceux qui étaient à l'œuvre chez la victime – ces tiers peuvent, eux aussi, être soumis à des influences diverses qui limitent leurs réactions.
43. Soit, on l'a dit, par incapacité d'analyser ce qui se passe ou par indifférence à une situation qui ne les regarde pas ; soit par ignorance de leurs devoirs ou incertitude sur la conduite à tenir ; soit enfin par peur des conséquences pour la personne ou pour eux-mêmes.
44. Répétons-le, la question de la maltraitance met au jour, au-delà de quelques comportements inadmissibles et flagrants, et au-delà des organisations déficientes et des pratiques inadaptées, un continent de situations diverses et de grande complexité.
45. A cette complexité intrinsèque fait écho une grande diversité de causes et de manifestations, que la Commission s'est efforcée de synthétiser dans une approche d'ensemble.

⁸ On peut ici renvoyer à la triade « victime – persécuteur – sauveur (ou sauveteur) » de l'analyse transactionnelle (triangle dit « de Karpman »)

C. Une typologie, même sommaire, des actes et situations de maltraitance peut constituer un outil de structuration des réponses possibles.

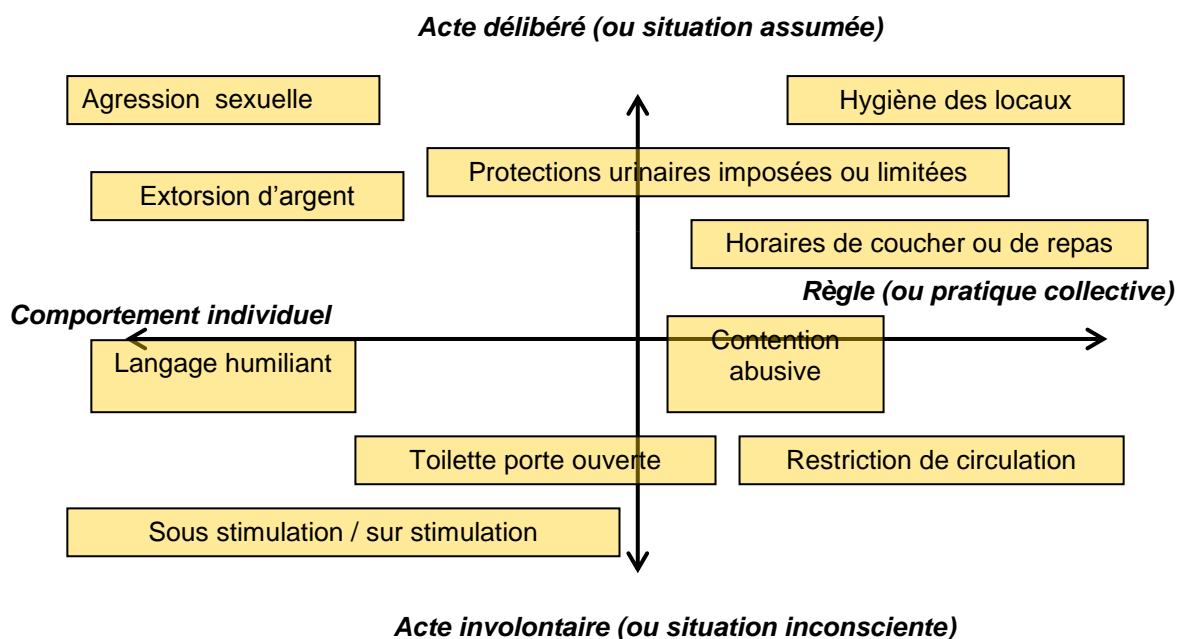
46. La présentation qui suit n'est pas une classification académique, mais a pour seul souci de dégager les différents mécanismes à l'œuvre, afin de concevoir, pour y répondre, des dispositifs efficaces.
47. Plusieurs critères de distinction des actes ou situations de maltraitance peuvent en effet être envisagés. Par exemple en fonction de leur catégorisation juridique – on peut ainsi distinguer les actes selon leur gravité, pénalement réprimée ou non ; ou en fonction de leur contexte sociologique – selon, par exemple, que l'acte est commis par un professionnel ou par un proche, etc.
48. Mais à ce stade de ses travaux, la Commission se propose plutôt de retenir, aux fins purement opérationnelles qui viennent d'être dites, deux autres critères de classification :
49. **Le premier consiste à situer l'acte de maltraitance sur l'axe qui va du fait strictement individuel**, émanant d'une personne précise au contact direct de la victime (atteinte sexuelle, vol, manipulation brutale, interpellation insultante, chantage affectif, intimidation, etc.) **jusqu'aux maltraitements résultant directement d'une organisation ou d'une règle collective**. On pense évidemment, par exemple, dans une institution, aux organisations qui conduisent à faire des toilettes « à la chaîne », ou à imposer des horaires de repas décalés ou trop minutés. Mais cela peut aussi s'illustrer, à domicile, par des services passant à des heures inadaptées, ou des aidants familiaux mettant en place – que ce soit par maladresse, négligence, ignorance, contrainte matérielle ... ou épuisement – une organisation de la vie quotidienne en décalage total avec les attentes de la personne, ou avec ses besoins.
50. Cette opposition, délibérément simplificatrice, entre la maltraitance résultant d'actes « individuels » et celle qui se niche dans des situations « structurelles », n'empêche évidemment ni de considérer – on y reviendra – des situations intermédiaires ou mixtes (dans lesquels l'organisation agit sur le comportement individuel ou réciproquement), ni de rechercher, derrière une organisation défaillante, la responsabilité individuelle d'un organisateur.
51. Mais la différence est que, dans le premier cas, l'auteur responsable est directement au contact de la victime. Alors que, dans le second, l'exécutant n'est pas le véritable responsable, qui a toutes les chances d'être à plus grande distance (puisqu'il faut remonter au responsable de l'organisation défaillante, qui peut être un chef de service, un responsable gestionnaire...) et que la chaîne de responsabilité peut alors se diluer dans des causalités multiples (jusqu'à l'autorité budgétaire), au point de n'être pas toujours identifiable⁹.
52. En outre, cette distinction permet de révéler la gradation qui va, des actes exclusivement situés dans une relation particulière, aux abus dont la généralité systémique affecte, du coup, toutes les parties prenantes : conditions d'existence pour les victimes, mais aussi climat de vie pour la famille, conditions de travail pour les professionnels.

⁹ Pour prendre un exemple caricatural qui fera saisir la notion : dans un territoire sinistré par un conflit armé, une structure d'accueil, privée de tout, pourra être « maltraitante » sans que le personnel au contact des résidents n'y puisse rien. Le ou les vrais responsables sont ceux, bien plus difficiles à nommer, qui sont à l'origine du conflit.



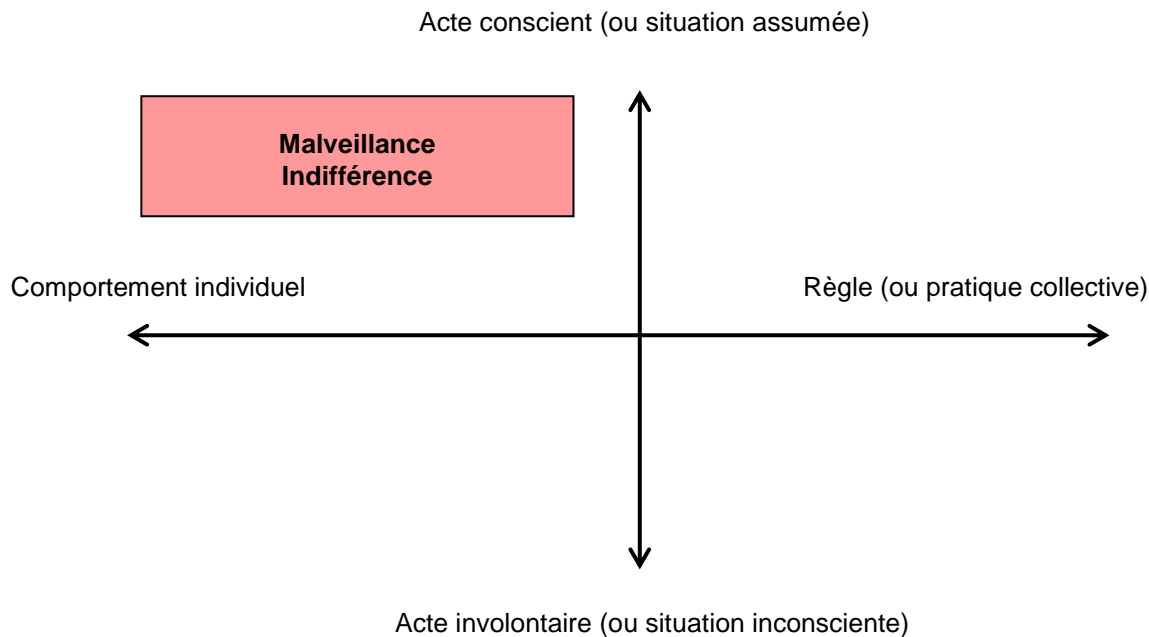
53. **Un second critère consiste à situer l'acte ou la situation de maltraitance sur l'axe qui va, du geste ou de la situation consciente ou délibérée** (par exemple, une extorsion financière par un proche, ou une pratique systématique et assumée de la contention dans une institution) **au geste ou à la situation qui relèvent d'une commission involontaire ou ignorante de ses effets** (par exemple, en famille ou en établissement, une limitation de la liberté d'aller et venir justifiée par une obsession de sécurité érigée en absolu).

54. Sur cette seconde distinction, qui comporte évidemment toute une gamme de situations intermédiaires, se révèle la fréquente dissymétrie entre la façon dont un acte ou une organisation maltraitants sont perçus par la victime, et la façon dont ils peuvent être perçus par son ou ses auteurs. En posant la frontière, floue mais décisive, de la « prise de conscience » du geste ou de la situation, elle fait émerger un enjeu très important en matière de prévention de la maltraitance.



55. **Du croisement de ces deux critères** émergent ainsi ce qu'on pourrait appeler **quatre « modes-type » de maltraitance, qui appellent des ordres de réponses très différents :**

56. C'est l'acte de maltraitance qu'on imagine le plus spontanément et qui présente, dans le pire des cas, un caractère non seulement conscient mais même intentionnel. « L'accompagné » est lui-même visé, dans sa personne ou dans ses biens, ou délibérément laissé en situation de détresse par indifférence assumée¹⁰.



57. Eu égard à leur gravité, et même si leur survenance peut être imputée à un défaut de surveillance ou d'organisation, **la première réponse à ce type d'actes est d'améliorer l'effectivité de leur identification et de leur répression** (sanctions pénales et/ou disciplinaires) et l'efficacité des **mesures protectrices et réparatrices** pour les victimes.

Exemple de « malveillance » en situation vécue.

Un homme de trente-cinq ans est hospitalisé pour troubles schizophréniques régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans. Récemment sorti de l'hôpital, il a des ressources modestes : l'allocation aux adultes handicapés est complétée par une petite somme que lui verse sa sœur chaque mois. Il vit dans un petit domicile, de manière relativement autonome mais dans une extrême solitude. Pour nouer des contacts, il accepte parfois d'accueillir chez lui des personnes que les professionnels du service d'accompagnement à la vie sociale qui l'accompagnent jugent peu recommandables, notamment parce qu'elles usent et font commerce de drogue sous son toit. Ces personnes ont assez rapidement repéré sa vulnérabilité et commencé à en abuser, d'abord en s'installant de temps à autre dans le domicile pour s'y réunir, puis pour y recevoir des personnes, de plus en plus régulièrement.

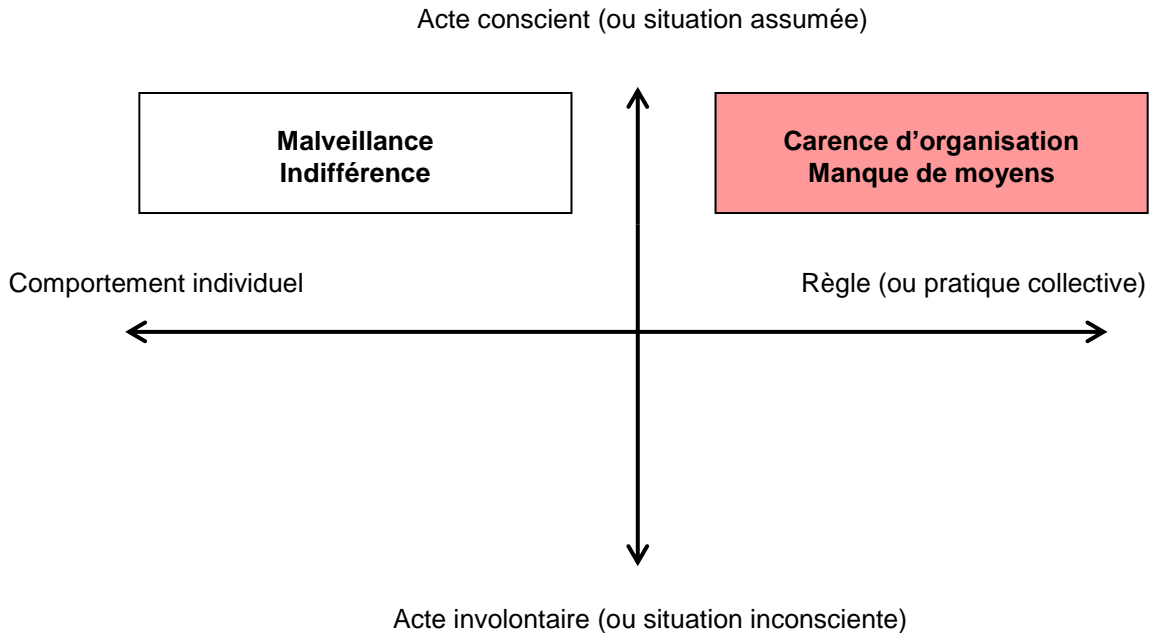
Les intervenants sociaux, sans en avoir la preuve, soupçonnent que les personnes en question abusent également des biens du monsieur. Celui-ci effectue en effet des retraits d'argent sans pouvoir expliquer ensuite ce qu'il a fait des sommes, alors que ses habitudes de vie sont depuis de longues années très modestes. Lorsqu'ils évoquent le sujet, il se montre évasif et confiant. Il assure que ces personnes sont « ses amis », qu'il est normal de se donner des coups de main et qu'il est libre de disposer de son argent.

Quatre personnes se trouvent au domicile du monsieur lorsqu'un matin une professionnelle qui intervient régulièrement chez lui pour des tâches de ménage, une femme d'une cinquantaine d'années, de grande expérience, qui s'entend très bien avec lui. Les quatre hommes, dont deux sous l'emprise de drogue, l'agressent violemment. Elle est hospitalisée. À sa sortie, elle dit à sa responsable ne plus vouloir retourner au domicile de cet homme.

¹⁰ En particulier, cela peut se produire dans des situations de dérive sectaire, dans lesquelles les personnes vulnérables sont assujetties à des modes de vie ou des pratiques thérapeutiques déviants.

Le mode de la « carence grave d'organisation » : la situation à la fois « collective » et « consciente ».

58. Ce sont les cas dans lesquels la maltraitance, même si elle peut se manifester par des gestes individuels, s'enracine directement dans un dysfonctionnement collectif. L'aidant – familial ou professionnel – est avant tout l'acteur passif d'un processus nocif que, par impuissance, passivité, crainte ou toute autre raison, il ne peut ou ne veut pas faire évoluer.



59. Ainsi qu'on l'a déjà dit, le caractère structurel de ce genre de situations ne les prive pas forcément de responsable. Mais cette responsabilité est plus complexe à saisir et plus éparpillée : passivité des exécutants, négligence de l'encadrement, incompetence du gestionnaire, tutelle ayant octroyé des moyens trop parcimonieux ou n'ayant pas assuré sa fonction de contrôle, etc.
60. En conséquence – sans exclure la sanction des responsabilités individuelles qui seraient identifiées – **les réponses sont à chercher d'abord dans une vigoureuse reprise en mains de l'organisation.** En articulant en général, quand le cadre en est un établissement ou un service médico-social, **la mise à niveau qualitative ou quantitative des moyens (recrutement et formation), la qualité du management et la mise en œuvre de bons référentiels de pratique et d'organisation**¹¹.

¹¹ Tous ces points sont repris dans le troisième « axe » de la Note d'orientation.

Exemple de la « carence grave d'organisation » en situation vécue.

Elle se déroule dans un EHPAD, au sein d'une unité spécialisée pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Au sein de l'établissement, les professionnels ont une grande ancienneté. La structure est l'employeur le plus important du village et le taux de chômage de la région est élevé. Une seule aide-soignante a une ancienneté bien moindre que les autres : elle est diplômée depuis moins de deux ans et remplace une personne dont le congé maternité s'est prolongé en congé parental.

Cette aide-soignante remarque un jour, au moment des toilettes du matin, qu'une de ses collègues, faisant face à une personne malade d'Alzheimer dans sa chambre, vient de lui cracher au visage. Dès que sa collègue rejoint le couloir, elle l'interpelle sur son geste. Sa collègue lui répond sans s'émouvoir qu'elle a fait cela parce que la personne âgée venait de faire de même et que « elle ne va pas se laisser faire ».

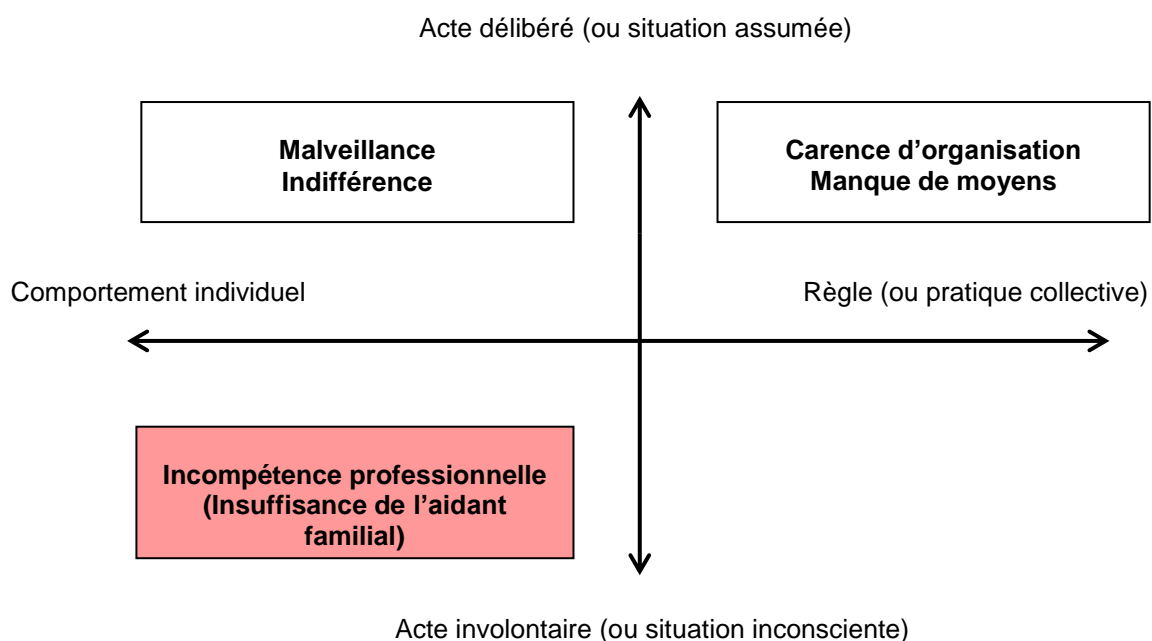
L'aide-soignante indique à sa collègue qu'elle va alerter l'infirmière coordinatrice sur ce qu'elle considère comme un acte inacceptable. La collègue semble peu impressionnée par ces propos et ne montre aucun regret de son geste.

Informée, l'infirmière coordinatrice temporise. L'aide-soignante adresse alors un écrit à sa direction sur ce qu'elle a vu. A la suite de cela, la collègue maltraitante est licenciée pour faute lourde.

Dans la semaine qui suit le départ de la professionnelle sanctionnée, l'aide-soignante à l'origine du signalement constate que, si les relations avec les professionnels semblent inchangées en apparence, une série de représailles lui sont infligées : tenue professionnelle froissée, casier fracturé, conversations autour du café interrompues à son arrivée. Un soir, en rentrant sur le parking, elle constate qu'un pneu de sa voiture a été crevé et trouve, sous l'essuie-glace du pare-brise, un papier sur lequel il est écrit « salope ».

Le mode de « l'incompétence personnelle » : l'acte « individuel » et « involontaire ».

61. Ce sont, en somme, tous les actes maltraitants dont le ressenti par la victime est en décalage avec la perception qu'en a son auteur, lequel fait du mal – matériel ou psychologique – sans prendre la mesure, ou *toute* la mesure, de son erreur. Voire en étant convaincu d'agir dans l'intérêt de la personne.



62. Les causes peuvent en être multiples, mais à la différence des actes de malveillance, elles appellent des réponses qui mobilisent moins les outils de sanction que, d'abord, ainsi qu'on le précisera plus loin, **des actions de sensibilisation, de soutien et de formation**. Là encore, comme les causes sont en général multiples et additives, il est fréquent que s'y ajoutent des questions d'organisation collective, d'insuffisantes qualifications, etc.

Exemple de « l'incompétence » en situation vécue.

Défaut dans le signalement

Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans souffrant d'une maladie dégénérative, accompagnée par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ses capacités cognitives sont intactes, mais elle a de grandes difficultés à s'exprimer verbalement et communique avec les soignants par les yeux et les gestes.

L'une des aides-soignantes qui la prend en charge la trouve un matin excessivement rétractée et tendue. Lors du soin d'hygiène ordinaire, elle constate des rougeurs au niveau des parties génitales. Elle lui demande alors s'il s'est passé quelque chose. La femme hoche la tête sans la regarder. L'aide-soignante lui demande s'il y a eu un problème avec quelqu'un. La femme acquiesce de nouveau. L'aide-soignante, ne sachant comment poursuivre son investigation, lui demande : « C'est votre mari ? » La femme opine de la tête.

De retour dans les locaux du service, elle en parle à sa responsable de secteur qui lui répond : « Vous notez cela dans le cahier, pour garder une trace. Mais c'est une histoire de couple, cela les regarde : nous n'avons pas à intervenir. »

Trois semaines plus tard, la responsable hiérarchique directe, fait une visite dans le service et parcourt le cahier de transmission. Elle voit cet événement noté et demande des explications. La responsable de secteur interrogée lui répond : « Oh là là, oui en effet, voilà ce qui s'est passé, c'est une histoire affreuse... Ah, ce couple, on les connaît bien, c'est compliqué leur vie ! »

La responsable hiérarchique exprime son désaccord sur le traitement de l'événement et alerte le procureur de la République qui demande à la gendarmerie d'ouvrir une enquête. Dans le courant de l'enquête, la responsable locale reçoit un coup de téléphone du fils du couple qui lui reproche violemment les soupçons posés sur son père et lui annonce son intention de porter plainte pour diffamation. Le médecin traitant est sollicité pour avis : après examen de la patiente, plusieurs semaines après les faits signalés, il déclare aux enquêteurs que rien ne permet d'affirmer l'existence d'abus sexuels. Il se porte garant de l'intégrité morale de l'époux de la patiente, qu'il connaît et soigne, comme son épouse, depuis de longues années. L'enquête est classée. Aucune plainte n'est finalement déposée mais le SSIAD se voit retirer le suivi de la personne.

Autre exemple « d'incompétence » en situation vécue.

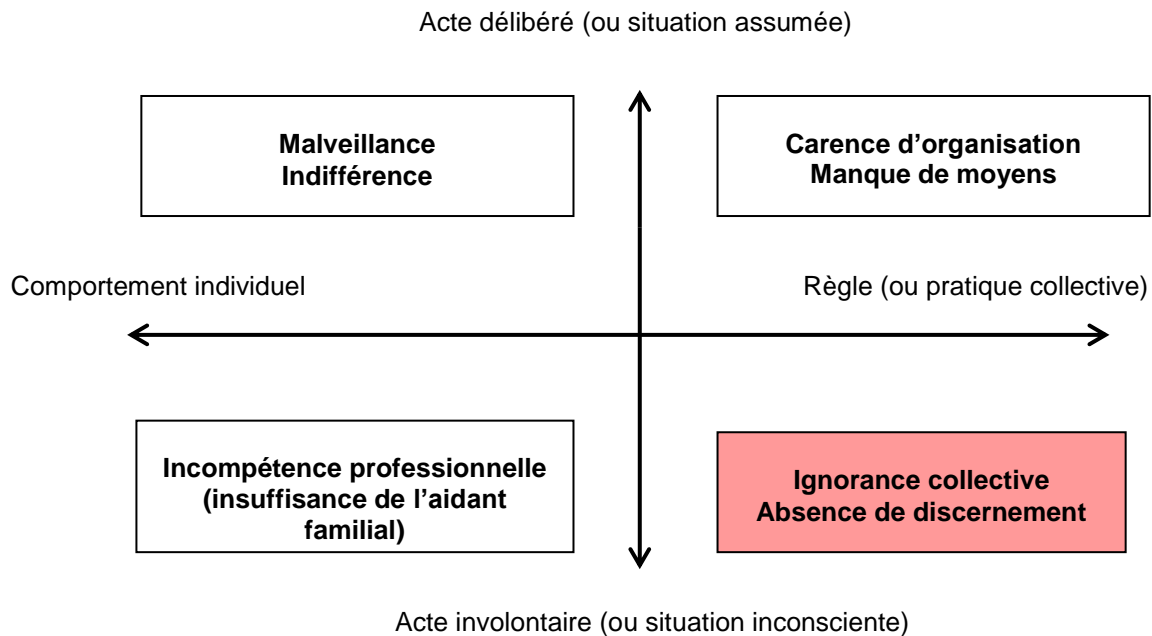
Défaut dans la prise en charge

La situation se déroule dans le cadre de l'accompagnement d'une personne âgée à son domicile. L'évaluation initiale de la situation débouche sur la décision d'apporter à la personne une aide pour le ménage, la cuisine et le repas. Aucun soin n'est jugé utile, ni aucune fragilité psychologique relevée ; c'est donc une aide à domicile qui intervient quotidiennement au domicile de la personne, sans incident apparent pendant plusieurs mois.

A l'occasion d'un remplacement au début de la saison estivale, une nouvelle intervenante découvre que le domicile est dans un état extrêmement dégradé. Nourriture avariée dans le réfrigérateur, aliments mal conservés qui n'ont pas été jetés (ni par la personne ni par l'intervenante), manque général d'hygiène. Elle alerte la responsable du service qui interroge la professionnelle impliquée. Celle-ci se justifie en indiquant qu'elle avait entendu suivre l'instruction qui lui était donnée de respecter les souhaits de la personne chez qui elle intervient et que, celle-ci ayant manifesté et réitéré son désir que les aliments ne soient pas jetés, ou soient conservés d'une certaine façon, ou encore son refus de certains nettoyages, elle a simplement agi en conformité avec ce souhait.

Enfin, le mode du « manque de discernement collectif » : la situation collective qui échappe au regard de tous.

63. On vise ici toutes les situations dans lesquelles, soit par ignorance partagée, soit par insuffisance de questionnement ou application stéréotypée de règles insuffisamment réfléchies, tout un collectif de travail se trouve entraîné, sans en avoir conscience, dans des comportements inadéquats.



64. Même si les réponses peuvent appeler, comme dans les situations collectives « assumées », des réformes de management, de moyens ou d'organisation, ce qui en priorité fait ici défaut est évidemment la remise en question, la prise de distance, le regard d'un tiers. Les premiers dispositifs à mettre en place seront donc à rechercher du côté de la supervision, de l'analyse de pratiques, des méthodes de questionnement éthique, etc.

Exemple du « manque de discernement collectif » en situation vécue.

La situation a pour cadre un institut médico-éducatif accueillant des enfants souffrant de troubles du spectre autistique, qui accueille notamment un enfant d'une dizaine d'années dont les manifestations d'agressivité sont fréquentes et de divers ordres : morsures, coups de poings et de pieds, cris.

Comme les autres enfants, il est emmené toutes les semaines à la piscine, mais à l'inverse des autres il ne semble y prendre aucun plaisir : il doit être mené à l'eau sous la contrainte, l'intervention simultanée de plusieurs professionnels est nécessaire et durant le processus, la montée de tension est régulière. Lorsque la nervosité de l'enfant est à son comble il arrive qu'il vomisse juste avant d'arriver dans la salle du grand bain.

Pour ne pas s'épuiser, les professionnels se relaient dans l'activité, tout en acceptant avec résignation les conséquences des affrontements hebdomadaires avec lui : griffures, bleus et souvenirs des cris.

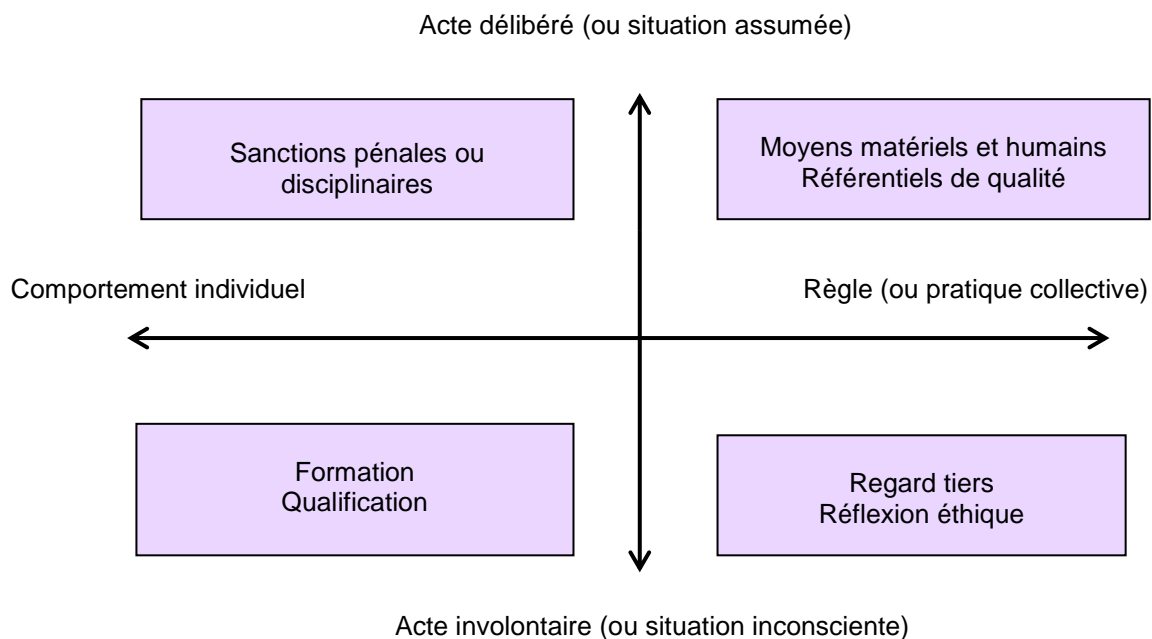
Les parents sont informés de la situation et n'ont pas de proposition ni de critique à émettre : ils constatent eux-mêmes à la maison le week-end que l'enfant peut se montrer très colérique et violent à leur égard, ils sont reconnaissants aux professionnels de poursuivre la prise en charge dans ces conditions difficiles.

La situation, régulièrement reprise en réunion de synthèses, ne semble pas trouver d'issue, l'usage des médicaments n'ayant apporté aucun bénéfice significatif et, à l'inverse, des somnolences que tous ont jugées excessives.

Lors d'une formation hors de son établissement, une professionnelle de l'équipe éducative soumet la situation aux autres participants pour demander leur avis sur la conduite à tenir. Le groupe est interdit devant l'intensité, la durée de la violence et la résignation de l'équipe à son sujet. L'un des participants demande si l'équipe a essayé de renoncer à l'activité de piscine pour cet enfant. La professionnelle répond que non. On lui demande pourquoi, elle précise : « Parce que cela fait partie de son projet, et il y a droit au même titre que les autres ». Les participants l'encouragent à reconsidérer cette décision.

65. On ne saurait trop répéter – les quatre encadrés de situations concrètes, tirées d'exemples réels, l'illustrent d'ailleurs très bien – que ces quatre « modes-types » ne constituent que des schèmes de principe, la plupart des situations combinant, avec des intensités variables, plusieurs de ces modes purs.
66. Il est d'ailleurs un fait d'expérience que les dysfonctionnements s'entraînent souvent mutuellement, dans une spirale négative qui les consolide. Ainsi, une structure mal équipée ou mal organisée, dans laquelle les régulations managériales ne fonctionnent pas, sera le terreau de comportements individuels déviants. Et symétriquement, des actes malveillants se répétant sans être sanctionnés pourront démobiliser les autres professionnels et retentir, progressivement, sur le fonctionnement collectif, etc.
67. C'est cette additivité qui explique en partie les difficultés que rencontre toute politique de lutte contre la maltraitance.
68. Car, on l'a vu, chacune des causes-types des actes ou situations maltraitants appellent des réponses différentes, mêmes lorsque ces causes se superposent.

Des réponses différentes selon les causes du phénomène



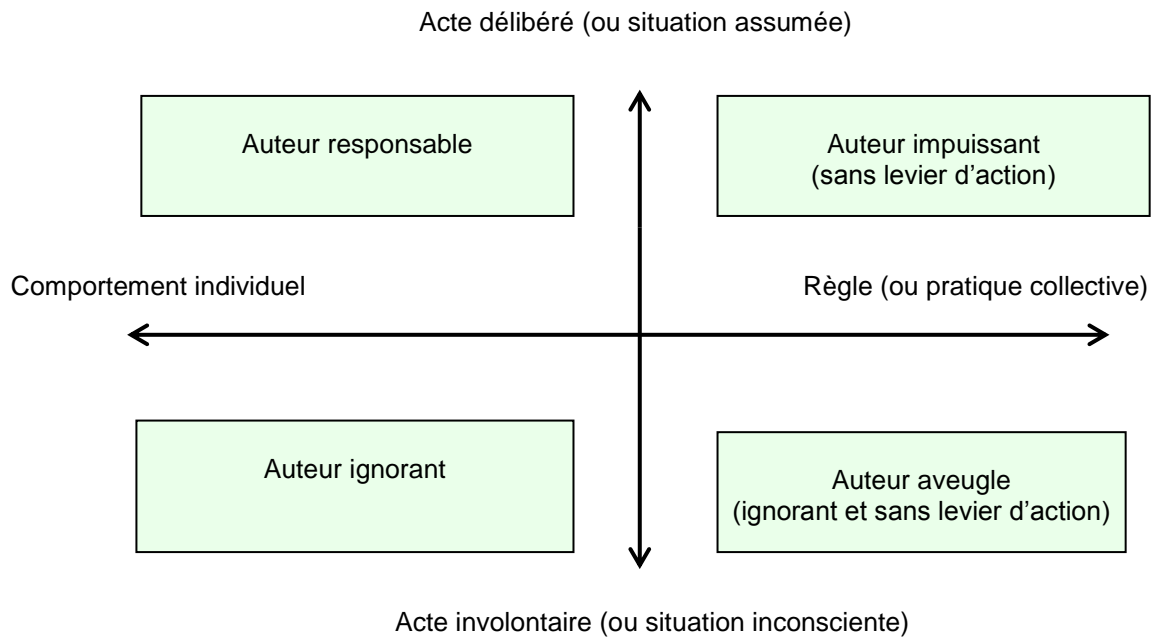
69. Par ailleurs, la position de l'accompagnant, familial ou professionnel, de proximité, est là aussi extrêmement contrastée selon la ou les causes identifiables de la maltraitance. D'où ce malaise - ce mal-être – qui tient à ce que, dans un très grand nombre de situations, l'auteur apparent et l'auteur réel ne se superposent pas. Malaise particulièrement illustré par l'expression, devenue récurrente, de « maltraitance institutionnelle ».

D. La « maltraitance institutionnelle », symptôme de la complexité des situations de maltraitance.

70. Au cours de l'année écoulée, notamment au moment du mouvement de grève du 30 janvier 2018, plusieurs expressions touchant aux conditions de travail en EHPAD, très relayées médiatiquement, ont marqué les esprits¹². Elles se récapitulaient sous l'expression fréquemment employée de « maltraitance institutionnelle ».
71. Sous cette expression désormais fréquente dans le débat public ne se cache pas une forme particulière de maltraitance mais plutôt un agrégat complexe, très représentatif des situations concrètes de maltraitance, dont il est utile de décomposer les éléments.
72. Incriminant au premier chef des organisations trop rigides et normatives, accusées de rechercher des économies par la réduction des effectifs ou des prestations (repas, protections d'hygiène, activités...) au détriment du bien être des résidents et de la qualité de travail des salariés, la « maltraitance institutionnelle » est d'abord une manière d'exprimer l'existence des modes « collectifs » dont on a parlé plus haut : certaines formes d'organisation du travail ont des effets maltraitants.
73. Mais plus encore, elle exprime cette réalité essentielle de beaucoup de situations de maltraitance : l'articulation des responsabilités personnelles et des responsabilités collectives.
74. Ainsi, par exemple, tel professionnel aura conscience que son geste est brusque, mécanique ou sans bienveillance. Mais les défauts d'organisation de la structure dans laquelle il travaille, ou les excès de productivité qu'on lui impose, seront tels que cette perception intérieure de « mal travailler », loin de l'aider à corriger son comportement, lui fera ressentir encore plus durement les contraintes dans lesquelles il se débat et accroîtra, au contraire, sa colère et son malaise.
75. Dans le pire des cas, aussi bien en institution que dans un cercle domestique, on peut observer cette spirale par laquelle, partant d'un contexte organisationnel dégradé, l'auteur des comportements maltraitants, qui les refuse intérieurement mais se sent prisonnier et impuissant, se protège psychologiquement en ne « voyant plus » ce qu'il ne veut pas voir et se met à exercer sa tâche de manière distante, voire déshumanisée. Verrouillant ainsi le lien entre dysfonctionnement collectif et mauvais comportements individuels.

¹² - « On ne les met pas au lit, on les jette ! » ; « les toilettes, c'est de l'abattage ! » etc.

La maltraitance « institutionnelle » : symptôme des multiples situations possibles de l'accompagnant de proximité face à un acte ou une situation de maltraitance



76. Le cri de « maltraitance institutionnelle » a ainsi le mérite de rappeler que, face à des situations de maltraitance, les positions et les responsabilités sont souvent complexes, mêlées, jamais figées.
77. Il est d'ailleurs symptomatique que ceux qui se sentent – fût-ce à leur corps défendant – les premiers acteurs de gestes « maltraitants » soient aussi ceux qui en lancent l'alerte. Le meilleur témoin, et parfois le meilleur acteur de la lutte contre la maltraitance, est souvent celle ou celui qui s'y est, dans un premier temps, trouvé le plus étroitement impliqué.
78. Il n'y a donc pas lieu de récuser l'expression de « maltraitance institutionnelle », mais en lui donnant cette valeur révélatrice et diagnostique, qui résume, par le rapprochement de deux termes, beaucoup d'aspects de la complexité du sujet.

E. Une analyse à approfondir et à structurer.

79. De cette complexité du phénomène de maltraitance, il paraît important de faire un sujet d'étude en soi.
80. On reviendra plus loin sur la nécessité de disposer, sur les actes et situations de maltraitance, de données plus précises, plus systématiques et plus aisément comparables.
81. Mais on peut dire, déjà, qu'aucune fonction d'observation – aucun « observatoire », local ou national – ne peut sérieusement se développer sans qu'un travail de fond soit assuré sur les concepts. Car c'est par l'analyse conceptuelle qu'on fonde les bonnes nomenclatures descriptives, et ce sont les bonnes nomenclatures descriptives qui sont la base des bons observatoires.
82. En introduction de ce document d'orientation, la Commission entend donc **poser comme premier point la nécessité d'organiser un processus collectif, pluridisciplinaire, de réflexion sur ce qu'est la maltraitance, les différentes manières de l'identifier, de la décrire, d'en analyser les composantes et d'en comprendre les interactions.**

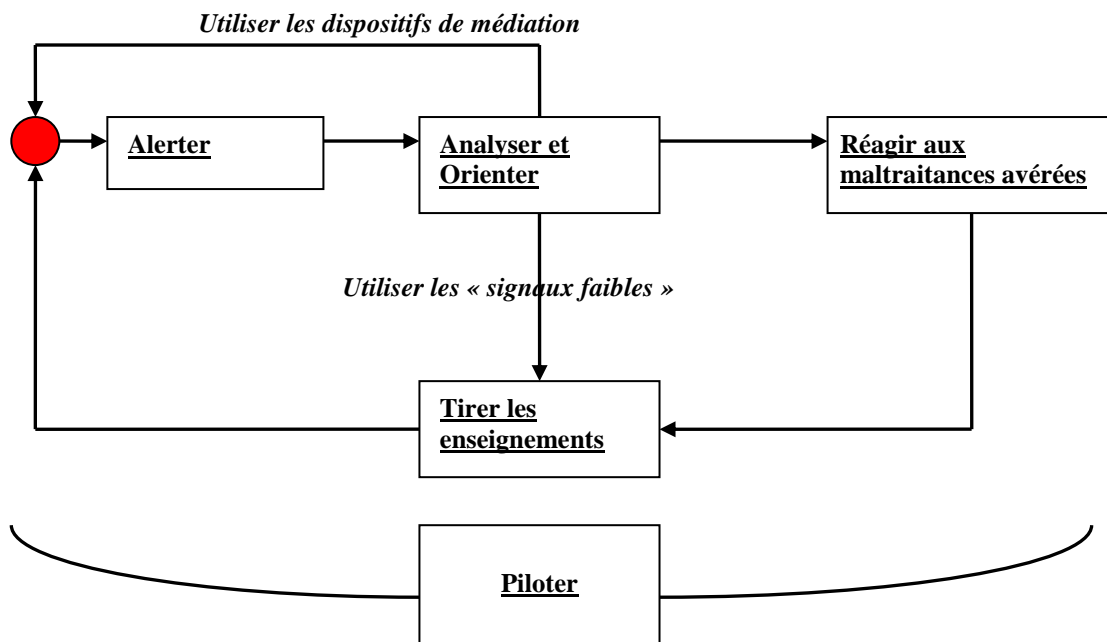
Axe 2 : « REAGIR »

A partir de tout événement indésirable, nous devons mieux REAGIR collectivement.

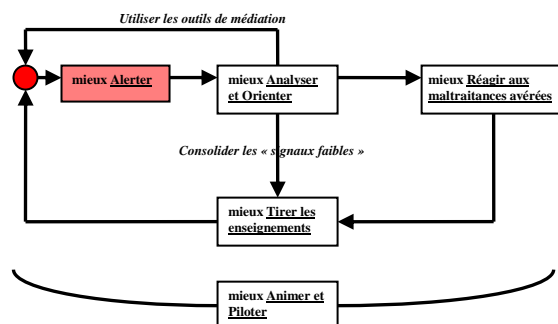
A court et moyen terme, il est possible d'obtenir collectivement de meilleurs résultats dans le repérage et le traitement des actes ou situations de maltraitance.

La Commission identifie cinq axes de progrès :

- Favoriser l'émergence de **l'information d'alerte** (A).
- Améliorer la **prise en compte** de ces informations, en sachant les **analyser** et **orienter** correctement, le cas échéant vers une démarche de médiation (B).
- Dans les situations de maltraitance avérées, savoir **prendre** les mesures qui s'imposent, tant en matière de mesures immédiates que de traitement des causes (C).
- Savoir **tirer les enseignements** des informations recueillies et des événements déclarés ou signalés (D).
- Et enfin se doter **des outils de pilotage** du dispositif de traitement des situations de maltraitance (E).



A. Favoriser l'émergence de « l'information d'alerte ».



83. La question de l'information d'alerte (ou du signalement : voir l'encadré ci-dessous sur les termes le plus souvent utilisés) est, à bien des égards, **le point nodal** de la réaction face à un acte ou à une situation dont on redoute le caractère maltraitant.
84. L'émergence d'une interpellation (ou signalement) sur des actes et situations maltraitants est, à l'évidence, **le point de départ sans lequel aucune réaction n'est possible**.
85. Comme indiqué dans la première partie, au-delà de la dissimulation volontaire, on constate des mécanismes de sous-estimation ou de sous-déclaration, notamment par crainte de représailles mais aussi une simple méconnaissance, parfois de bonne foi, de ce qui constitue un acte de maltraitance¹³.
86. Mais il faut prendre la mesure de ce que **la sensibilisation collective constitue, au-delà d'une simple nécessité technique, un véritable enjeu de société**.
87. D'un côté en effet, l'alerte, expression d'une vigilance à l'égard d'autrui, s'enracine dans la double dimension éthique et juridique de l'attention à l'autre, qui structure la vie en société :
- Dimension éthique du rapport à l'autre, car, pour reprendre la formule d'un grand philosophe de l'altérité¹⁴, ce qui se joue dans le fait de se sentir intérieurement appelé à « donner l'alerte » n'est pas autre chose que « *la préalable non-indifférence de l'un envers l'autre [...], cette originelle bonté où est implantée la liberté* ».
 - Mais aussi dimension juridique, matérialisée dans des normes de droit positif qui s'imposent à chacun, tant au titre de certaines obligations de signalement, pénalement sanctionnées (il en sera question plus loin) qu'au titre du « devoir de fraternité », que nous avons en partage comme citoyens¹⁵.
88. Mais d'un autre côté, il est clair que l'information d'alerte n'est pas l'expression neutre des simples nécessités du « vivre ensemble ». Comme elle stigmatise, au moins implicitement, un responsable, elle est aussi un geste social lourd de sens, à la fois expression d'un conflit et accusation publique, qui, avant même qu'une qualification de faute pénale ou déontologique vienne, ou pas, la confirmer, peut avoir par elle-même de multiples retentissements.

¹³ Il est notable que le nombre de signalements d'infractions pénales aux Parquets est très limité et que la plupart des signalements administratifs recensés par les ARS émanent des professionnels en institution médico-sociale et que parmi eux, ce sont souvent les nouveaux salariés, les stagiaires ou les remplaçants qui sont les plus nombreux parmi les lanceurs d'alerte. On note peu de signalements de la part des familles, des professionnels de santé ou de ceux du secteur social.

¹⁴ Emmanuel Levinas *Les droits de l'homme et les droits d'autrui*, in *Hors sujet*, Fata Morgana, Paris 1997.

¹⁵ L'approche de la fraternité comme concept juridique – et pas seulement éthique ou moral – a, on le sait, reçu récemment l'onction jurisprudentielle du Conseil constitutionnel, dans sa décision n°2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018.

89. On ne peut pas parler de l'interpellation sur les actes ou situations de maltraitance comme on parlerait du devoir d'alerte sur les dangers d'origine matérielle (un incendie, une noyade, une défaillance technique...)
90. Car alerter sur la maltraitance revient, presque toujours, à désigner à la fois une victime et un auteur, personnel ou institutionnel. **L'alerte sur la maltraitance est, répétons-le, un acte social.** Or en partant même du présupposé que toutes les révélations seraient de bonne foi et exprimeraient donc la réalité d'un ressenti de victime,
- d'une part, personne n'est en droit, au stade où l'information d'alerte est lancée, de porter déjà un jugement sur le/les auteurs que, pourtant, elle met en cause ;
 - et, d'autre part, aucune mise en cause ne sera sans impact sur les relations familiales ou professionnelles, quelle qu'en soit l'issue.
- *
91. Tout ceci étant rappelé, la Commission reste convaincue que le mot d'ordre doit bien être, aujourd'hui, de *libérer les plaintes qui ne se disent pas* et que cette libération doit être la plus large possible. Qu'il faut donc, comme le dit le titre de cette partie, faciliter l'émergence de « l'information d'alerte ».
92. Mais à la condition d'y associer – comme on le dira dans les parties suivantes – un dispositif de recueil :
- **comportant une démarche de discernement**, capable d'orienter, le cas échéant, **vers d'autres régulations que la recherche d'infraction et la sanction**, tous les dysfonctionnements qui appellent d'autres formes de réaction, par exemple de la médiation, du répit ou de l'accompagnement social ;
 - et qui se construise ainsi, **non pas comme un instrument visant à accumuler des « mises en accusation »** des environnements familiaux ou institutionnels, mais comme **un outil de progrès dans la recherche, par tous, d'une plus grande effectivité des droits fondamentaux des personnes vulnérables.**
93. **En somme, si la priorité est le changement de regard, la bonne gestion des informations d'alerte est le premier outil de ce changement de regard collectif.**
94. Car une « bonne gestion » des informations suppose à la fois :
- une réaction rapide et sans faille à tout ce qui trahit une « déshumanisation » de la relation à la personne accompagnée,
 - et de savoir réagir sans jamais négliger l'objectif de sensibilisation et de pédagogie, lorsque précisément un repère intérieur a manqué.

Dans les paragraphes qui suivent, on emploiera les mots « information d'alerte » ou « alerte » pour désigner, de manière générique, toute remontée d'information destinée aux « autorités » largement entendues (un directeur d'établissement ou un responsable gestionnaire, une autorité publique du champ social, une autorité administrative, de police ou de justice, etc.).

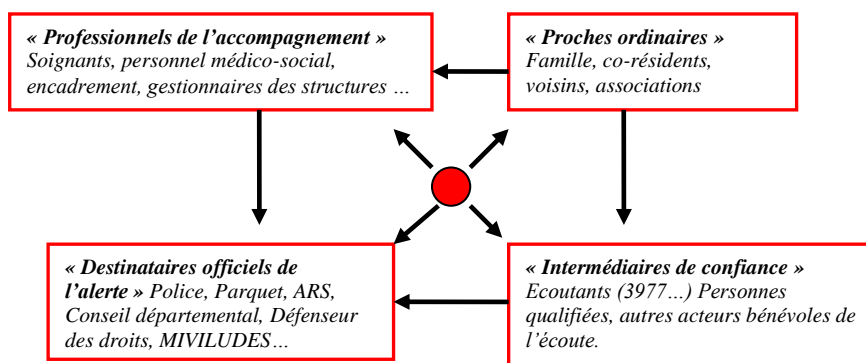
Une terminologie rigoureuse pourrait conduire à distinguer plusieurs termes qui, très souvent, sont employés de manière indistincte ou se recoupent :

- « L'information préoccupante » : (vocabulaire jusqu'ici surtout en vigueur dans le champ de la protection de l'enfance, et émanant en principe d'un professionnel) toute information relative à un événement ou situation susceptible de présenter un caractère maltraitant.
- La « réclamation » ou la « plainte » : l'information émanant d'une victime, le mot « plainte » pouvant être réservé aux plaintes au sens pénal du terme, devant le procureur de la République ou un officier de police judiciaire.
- « L'alerte » (au sens étroit) ou le « signalement » : l'information émanant d'un tiers, le mot « signalement » pouvant être réservé aux alertes émanant des professionnels, dans un contexte où ce « signalement » est très souvent obligatoire.

Dans tous les cas, il faut y insister, l'alerte, même dans son sens le plus large, ne porte que sur des faits. Le temps de l'alerte n'est pas celui de la qualification des faits.

Pour situer les propositions de la Commission : le cheminement de l'information.

95. Quatre grandes catégories de personnes – physiques ou morales – sont susceptibles de recevoir un signal d'inquiétude ou de détresse.
96. D'abord, très naturellement, celles que l'on peut appeler les « **proches ordinaires** », c'est-à-dire les membres de la famille, les voisins et amis, mais aussi les acteurs associatifs. Toutes les personnes à qui la victime va se confier **sans que cela ne soit ni leur métier ni leur fonction**.
97. Ensuite, bien sûr, les **professionnels du soin et de l'accompagnement** (qu'il s'agisse de professionnels soignants ou éducatifs, de mandataires judiciaires, de personnels administratifs, etc.) que leur position et leur relation directe à la personne dispose naturellement à ce rôle, et **qui sont, on y reviendra, soumis de surcroît à des obligations particulières de signalement**.
98. En troisième lieu, même s'ils ne sont en général directement saisis par les victimes que dans les cas les plus graves, il y a l'ensemble de ce qu'on peut appeler les « **destinataires officiels** » de l'alerte. Certains ayant spécifiquement cette fonction (on pense bien sûr au *Défenseur des droits*, à l'égard des personnes publiques ou chargées d'un service public, ou chaque fois qu'est en cause une discrimination, directe ou indirecte, dans quelque cadre que ce soit – notamment en raison de l'âge ou du handicap, ou une atteinte aux droits de l'enfant. Mais on peut aussi citer la *MIVILUDES*¹⁶, dans le champ des dérives sectaires, etc.) D'autres l'exerçant dans le cadre de leurs missions générales (services régaliens de l'Etat – police, gendarmerie, justice – ARS, conseils départementaux).
99. Enfin, la Commission entend attirer l'attention **sur un quatrième ensemble d'acteurs, constitué du réseau informel, mais à ses yeux fondamental**, de ceux qu'on peut appeler les « **intermédiaires de confiance** », c'est-à-dire des personnes qui se fixent bénévolement pour rôle d'accueillir des confidences personnelles de ce type : les « personnes qualifiées » instituées par la loi du 2 janvier 2002 (article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles), les bénévoles du dispositif national d'écoute lié au numéro 3977, les acteurs des dispositifs locaux d'écoute mis en place par certaines municipalités, etc.
100. Par cette expression « d'intermédiaires de confiance », la Commission entend attirer l'attention sur l'importance de ce chaînon de solidarité qu'on peut qualifier « d'interstitiel », c'est-à-dire à la fois plus proche et moins intimidant que des acteurs officiels, mais plus compétent que le simple cercle des voisins ou des familiers. Il faut non seulement ne pas le négliger, mais savoir aussi le cultiver, car il est constitutif, localement, d'un tissu d'engagement concret et solidaire, qui concourt à la qualité de la vie collective.



¹⁶ La MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) est un service du Premier ministre qui observe et analyse le phénomène sectaire, et coordonne l'action préventive et répressive des pouvoirs publics à l'encontre des dérives sectaires. Elle anime un réseau de correspondants dans les administrations déconcentrées de l'Etat et un réseau d'associations partenaires.

101. La « fluidité » de l'alerte se mesurera à ce que, **par l'un ou l'autre de ces canaux, l'information qui le mérite parvienne, avec la célérité nécessaire, aux « destinataires officiels »**. Soit directement, soit en une ou même deux étapes (schéma ci-dessus).

102. La Commission relève ainsi **cinq axes prioritaires** :

- Créer, globalement, les conditions d'une prise de conscience collective (1)
- Susciter le repérage des situations, en particulier par les proches et le milieu professionnel (2)
- Clarifier et faciliter la transmission d'informations, particulièrement de la part des professionnels (3)
- Améliorer l'accessibilité des dispositifs qui vont directement aux destinataires « officiels » de l'alerte (4)
- Et enfin, structurer et animer le réseau des « intermédiaires de confiance » (5)

A1. Construire les conditions d'une prise de conscience collective.

103. La Commission estime qu'en amont de toute action de communication qui pourrait être ciblée sur des publics particuliers (professionnels, personnes accompagnées, familles, etc.), la création d'un **contexte global d'information et de sensibilisation** est un préalable nécessaire.
104. D'abord, on l'a dit, car chacun doit se considérer comme concerné par un acte ou une situation de maltraitance dont il serait témoin.
105. Mais aussi parce qu'un certain niveau de prise de conscience collective est nécessaire pour faciliter la révélation des maltraitements qui peinent à se dire ou dont il n'est même pas pris la mesure.
106. La Commission recommande ainsi d'engager **un processus de communication de grande ampleur**.
107. Plus qu'une simple « campagne » isolée, il devrait s'agir d'un dispositif récurrent – qui peut le cas échéant se fixer la régularité d'une « journée » ou d'une « semaine » spécifique chaque année¹⁷ - devant faire l'objet d'une mesure d'impact de la diffusion de ses messages, pour les ajuster régulièrement¹⁸.
108. Très concrètement, il s'agit d'informer le grand public sur la maltraitance (qu'est-ce que la maltraitance ? quels sont ses effets ?) et sur la marche à suivre en cas de maltraitance constatée (que puis-je/dois-je faire ?)
109. L'axe de cette communication pourrait se résumer par ces mots : « tous concernés, tous impliqués, tous informés ».
110. **Tous concernés**, au nom du « devoir de fraternité » dont il était question plus haut, mais aussi au nom de ce que nous avons tous la vulnérabilité en partage, ne serait-ce qu'en raison de ce que nous sommes tous en risque d'accident, ou de maladie handicapante, et tous appelés à vieillir. L'objectif est bien d'abaisser le seuil de tolérance des actes et situations de maltraitance, en faisant évoluer le regard collectif sur les situations de perte d'autonomie.
111. **Tous impliqués**, car chacun a le devoir – et quelques fois l'obligation, au sens juridique du terme – de signaler un acte ou une situation maltraitants dont il a été témoin. Mais davantage qu'une fonction simplement « accusatoire » à l'égard de faits inacceptables, chacun a surtout le devoir de trouver la juste réaction à tout ce qui n'est pas « bientraitant ».
112. **Tous informés**, enfin, à au moins deux titres : chacun, bien sûr, devrait connaître la « marche à suivre » face à une situation préoccupante. Mais chacun devrait aussi être **davantage capable, pour comprendre et donc « voir » la maltraitance, de se mettre « à la place de » ceux qui peuvent la subir**. Tous informés veut donc dire, aussi, tous informés sur ce qui se vit de l'intérieur, lorsqu'on est personnellement atteint dans son autonomie.

Proposition n° 1 : Installer un processus de communication récurrent à destination du grand public (du type « semaine contre la maltraitance ») pour ouvrir le regard sur la maltraitance et informer sur les bonnes manières de réagir.

¹⁷ Le 15 juin est la journée mondiale consacrée à la maltraitance des personnes âgées. Il pourrait servir de point de référence de cette campagne de communication, en l'élargissant à la maltraitance des personnes en situation de handicap.

¹⁸ Sur le modèle, par exemple, de la « semaine pour l'emploi des personnes handicapées », qui permet de combiner messages au grand public, mise en avant d'initiatives exemplaires, manifestations diverses, ou de la « semaine bleue »

A2. Faciliter la « prise de conscience » par les personnes et le « repérage », par les proches ou les professionnels.

113. Il faut toujours revenir à cette réalité que la maltraitance est très souvent un phénomène qui se cache ou que l'on nie.
114. Les « professionnels » (entendus au sens le plus large de l'ensemble des professions naturellement au contact des personnes vulnérables : médecins et paramédicaux, pharmaciens, personnel soignants et éducatifs intervenant dans le champ médico-social, assistantes sociales, gestionnaires de cas¹⁹ ...) sont traditionnellement perçus comme étant en première ligne sur ce sujet.
115. Leur premier souci doit être, effectivement, **de savoir en repérer les traces, voire les facteurs de risque**. Et pour cela de savoir surmonter tout ce qui y fait obstacle, y compris dans leurs propres représentations.
116. Mais le premier obstacle que dressent ces mêmes représentations est, sans doute, de négliger le rôle premier, essentiel, de la **mise en capacité des personnes accompagnées elles-mêmes à voir, comprendre et pouvoir exprimer**, sans risque ou sentiment de risque pour elles, les souffrances qu'elles ressentent.
117. Un second obstacle tient aux insuffisances fréquentes des communautés de travail dans leur réaction aux actes ou situations maltraitantes. Le professionnel témoin (ou qui s'estime tel) est ou se sent souvent isolé, sans interlocuteurs de confiance au sein de la structure. En un mot, **l'alerte individuelle a souvent du mal à être prise en compte de manière positive et constructive par le collectif de travail**.
118. En réponse à tout cela, le développement et la mise en place d'outils, de méthodes et de compétences sont des chantiers considérables et urgents.

Des outils

119. Des outils de repérage des situations de maltraitance ou des situations de risque de maltraitance ont été développés localement par des ARS ou des conseils départementaux, mais il n'existe pas - en dehors de documents centrés sur certains thèmes spécifiques²⁰ - d'outils nationaux diffusés à grande ampleur²¹.
120. Il est donc proposé :
- à partir de l'analyse des situations rencontrées sur le terrain et d'une recension critique des outils déjà existants (la Commission a eu connaissance de grilles de repérage mises au point par certaines ARS ou certains conseils départementaux, ou émanant d'associations représentant les personnes vulnérables, d'organismes de protection sociale, etc.), **d'établir un outil pratique d'identification des facteurs de risque et des « signaux de vigilance » voire d'alerte** ;
 - d'intégrer ces indicateurs (qui peuvent croiser certaines grilles existantes²²) dans les différentes démarches d'évaluation généralistes²³ ;

¹⁹ Le dispositif MAIA, est une méthode de coordination conçue pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées (art. L.113-3 du CASF). Il comprend plus de 1000 gestionnaires de cas, chargés d'assurer le suivi à long terme des personnes âgées en situation complexe.

²⁰ Par exemple, pour la prévention des dérives sectaires en établissement médico-social (MIVILUDES) ou pour la pratique de la contention physique en établissement accueillant des troubles psychiatriques, (HAS), etc.

²¹ L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) avait conduit des travaux de ce type mais ceux-ci restent encore insuffisamment diffusés. Un travail avait également été mené en 2008 par un groupe de travail du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés qui avait produit deux guides de gestion des risques de maltraitance, l'un pour les établissements, l'autre pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile.

²² Test ODIVA-RIFVEL, grille SEGA, etc.

²³ L'idée est de disposer d'un « module » spécifique dans toutes les démarches d'évaluation qui sont susceptibles de concerner une personne en perte d'autonomie :

- évaluation multidimensionnelle pour l'attribution de l'APA
- évaluation GEVA pour les personnes handicapées
- évaluation Inter RAI Home Care des MAIA

- de présenter ces outils dans le cadre d'actions de formation-action sur site avec l'ensemble des professionnels de la structure concernée ;
- de présenter les outils, pour les services à domicile, en organisant des temps dédiés au partage des informations entre acteurs locaux (travailleurs sociaux, services hospitaliers, médecins traitants, CLIC, MDPH, MAIA, etc.) ;
- de décliner ces outils pour les personnes elles-mêmes (pour les aider à identifier et nommer les situations à risques ou les actes de maltraitance qu'elles ressentent) ainsi que pour leur entourage non professionnel (aidants familiaux, voire grand public), en ayant la préoccupation constante de ne pas sacrifier la complexité du message à la nécessaire lisibilité du support.
- de mettre un accent particulier sur certaines maltraitances identifiées comme ayant une prévalence et/ou une gravité particulière. La Commission entend alerter, à cet égard, sur le risque plus élevé de maltraitance, notamment de nature sexuelle, à l'égard des femmes.

Proposition n° 2 : Créer et diffuser largement des outils de repérage des situations ou comportements révélant – ou révélant avec une probabilité élevée – l'existence d'une maltraitance.

Inscrire en priorité les situations de maltraitance à risque et/ou gravité élevés, notamment les maltraitances de nature sexuelle à l'égard des femmes.

121. Par ailleurs, la réaction appropriée à certains cas ou situations de maltraitance est parfois rendue difficile par une méconnaissance des réalités de vie des personnes concernées et de leurs besoins.
122. Les formations pratiques, reposant sur des études de cas ou jeux de rôle, permettent d'articuler la théorie et le rappel des droits à la prise de conscience des besoins spécifiques des populations accompagnées (personnes sans communication verbale, à fort risque de trouble dépressif ou anxieux, adoptant des « comportements-problèmes », etc.), de questionner les habitudes et préjugés et de revisiter en profondeur les pratiques.
123. Ces formations sur site peuvent être doublées de pratiques « proactives » d'intervention, par exemple en développant les initiatives qui consistent à organiser des déplacements d'assistants sociaux pour recueillir les éventuelles doléances des personnes, ainsi que cela se pratique dans certains départements.

Proposition n° 3 : Développer des formations pratiques :

- **sur site et par étude de cas, en établissement et en services médico-sociaux, impliquant tout le personnel de la structure.**
- **en mettant en place des formations au sein desquelles les personnes accueillies/soignées et leurs aidants sont positionnées comme formateurs (au-delà du simple témoignage) ;**
- **en développant des jeux de rôles, des « serious games²⁴» sur la maltraitance des personnes vulnérables.**

- évaluation des CLIC
 - évaluation dans le cadre des PRADO de l'assurance maladie
 - évaluations sociales des services départementaux.
 - etc.

²⁴ Un jeu sérieux, ou « serious game » combine une interface ludique, souvent scénarisée, avec un objectif pédagogique. On peut citer à titre d'exemple « Ecoville » sur les enjeux du développement durable en milieu urbain (<https://www.ecovillejeu.com/>) ou « Ehpap Panic » dédié aux personnels d'EHPAD (<http://www.ehpap-panic.com/fr/accueil/>).

124. On doit toutefois rappeler, à cet égard, la limite importante – mais qui n’est pas propre à ce type de formations et relève donc d’une problématique d’ensemble de la formation en milieu social et médico-social – que les crédits de formation, tout comme les financements spécifiques de la CNSA (« section IV »²⁵) ne peuvent pas être utilisés pour financer le remplacement des professionnels pendant leur formation²⁶.

Donner une priorité aux temps de prise de recul sur la pratique.

125. Pour les professionnels, l’identification de la maltraitance, préalable à l’alerte, suppose de mettre en œuvre des moyens spécifiques : du temps pour la réflexion collective sur les pratiques et des outils d’identification et d’évaluation de la maltraitance.
126. Le premier moyen à privilégier est l’importance à donner au temps pour réfléchir au sens de l’action, individuellement et collectivement, et avec méthode.
127. Les temps de prise de recul collectifs devraient ainsi être organisés dans toutes les structures médico-sociales, en rendant obligatoire l’analyse de la pratique et en lui allouant un financement dédié.

Proposition n° 4 : Structurer le temps professionnel en y insérant, de manière obligatoire en établissement médico-social, les espaces d’interrogation des pratiques (supervision, analyse des pratiques).

128. Cette proposition, fondamentale, doit pouvoir être portée par les structures régionales d’appui qui doivent être mises en place par les Agences régionales de santé²⁷ ;
129. Très particulièrement, le renforcement de l’analyse des pratiques et de la supervision des équipes **dans les services médico-sociaux intervenant à domicile** est un enjeu majeur.
130. Ces services sont en effet, selon les statistiques, malheureusement incomplètes, dont dispose la Commission, très particulièrement confrontés aux questions de signalement de maltraitance dont ils sont témoins. D’une part, parce qu’ils sont souvent les seuls à être témoins des situations dont ils peuvent rendre compte. D’autre part parce qu’ils disposent de trop peu de temps de régulation financé. Or il faut que ce temps soit reconnu pour que les professionnels puissent analyser les situations dont ils sont témoins, en présence d’un référent susceptible de les éclairer sur les questions pertinentes à se poser et la démarche à suivre.
131. Il est symptomatique de constater que la réglementation a bien pris en compte (à l’article D.312-7-1 du code de l’action sociale et des familles) les exigences de la **coordination des prestations et des personnels** entre les agents d’un même SSIAD, SAAD ou SPASAD, mais ne fait pas de cas des nécessités du retour sur la pratique.

Proposition n° 5 : Intégrer, dans la définition réglementaire des fonctions attendues des différents établissements et services (par exemple l’article D.312-7-1 du code de l’action sociale et des familles pour les services d’assistance à domicile) l’exigence d’analyse des pratiques.

132. A ces temps de recul doivent s’ajouter – sans les confondre – les moments et contextes permettant de prendre le temps de l’approfondissement des questions éthiques liées à certains dilemmes de l’accompagnement, à l’origine de possibles situations de maltraitance : vie affective et sexualité, recueil et prise en compte du consentement, intérêt de la personne souffrant de troubles cognitifs, etc.

²⁵ Article L.14-10-5 du CASF.

²⁶ Il n’en va autrement, en vertu des dispositions de l’article L.443-11 du CASF et, s’agissant de la prise en charge possible par la CNSA, de celles de l’article R.14-10-49 du même code, que pour les accueillants familiaux.

²⁷ Articles R.1413-74 et suivants du code de la santé publique, issus du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016.

133. Il est notable que, s'agissant des établissements de santé, l'article L.6111-1 du code de la santé publique leur fait déjà obligation de « mener en leur sein une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge », mais qu'aucune obligation analogue n'existe pour les établissements médico-sociaux.
134. Alors même que plusieurs dispositifs, ayant fait leurs preuves, sont envisageables : instance éthique animant des réflexions collectives et proposant des éclairages relatifs à des questions individuelles au sein d'un organisme gestionnaire ayant une certaine importance. Instance analogue commune à plusieurs structures, instances à compétence territoriale en relation avec les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) placés, dans chaque région, sous la responsabilité des ARS²⁸, etc.
135. Bref, quelle que soit la manière de l'envisager, un soutien à la réflexion éthique devrait être accessible aux accompagnants, familiaux ou professionnels. Les initiatives déjà prises en ce sens par certains gestionnaires d'établissements devraient être recensées via les ERER et encouragées.

Proposition n° 6 : Introduire, pour les établissements et services médico-sociaux, l'obligation de mener en leur sein une réflexion sur l'éthique de l'accueil et de l'accompagnement, qui existe déjà pour les établissements de santé (article L.6111-1 du code de la santé publique).

Développer à cette fin les espaces de réflexion éthique accessibles aux aidants familiaux et professionnels.

A ce titre : développer notamment des réflexions éthiques spécifiquement dédiées aux pratiques d'encadrement

²⁸ Les ERER ont vocation à susciter la réflexion éthique chez les professionnels et à les accompagner dans cette démarche, notamment dans le cadre de leur mission de veille et observation des pratiques.

A3. Clarifier les obligations juridiques de la transmission d'information.

136. Depuis les années 2000, le cadre juridique a été renforcé pour répondre aux problématiques de maltraitance, le législateur ayant précisé les droits, conforté les sanctions et renforcé les obligations d'alerte.
137. La Commission estime que, **s'agissant de la définition des droits protégés et des sanctions pénales associées à leur méconnaissance** (encadré ci-dessous) le cadre législatif n'appelle pas de modification ou de complément indispensable.

Le législateur a défini ou rappelé les droits des personnes au regard de leur situation (maladie, handicap ...) et/ou du secteur de prise en charge (sanitaire, médico-social et social) :

Possibilité de faire appel à une personne qualifiée pour l'aider à faire valoir ses droits (L.311-5 du CASF), de participer à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement, d'être associé au fonctionnement de la structure (conseil de la vie sociale ou autres formes de participation), droit d'aller et venir librement (article L. 311-3 du CASF) et encadrement de l'adaptation de l'exercice de ce droit dès lors que l'état de santé de la personne le justifie (article L. 311-4-1) ; obligation d'affichage dans la structure de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (article L. 311-4) ; encadrement des dons et legs faits par les usagers en faveur de personnes chargées de leur prise en charge, pour lutter contre la maltraitance financière (article L. 116-4), etc.

Le législateur a également défini plusieurs infractions pénales pouvant se rattacher à la notion de « maltraitance » :

Ainsi, l'état de vulnérabilité de la personne²⁹ est une circonstance aggravante pour certaines infractions comme le vol (art. 311-4 du code pénal), l'escroquerie (art. 313-2), les coups mortels (art. 222-8), ou le viol (art. 222-24). La vulnérabilité est également prise en compte pour déterminer l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse (art. 223-15-2 du code pénal) et l'abus de faiblesse (art. L. 112-8 du code de la consommation).

138. Il en va autrement, tant en ce qui concerne la substance du droit que sa connaissance par les acteurs, **des trois dimensions du signalement** :
- **Les conditions de levée du secret professionnel**
 - **Les obligations de signalement**
 - **La protection des personnes ayant effectué un signalement**

Un paysage partiellement lacunaire pour la levée du secret professionnel.

139. Le secret professionnel est un principe impératif de l'accompagnement, rappelé par de nombreuses dispositions législatives et réglementaires³⁰, qui sanctionnent ses violations, tant sur le plan pénal que disciplinaire.

²⁹ Le code pénal ne définit pas précisément la vulnérabilité mais prévoit divers critères, non exhaustifs, pour appréhender la matérialité de la vulnérabilité. L'état de vulnérabilité – qui doit être « apparent ou connu de l'auteur de l'acte » peut être « dû à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse » (art 223-15-2 du code pénal).

Le même article punit l'abus d'état d'ignorance ou de faiblesse à l'égard des personnes « en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer [leur] jugement ».

³⁰ Article 226-13 du code pénal, article L.1110-4 du code de la santé publique, article L.113-3 du CASF pour les MAIA, etc.

140. Pour autant, il est clair que cet impératif doit se concilier avec l'impératif de protection des personnes vulnérables contre toute atteinte à leur intégrité physique ou psychique. La maltraitance, ou – ce qui est évidemment plus complexe – la suspicion de maltraitance doivent pouvoir être signalées sans que le secret professionnel y fasse obstacle (voire légitime l'inaction).
141. Or les conditions dans lesquelles ce secret est aménagé ou levé sont à la fois complexes à comprendre pour les personnes concernées, et de surcroît partiellement lacunaires.

Il existe, en premier lieu, deux aménagements du secret professionnel, ayant une finalité essentiellement soignante, prévus par l'article L.1110-4 du code de la santé publique :

L'échange d'information (autrement dit : la transmission directe d'une information entre deux professionnels précis) : uniquement entre professionnels « participant à la prise en charge » et « à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

Le consentement préalable de la personne n'est pas requis, mais elle peut s'opposer à tout moment à un tel échange.

Le partage d'information (autrement dit : la mise à disposition à un groupe de personnes d'une même information accessible à tous) : uniquement au sein de ce que le code de la santé publique (article L.1110-12) définit comme une « équipe de suivi ».

Le consentement de la personne est requis si le partage d'information s'étend au-delà de l'équipe de suivi. Elle peut, par ailleurs, s'opposer à tout moment au partage d'informations la concernant.

Le code pénal (article 226-14) a, par ailleurs, fixé plusieurs hypothèses générales de levée du secret, dont deux sont particulièrement importantes dans le domaine qui nous intéresse :

La première concerne « toute personne », et suppose que cette personne a eu connaissance de « privations ou sévices » infligés à un mineur ou à un majeur vulnérable (personne qui « n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique »). Il y a levée du secret lorsque ce signalement est adressé « aux autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

La seconde concerne les seuls « médecins ou professionnels de santé », et suppose en principe l'accord de la victime. Il y a levée du secret lorsqu'un constat de « sévices ou privation (...) permettant de présumer des violences physiques, psychiques ou sexuelles » est porté à la connaissance du procureur de la République.

Lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable (selon la définition mentionnée ci-dessus), et depuis la loi du 5 mars 2007, le consentement de cette dernière n'est plus requis.

142. L'échange et, dans une moindre mesure, le partage d'information, sont deux instruments juridiques qui – même s'ils ont été conçus en vue de l'accompagnement soignant, et pas pour le signalement de maltraitance ou de suspicion de maltraitance - peuvent faciliter l'alerte au sein des équipes.
143. Mais outre qu'ils sont toujours susceptibles de faire l'objet d'une opposition de la part de la personne concernée, ils ne concernent que les professionnels de santé et les professionnels « du champ social et médico-social » (excluant donc tout autre professionnel, par exemple un administratif, ou un gestionnaire de tutelle, et a fortiori d'autres intervenants tels que les « intermédiaires de confiance » ou des acteurs associatifs). On verra plus loin que cela peut considérablement limiter l'efficacité des « tours de table » qui seraient pertinents.
144. Quant aux hypothèses de levée du secret prévues par le code pénal, leur définition très précise et le fait qu'elles ne recourent pas exactement les termes et les hypothèses retenues pour les dispositifs de protection (voir infra), rend leur appréhension complexe par les professionnels.

Des obligations de signalement qui restent complexes pour les personnes peu averties :

145. Il y a, d'abord, les obligations qui pèsent indistinctement sur toute personne : le fait de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne adulte vulnérable est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende (article 434-3 du code pénal)³¹.
146. Mais le même article précise que cette obligation de signalement ne concerne pas les professionnels tenus au secret en application de l'article 226-13 du code pénal. Pour eux, ce sont donc d'autres dispositions qui sont applicables :
- Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)³² : obligation de signalement aux autorités administratives des dysfonctionnements ou événements graves, dont les cas de maltraitance présumée³³;
 - Pour tout professionnel de santé ou tout représentant d'établissement de santé ou d'ESMS : obligation de signalement à l'ARS des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS)³⁴.

Des protections hétérogènes pour les auteurs des signalements :

147. Il existe un dispositif de protection générale des « lanceurs d'alerte »³⁵ qui ont pris le relais de plusieurs dispositifs thématiques³⁶. L'alerte, lancée dans ces conditions, fait bénéficier un salarié des protections prévues à l'article L.1132-3-3 du code du travail.
148. Un dispositif de protection particulier existe, par ailleurs, pour les agents des établissements médico-sociaux, publics et privés, en vertu de l'article L.313-24 du code de l'action sociale et des familles.
149. Articulé à cela, l'article 122-9 du code pénal délie des conséquences pénales de « l'atteinte portée à un secret protégé par la loi » les personnes qui lancent une alerte dans les conditions et conformément à la procédure de la loi de 2016. Ce « déliement » s'ajoute à celui, déjà mentionné plus haut, que prévoit l'article 226-14 du code pénal qui délient du secret professionnel. Mais il ne concerne, on l'a compris que les lanceurs d'alerte au sens strict du terme.
150. Le régime des « lanceurs d'alerte » a ainsi le mérite de donner un cadre juridique unique et transversal, mais ne peut répondre qu'aux situations les plus graves : crime ou délit, ou violation « grave et manifeste » d'un engagement international de la France. Au surplus, il ne s'applique pas aux actes couverts par le secret médical³⁷.
151. Il est vrai que l'article L.313-24 du code de l'action sociale et des familles offre une protection analogue à celle de l'article L.1132-3-3 du code du travail (interdiction d'infliger des mesures défavorables en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat), pour des signalements beaucoup plus larges : « mauvais traitements ou privations », qui sont donc susceptibles d'une interprétation plus ouverte.

³¹ Cinq condamnations ont été prononcées en 2016 à l'encontre de personnes physiques pour non dénonciation de mauvais traitements sur des personnes vulnérables.

³² Les ESMS sont définis à l'article L.312-1 du CASF.

³³ Article 30 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, codifié à aux articles L.331-8-1 et R. 331-8 du CASF et complété par l'arrêté du 28 décembre 2016.

³⁴ Article L.1413-14 et R.1413-67 et suivants du code de la santé publique et instruction DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017.

³⁵ Articles 6 à 9 de la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

³⁶ Notamment l'ancien article L.1351-1 du code de la santé publique, relatif à l'alerte en cas de risque grave pour la santé publique, issu de la loi du 16 avril 2013

³⁷ Une chose, en effet, est que l'article 122-9 du code pénal délie des conséquences pénales de « l'atteinte portée à un secret protégé par la loi » les personnes qui lancent une alerte dans les conditions et conformément à la procédure de la loi de 2016 et que, s'agissant du secret professionnel, l'article 226-14 du même code exonère du respect du secret professionnel les personnes qui signalent des sévices ou privations infligées à des personnes vulnérables, Une autre est de savoir si, s'agissant de faits couverts par le secret médical, le « lanceur d'alerte », certes non coupable du fait qu'il a violé ce secret, bénéficie ou pas du régime protecteur.

152. Mais cette discordance est, de ce fait, source de confusion juridique (le signalement « de l'article L.313-23 » n'a rien à voir avec le cadre juridique du « lanceur d'alerte »).

La Commission souligne à cet égard que la « peur de représailles » est souvent mise en avant par des professionnels témoins d'actes de maltraitance.

153. Par ailleurs, l'article L.313-24 ne vaut qu'au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et ne concerne que les signalements par les « agents ou salariés » de ce secteur. Il a souvent été signalé son caractère insuffisamment protecteur en pratique³⁸.

154. Un régime uniforme de **sécurités juridiques minimales apportées à toute personne** signalant, de bonne foi, des actes de maltraitance à l'égard d'une personne vulnérable dans quelque environnement que ce soit reste donc à bâtir.

155. **En un mot, le paysage juridique du signalement reste complexe, en partie lacunaire et source d'ignorance sur l'étendue des droits, devoirs et protections.**

Proposition n° 7 : Définir dans un corpus législatif unique, reproduit à l'identique dans les différents codes concernés (code pénal, code de la santé publique, code de l'action sociale et des familles) les droits et obligations relatifs aux

- **conditions de levée du secret professionnel**
- **obligations de signalement**
- **protections des personnes ayant effectué un signalement**

pour les privations et sévices subis par les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger « en raison de leur âge ou de leur incapacité physique ou psychique ».

156. Par ailleurs, le respect des obligations de signalement se heurte quelques fois au manque de collaboration, voire au refus des personnes concernées par des situations de maltraitance présumée, qui peuvent craindre des représailles, ou ne sont pas capables d'exprimer un consentement à la plainte, ou encore sont sous l'emprise de l'auteur des sévices à qui elles redoutent de nuire.

157. Il est donc important de rappeler aux professionnels le caractère impératif du signalement.

Proposition n° 8 : Intégrer, dans les différents articles des codes qui encadrent l'action sociale concernant les personnes âgées et les personnes handicapées (par exemple pour l'organisation des CLIC et des MAIA³⁹), une référence aux obligations de signalement et aux conditions de levée du secret professionnel.

De l'information et de la formation.

158. Il convient de s'assurer de la bonne appropriation du cadre juridique pour lever les freins au signalement liés à une méconnaissance des textes.

159. Les dispositions concernant les obligations de signalement et les conditions de levée du secret professionnel sont ainsi particulièrement méconnues, engendrant des idées fausses et des obstacles au signalement.

³⁸ Voir par exemple : Daniel Boulmier, « Les lanceurs d'alerte dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, à propos de l'article L313-24 du CASF », Revue de droit sanitaire et social, 3/2015, p.448.

³⁹ L'art. L.113-3 du code de l'action sociale et des familles décrit le fonctionnement des MAIA. Il contient des dispositions relatives à l'échange et au partage d'informations entre professionnels de différents champs. Ces dispositions mentionnent l'exigence de confidentialité et du secret. Il serait utile de les compléter en renvoyant, pour les cas de maltraitance, aux articles qui prévoient une obligation de signalement et la levée du secret.

160. Parmi ces idées fausses récurrentes, on peut citer celle que le consentement de la victime est toujours requis pour signaler un acte qui constitue une infraction pénale, ou encore celle que le respect du secret professionnel peut justifier l'absence de signalement, alors que les professionnels concernés ont non seulement la possibilité mais bien souvent l'obligation de signaler ces cas de maltraitance (cf. supra).
161. La Commission alerte également sur le fait que, si les obligations de signalement paraissent aujourd'hui relativement bien appropriées par les intervenants en établissements médico-sociaux, la réalité est moins avancée lorsque les personnes sont suivies par des services à domicile ou font un passage en court séjour en établissement hospitalier.

Proposition n° 9 :

Elaborer et diffuser des documents simples, synthétiques et régulièrement mis à jour, qui récapitulent de manière claire, les obligations et les droits de toute personne – tiers ou professionnels – confrontée à un fait préoccupant.

Mobiliser les ordres professionnels sur l'information de leurs membres sur les obligations de signalement.

162. Des obstacles propres au milieu professionnel peuvent également être un frein au signalement (crainte de « court-circuiter » la hiérarchie ou conviction que cela relève de son rôle, crainte de ne pas suivre la bonne procédure, d'être sanctionné lorsqu'on signale, etc.).
163. Ce lien étroit avec les représentations de la loyauté institutionnelle et les enjeux des conditions de travail doit inciter à en faire un objet du dialogue social, en invitant les partenaires sociaux (syndicats de salariés et organismes employeurs concernés) à s'y investir.
164. Il y a là un enjeu important, qui tient à la fois d'une démarche classique de qualité (puisque'il s'agit d'établir des protocoles de réaction à tout comportement ou situation critique) mais aussi, et surtout, d'une réflexion sur le sens et la qualité du travail en équipe, incluant les rapports avec la hiérarchie.
165. C'est également par une implication des représentants du personnel que peut s'élaborer un règlement intérieur exprimant une forte adhésion de toute la communauté de travail à certaines valeurs. Adhésion qui est une condition essentielle du repérage et de la sanction de tout comportement déviant.

Proposition n° 10 : Inciter les organismes syndicaux (professionnels et employeurs) à écrire conjointement un guide du circuit de l'information d'alerte en établissement et dans les services (quel circuit privilégier, quelle protection juridique, etc.), spécifiquement dédié aux professionnels.

A4. Renforcer l'accessibilité directe des dispositifs « institutionnels » de recueil.

166. Le renforcement de l'accessibilité « cognitive » du dispositif d'alerte et de signalement suppose, en premier lieu, de **renforcer la communication sur les points de contact locaux** (ARS, Conseil départemental ou Préfecture/DDCS, Procureur de la République).
167. Sans suggérer d'aller vers une logique de « guichet unique » (qui peut présenter plus d'inconvénients que d'avantages), il est important **d'avoir toujours, au moins, un « guichet officiel lisible »**.
168. **La plate-forme de signalement en ligne** des événements indésirables (« événements indésirables associés à des soins » (EIGS) mentionnés à l'article L.1413-14 du code de la santé publique) mise en place par le ministère des solidarités et de la santé⁴⁰ (<https://signalement.social-sante.gouv.fr>) **pourrait ainsi être explicitement élargie aux actes et situations de maltraitance qui n'entrent pas dans ce cadre**⁴¹, en aménageant à cette fin l'interface avec l'utilisateur.
169. La bonne orientation (ou réorientation), vers les services compétents, des différents événements enregistrés sur cette plateforme sera évidemment cruciale. Un cahier des charges devra ainsi définir les services compétents dans les différents cas.
170. S'agissant de déclarants potentiellement âgés ou en situation de handicap, une attention particulière devra être portée à l'accessibilité du site.
171. En un mot : il ne saurait s'agir de se borner à diversifier l'accès à ce site unique, sans une refonte sérieuse de son interface et la mise en place de circuits adaptés pour les informations qui y seraient collectées dans le champ des actes et situations maltraitants.

Proposition n° 11 : Etendre la plateforme de signalement en ligne signalement.social-sante.gouv.fr aux cas de maltraitance et organiser la réorientation des cas signalés vers les destinataires appropriés au niveau local.

172. **Dans les lieux « institutionnels » d'accueil physique de la plainte** (commissariats et gendarmeries, mais aussi maison de justice et du droit, antennes de justice, etc.), les publics concernés par la maltraitance peuvent présenter des handicaps sensoriels ou moteurs, ou des troubles cognitifs ou psychiques, qui nécessitent d'adapter les dispositifs de recueil des plaintes ou des signalements.
173. La réponse doit consister à prolonger les efforts déjà engagés par le ministère de l'intérieur pour aménager les commissariats de police et brigades de gendarmerie dans le sens d'un meilleur accueil réservé aux victimes. Qu'il s'agisse :
- de l'accessibilité physique (rampes d'accès aux services d'accueil, ascenseurs, bas flancs permettant la réception des personnes à mobilité réduite),
 - ou de moderniser les outils de communication (tablettes numériques et système de pré-plainte en ligne pour faciliter la prise en charge des personnes ne pouvant pas se déplacer, numéro 114 adapté pour les sourds, muets et malentendants),
 - ou d'aménager des espaces adaptés au recueil du témoignage de personnes ne pouvant formuler leur récit qu'avec difficulté (sur le modèle déjà adopté pour les enfants victimes de maltraitances),

⁴⁰ Cette plateforme permet aujourd'hui aux particuliers comme aux professionnels de signaler des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) Elle organise une réorientation automatique aux interlocuteurs appropriés selon la nature et le lieu du signalement. Elle ne permet pas à ce jour de signaler des cas de maltraitance.

Les EIGS font l'objet d'une documentation locale et territoriale avant d'être transmis à la HAS qui les analyse avec des experts, les consolide et en fait une analyse transversale, notamment pour identifier les risques récurrents et proposer le cas échéant des solutions pour la sécurité.

⁴¹ Sachant que certains EIGS peuvent évidemment revêtir un caractère d'acte de maltraitance, et réciproquement.

- ou encore d'adapter les lieux ou de former les personnels au contact de publics spécifiques (troubles cognitifs, handicap psychique...)

174. De même, s'agissant des dispositifs d'aide et d'accompagnement aux victimes, qui se sont largement développés ces dernières années pour les victimes d'infractions pénales (cf. encadré).

L'accueil des victimes d'infractions pénales

L'accueil des victimes d'infractions pénales (vulnérables ou non) repose notamment sur :

- L'accueil des victimes au sein des commissariats et brigades de gendarmerie, qui est assuré notamment par les référents accueil et par les référents au sein des brigades de protection de la famille, spécialisés dans l'écoute notamment des personnes âgées victimes de faits graves et sur les intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie (ISCG) ;
- L'accueil des victimes au sein du palais de justice, notamment avec les bureaux d'aide aux victimes (BAV)⁴² et les permanences organisées par les barreaux (certains avocats sont ainsi spécialisés dans la défense des personnes âgées victimes notamment de maltraitements financiers) ;
- L'accueil des victimes au sein de l'unité médico-judiciaire (IMJ) et des hôpitaux
- L'accueil des victimes au sein du réseau justice : les Maisons de justice et du droit⁴³ (MJD) et les points d'accès au droit (PAD)

L'accueil des victimes d'infractions pénales repose également sur des associations d'aide aux victimes généralistes conventionnées et subventionnées par le ministère de la justice (la plupart de ces associations sont fédérées au sein de France Victimes) et sur des associations spécialisées dans l'accompagnement et l'aide aux personnes vulnérables victimes de maltraitance.

175. Ces dispositifs d'écoute et d'accompagnement spécifiques en commissariat, en gendarmerie et dans les services judiciaires relèvent, s'agissant en tous cas des infractions pénales, d'obligations prévues par les textes⁴⁴, et leur mise en place rapide doit être encouragée.

176. On constate d'ailleurs l'efficacité d'un tel accompagnement : le ministère de la Justice a indiqué à la Commission que les plaintes des victimes sont plus nombreuses dans les ressorts où des dispositifs spécifiques d'accompagnement sont mis en place (par exemple à Limoges, Poitiers, Bourges, Nîmes).

Proposition n° 12 : Développer les dispositifs d'écoute spécifiques en commissariat, en gendarmerie et dans les services judiciaires.

⁴² En 2015, 160 bureaux d'aide aux victimes, gérés par des associations d'aide aux victimes, sont présents dans les tribunaux de grande instance pour renseigner, orienter et accompagner les victimes d'infractions pénales.

⁴³ Dans les MJD, des informations ou consultations juridiques sont données par des professionnels du droit.

⁴⁴ Directive 2012/29/UE du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité, transposée en droit interne par la loi n°2015-993 du 17 août 2015 et le décret n°2016-214 du 26 février 2016 relatif aux droits des victimes.

A5. Animer le réseau local des « intermédiaires de confiance ».

177. Les personnes vulnérables ne disposent pas toujours d'une personne proche d'elles, à qui faire part en confiance des dysfonctionnements qu'elles constatent ou de leurs inquiétudes. Elles peuvent redouter les conséquences pour elles-mêmes ou pour d'autres. Elles peuvent hésiter sur l'importance de ce qui leur arrive, etc.
178. Et lorsqu'elles acceptent de se confier, elles s'adressent fréquemment à des personnes - parents, amis ou voisins - qui peuvent avoir les mêmes hésitations à saisir directement un responsable professionnel ou une autorité publique.
179. La Commission est convaincue de l'importance **de présenter en toute circonstance un relais au besoin de parole**, si l'on veut que les actes de maltraitance émergent effectivement.
180. Elle mesure, en même temps, la difficulté à faire, sur ce point, des préconisations évidentes. Le succès très inégal - et globalement modeste - des « personnes qualifiées »⁴⁵, sans doute en partie lié aux ambiguïtés de leur rôle et de leur positionnement, incite à la prudence.
181. Et pourtant - comme le montre la récente tentative parlementaire visant à introduire, dans le projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles, un « référent intégrité physique » en établissement et service médico-social - il y a là un besoin de donner une forme plus institutionnelle et plus visible à la fonction de conseil en confiance dont la nécessité est très largement admise.
182. Partant de là, la Commission considère que, parmi les différents « relais » de l'information d'alerte, **une attention particulière doit être portée à ceux que l'on a nommé plus haut (point 17 ci-dessus) les « intermédiaires de confiance ».**
183. La Commission estime que, pour qu'il puisse pleinement jouer son rôle, en se rendant à la fois visible, crédible, en bonne articulation avec les professionnels et les autorités de contrôle, **ce tissu local des « intermédiaires de confiance »⁴⁶ doit être animé et soutenu par une coordination technique efficace.**
184. Elle estime également que, pour être effective, **cette animation doit être confiée, sur chaque territoire, à une personne nommément désignée**, qu'on pourrait appeler le « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance »
185. Sans se placer en relation hiérarchique par rapport aux différents réseaux d'« écoutants », il lui reviendrait de **créer un lien structurel entre ces acteurs de l'écoute, en garantissant la mise en commun de leurs informations et de leurs pratiques, des facilités de rencontre et de formation, et la facilitation de leurs liens avec les acteurs publics** concernés (ARS, Conseils départementaux, Police, Gendarmerie et Justice, MIVILUDES, Défenseur des droits ...).
186. La structuration de l'alerte étant une fonction transversale à l'ensemble des acteurs publics, **la responsabilité de la mise en place de cette animation territoriale et la charge de principe de son financement relèvent naturellement de l'Etat** (DRJSCS au niveau local, DGCS au niveau national)⁴⁷.

⁴⁵ Article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 2 janvier 2002 : figurant sur une liste départementale, elle doit aider « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social » à « faire valoir ses droits ».

⁴⁶ Certains membres de la Commission estiment, sans qu'une unanimité se soit dégagée sur ce point, qu'au-delà des « piliers » principaux déjà existants (personnes qualifiées, bénévoles du dispositif 3977), et sous réserve d'en garantir tant la qualité de recrutement que la formation, le réseau territorial d'écoute pourrait s'élargir, sur une base de volontariat, à d'autres personnes, en intégrant dans le réseau ayant déjà une fonction d'écoute des personnes vulnérables : membres d'associations d'aides aux victimes, représentants d'usagers au CVS, etc. On peut aussi tout simplement imaginer, dans le cadre d'un réseau d'écoute rendu plus visible, une campagne de recrutement de nouvelles personnes qualifiées ou membres du dispositif 3977.

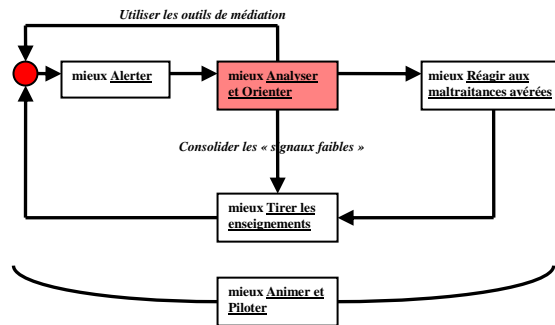
⁴⁷ Techniquement parlant, les moyens associés (traitement du coordonnateur, formation des membres du réseau, prise en charge de frais de déplacements, etc.) a donc vocation à venir abonder le programme 157 de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances », qui finance déjà la Fédération 3977

187. Pour autant, son périmètre n'est pas forcément régional : une échelle départementale paraît plus appropriée ou, plus précisément : soit l'échelle départementale, soit l'échelle alternativement retenue pour le « Groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » (GTCIP) dont il sera question plus loin. Le coordonnateur a en effet vocation à participer à ce groupe opérationnel et devrait aussi être en charge de le faire fonctionner.
188. Enfin, la participation à cette forme de « *cercle territorial d'échange de savoirs et de pratiques* » des délégués territoriaux du Défenseur des droits, lesquels traitent localement, dans le cadre des compétences de cette institution, de réclamations qui peuvent relever d'actes « maltraitants », est souhaitée par la Commission. Comme l'a signalé le Défenseur des droits, il conviendra toutefois que des protocoles viennent en préciser les conditions, afin qu'elle soit compatible avec les prérogatives et l'indépendance des délégués.

Proposition n° 13 : Animer localement le « réseau » des intervenants qui se consacrent déjà, de manière bénévole et avec une reconnaissance institutionnelle, à l'écoute et au relais de l'information.

Pour cela, désigner, à l'échelon territorial adéquat, en principe départemental, un « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance », chargé de l'animation de ce réseau (formation, partage de pratiques) autour du repérage des situations de maltraitance.

B. Mieux analyser et mieux orienter les alertes et signalements.



189. Les développements précédents visaient à permettre l'émergence d'une parole. Les développements qui suivent visent à assurer sa bonne prise en compte⁴⁸.
190. Sur ce point, un constat s'impose : **la difficulté ne vient pas de l'insuffisance du nombre d'acteurs, mais de leur trop grand nombre**, ou plutôt (car, on aura l'occasion de le redire, ce nombre est en partie inévitable) de **leur flagrante insuffisance d'organisation au regard de leur nombre et de leur diversité**.
191. La première difficulté rencontrée est donc celle de l'arrivée de l'information d'alerte au destinataire approprié. Une protocolisation systématique et précise des échanges d'information, entre tous les acteurs, au niveau local, est donc indispensable (B1).
192. Mais ceci ne saurait suffire car, très souvent, le bon traitement de l'information exige une mise en commun plus poussée, qui doit conduire – au-delà des protocoles d'échanges – à disposer d'un véritable « tour de table opérationnel » que la Commission propose d'appeler « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » (B2).
193. Cette mise en commun est d'autant plus utile dès le stade de l'analyse de l'information qu'elle sera encore plus indispensable au stade de la réaction aux actes ou situations « avérés » de maltraitance (partie C ci-dessous).
194. Enfin, il est important de se doter de protocoles de repérage et de traitement des « signaux de faible intensité », que ce soit pour traiter par de la médiation ce qui peut en relever, et pour en garder la mémoire utile (B3).

⁴⁸ La prise en compte effective, ou la bonne réception de l'alerte, signifie non seulement de l'avoir reçue, mais aussi de l'avoir comprise et d'avoir su l'orienter en vue de son traitement.

B1. Organiser les liens de transmission entre les multiples « récepteurs d'information » institutionnels.

195. Selon les cas, les particuliers ou professionnels peuvent avoir le choix de signaler un événement ou une situation de maltraitance à plus d'une dizaine de structures ou d'interlocuteurs institutionnels différents : services des conseils départementaux, DT-ARS, ARS, parquet, police, gendarmerie, associations (3977, associations d'aide aux victimes), DDCS(PP)⁴⁹, délégué du Défenseur des droits, préfecture, plateforme de signalement en ligne du ministère de la santé, plateforme de la MIVILUDES, professionnel de la structure, médecin traitant, etc.
196. Cela s'explique en partie par le fait que l'articulation des compétences respectives des conseils départementaux et de l'Etat est variable selon les personnes concernées (populations âgées ou handicapées, mineurs ou majeurs) et selon les environnements de vie (établissements et services sociaux et médico-sociaux, établissements de santé ou domicile).
197. Cet éparpillement des potentiels « récepteurs d'information » **n'est pas forcément préjudiciable si ces récepteurs sont coordonnés et assurent la transmission des alertes à l'interlocuteur, ou aux interlocuteurs, capables de les traiter.**
198. Mais cette coordination n'est pas toujours assurée, ce qui peut conduire à un phénomène de « ping-pong » (renvoi de l'interlocuteur d'un service à l'autre), qui décourage ou retarde la prise en compte du signalement.
199. Or des protocoles contractuels existent en différents points du territoire national, qui définissent les rôles de chacun concernant l'accueil, le partage d'information, les réorientations des informations mal dirigées, les principes qui doivent gouverner l'action civile des Parquets et leurs rapports avec les administrations sociales, etc⁵⁰.
200. On est en droit de s'interroger sur les raisons pour lesquelles ces protocoles, et notamment ceux qui concernent des services à gestion nationale, comme les Parquets, ne font aujourd'hui l'objet d'aucune consigne nationale qui viserait, dans un premier temps, à les recenser pour les évaluer et les faire connaître et, dans un second temps, à les systématiser.
201. Ce « premier étage » de la contractualisation, limité au recueil et à la bonne orientation des alertes est pourtant indispensable. Il s'intègre naturellement dans la démarche, plus ambitieuse, de « tour de table » proposé au point suivant pour assurer l'instruction et la réponse aux informations d'alerte, et qui concernerait localement les mêmes autorités.
202. Le Défenseur des droits, auquel la Constitution et la loi organique du 29 mars 2011 confèrent une compétence propre de saisine, de vérification et d'intervention susceptible de s'appliquer à beaucoup de situations de maltraitance⁵¹, ainsi qu'une mission d'orientation des « lanceurs d'alerte » qui peut également concerner ces situations, pourrait également convenir, avec les mêmes autorités, des protocoles de travail locaux.

⁴⁹ L'implication des DRJSCS et DD(CS)PP dans les politiques de lutte contre la maltraitance des personnes en perte d'autonomie, si elle se justifie par le fait qu'ils ont en charge des publics vulnérables relevant du secteur social, est toutefois fragilisée par leur absence de compétence particulière sur le champ du handicap et de la perte d'autonomie, comme l'a d'ailleurs traduit leur participation marginale (moins de 20 %) dans l'expérimentation CODIP lancée en 2014.

⁵⁰ On peut citer à titre d'exemple les protocoles formalisés entre le Parquet, l'ARS, le CD et des associations mis en place à Brive, Créteil ou Meaux. D'autres initiatives de coordination associant le Parquet peuvent être relevées – sans exhaustivité – à Dijon, Paris, ou Valence. La Commission a également eu connaissance du protocole signé dans le département de l'Hérault, qui associe un nombre particulièrement important d'acteurs publics et associatifs.

⁵¹ Il en est notamment ainsi (article 4 de la loi organique) pour les actes commis au sein d'établissements publics C'est également le cas, tant dans des établissements publics que privés, pour des actes portant atteinte aux droits de l'enfant, ou des actes constitutifs de discrimination.

Proposition n°14 : Systématiser les contractualisations au niveau local entre les « récepteurs d'information » institutionnels, en vue de procédures formalisées organisant le recueil et le circuit des signalements et alertes sur le territoire.

Ces contractualisations associeront prioritairement les services de la Justice (Parquet), de l'Intérieur (forces de l'ordre) et les autorités administratives (ARS, CD, services préfectoraux).

Des protocoles particuliers devraient être conclus avec le Défenseur des droits.

B2. Disposer de l'organisation locale permettant une réponse rapide et adéquate.

203. **La solution la plus simple consisterait évidemment à définir, au niveau local, une autorité unique** (Préfet, ARS, conseil départemental, ou autre ...) chargée de porter, dans tous les cas, cette responsabilité. A la manière dont le président du conseil départemental est, depuis la loi du 5 mars 2007, clairement désigné « chef de file » en matière de protection de l'enfance, au titre de ses compétences en matière d'aide sociale à l'enfance (article L.226-3 du code de l'action sociale et des familles).
204. Mais la diversité des compétences, s'agissant de l'accompagnement des adultes, et la nécessité d'y associer les compétences en matière de maltraitance commise au sein de cet accompagnement - rendent illusoire la solution du « chef de file unique », en l'état actuel des choses.
205. On est donc ramené à une obligation de coordination. Mais la Commission considère **que cette coordination doit s'incarner dans des structures fixes**, partout sur le territoire national. Le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) a conduit en 2013 un questionnaire auprès d'ARS et de conseils départementaux⁵² qui avait mis en lumière l'insuffisante connaissance du rôle et de la légitimité d'action de chaque acteur par les autres intervenants potentiels et du défaut de coordination des acteurs en charge du recueil, de l'analyse et du traitement des situations.
206. A la suite de ce questionnaire avait été lancée, en 2014, dans dix départements volontaires, l'expérience d'une « CODIP » (Coordination Départementale des Informations Préoccupantes). Celle-ci avait pour objet de mieux coordonner les acteurs du signalement au plan local, en s'inspirant des CRIP (Cellules départementales de Recueil des Informations Préoccupantes) qui existent, depuis la loi du 5 mars 2007, pour l'enfance en danger.
207. La mise en œuvre et le succès de ces CODIP furent hétérogènes, dépendant largement de la richesse préexistante des initiatives locales, de l'étendue du périmètre des acteurs prêts à s'impliquer et de l'intensité de cette implication.
208. Mais si ce bilan est en demi-teinte, la qualité du travail effectué dans les sites qui ont le mieux « joué le jeu » - dont atteste le fait que cette coordination s'est parfois perpétuée au-delà du temps de l'expérimentation – conduit la Commission à demander l'installation obligatoire d'**un « tour de table » opérationnel**, rassemblant, à l'échelle territoriale adéquate :
- les autorités de tutelle du champ soignant et social (ARS, conseil départemental, DDSCS),
 - les acteurs régaliens (Justice, police et gendarmerie),
 - les autres acteurs locaux concernés (notamment les CCAS),
 - des représentants des personnes vulnérables,
 - ainsi que le « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance », qui rassemble l'expertise et la compétence des « intermédiaires de confiance » et dont la Commission a proposé l'instauration.
209. Cette structure, qu'on propose d'appeler « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » (GTCIP), doit d'abord viser – dans le cadre de l'application des protocoles permanents dont il était question plus haut, et pour combler leurs éventuelles lacunes – à éviter que des informations soient renvoyées d'un service à l'autre, ou que, faute d'apparaître suffisamment significatives, elles ne soient pas décelées (dysfonctionnement de service, par exemple). Il doit viser aussi, car ce point est la condition de tout le reste, à créer des habitudes de travail en commun.

⁵² Questionnaire sur les dispositifs de signalement auquel 17 ARS et 15 CD ont répondu. *Rapport du groupe de travail relatif au dispositif de signalement et d'alerte des situations de maltraitance*, CNBD, juin 2013.

210. Sa mise en place est nécessairement, pour les raisons déjà dites plus haut, une responsabilité de l'Etat (préfet de région). Ce qui ne veut évidemment pas dire que son périmètre doit être régional : il appartiendra à chaque préfet (ou, le cas échéant, à l'autorité de l'Etat désignée par lui⁵³) de définir les territoires de coordination pertinents. La Commission estime que, sauf exception, ces territoires devraient coïncider avec les périmètres départementaux.
211. Le « GTCIP » aurait ainsi, à ce stade du traitement des situations, quatre fonctions principales :
- S'assurer de ce qu'il y a toujours une autorité (service de l'Etat, ARS, CD ...) assumant **le rôle de « référent »** pour chaque situation signalée, quel qu'en soit le récepteur initial. Soit en raison de l'évidence de sa compétence sur la situation en cause, soit à l'issue d'une désignation d'un commun accord dans les cas complexes dans lesquels l'hésitation est possible (dispositifs à double tarification, alertes émanant d'environnements différents...).
 - Assurer la **circulation de l'information**, entre les autorités territoriales, et – par l'intermédiaire de l'autorité « référente » - celle des acteurs extérieurs (victime, professionnels, gestionnaires) tout au long de l'instruction et du traitement de l'événement et de ses suites.
 - Décider **s'il y a lieu de mettre en place un suivi collectif du traitement** de l'affaire, sur le modèle de la « gestion de cas ». En ce cas, l'autorité désignée « référente » aura, au-delà des responsabilités qu'appellent ses compétences propres, celle de garantir la coordination des actions et de s'assurer que les mesures adaptées sont prises par les différents acteurs compétents (par exemple protection juridique du majeur, éloignement et/ou sanction de l'auteur, soutien psychologique à la victime, accompagnement social, etc.).
 - A l'inverse, être capable de détecter et de mettre en partage les informations qui, bien que n'ayant pas une gravité intrinsèque qui justifie une réaction individuelle, peuvent constituer des signaux d'alerte sur des dysfonctionnements systémiques.
212. **Cette coordination doit permettre, lorsqu'elle est nécessaire, la célérité du traitement.** Dans bien des cas, il est en effet primordial de réagir rapidement, tant pour éloigner, le cas échéant, l'auteur que pour préserver la personne concernée (mesures de protection par exemple) ou pour lui proposer un soutien psychologique. La rapidité de réaction permet aussi, le cas échéant, d'éviter l'effacement de preuves (en particulier dans les cas de maltraitance physique ou financière).

Proposition n° 15 : Installer, en principe à l'échelle de chaque territoire départemental un « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes », instance obligatoire de gestion coordonnée des signalements de maltraitance..

L'Etat – c'est-à-dire le préfet / DRJSCS, ou, si un texte le prévoit, le directeur de l'ARS agissant par délégation - est garant de cette installation et de la participation obligatoire de ses membres.

L'Etat assure sur son budget les moyens humains nécessaires à l'animation de ces « groupes territoriaux »

Ils associent des représentants des personnes accompagnées.

Plusieurs conditions pratiques doivent être réunies pour assurer le bon fonctionnement de ces « groupes territoriaux de coordination ».

213. L'expérimentation de 2014, comme les retours d'expérience plus récents venant de là où la structure a perduré, **montrent que les CODIP n'ont correctement fonctionné que lorsqu'une personne compétente (ayant une formation en travail social) était spécifiquement en charge de leur animation.**

⁵³ En l'absence de texte spécifique, l'autorité régionale de l'Etat agissant par délégation du préfet dans ce type de matière est le DRJSCS. Mais un texte, législatif ou réglementaire selon le cas) peut prévoir la possibilité d'une délégation à une autre autorité (certains membres de la Commission ont proposé que les préfets puissent le confier au directeur de l'ARS, en ajoutant aux compétences que celui-ci exerce déjà au nom de l'Etat).

214. Il faut donc prévoir cette ressource. On a déjà dit plus haut qu'il pouvait être logique, sous réserve de circonstances locales tenant par exemple à des continuités à conserver avec des structures existantes, que cette fonction soit assurée par le « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bienveillance ».
215. Par ailleurs, ni l'échange d'informations nominatives, ni encore moins le « partage » de telles informations ne sont actuellement possibles entre les membres d'une CODIP, en raison des limites posées par le secret professionnel.
216. Il est donc indispensable **de lever dans ce cadre le secret professionnel, dans des conditions qui peuvent s'inspirer des dispositions qui existent, depuis la loi du 5 mars 2007, pour l'enfance en danger**⁵⁴
217. Par ailleurs, le Défenseur des droits a soulevé devant la Commission la question de l'articulation de sa mission avec celle qui serait dévolue à ce groupe opérationnel, en suggérant la signature de protocoles de travail. Si l'absence de personnalité morale du groupe de coordination ne permet pas d'envisager à ce stade la signature directe de tels protocoles, cette piste mérite évidemment d'être explorée, en veillant à ce qu'elle n'entre pas en contradiction avec l'autonomie opérationnelle du Défenseur des droits, constitutive de son indépendance à l'égard des personnes publiques membres du CTCIP.

Proposition n°16 :

Aménager, par voie législative, la levée du secret professionnel pour le partage d'informations au sein de ces groupes opérationnels.

218. Cette proposition d'une structure de coordination n'étant pas la première, **la question de son articulation pratique avec d'autres instances de coordination locales qui existent déjà doit être clairement abordée**, pour éviter les doublons, et les « coordinations de coordonnateurs ».
219. Ainsi, le lien entre ce groupe de coordination et les « **cellules de vigilance départementales** » **contre les dérives sectaires**, placées auprès des préfets de département, doit être pensé à l'avance, pour que le traitement d'événements maltraitants rattachables à de telles dérives soit abordé globalement.
220. De même, la question du rapprochement de ces groupes territoriaux et des actuelles CRIP (qui sont départementales et ne concernent que l'enfance en danger) serait évidemment posée.
221. On doit toutefois insister sur le fait que le fonctionnement des CRIP n'est pas celui qui est proposé pour les « groupes territoriaux » proposés ici, puisque les CRIP sont – en raison des compétences propres des départements, qui sont chefs de file en matière d'aide sociale à l'enfance - des services du département, placés sous l'autorité du président du conseil départemental. Il n'en va évidemment pas de même pour les « groupes territoriaux ».
222. De surcroît, aucun représentant des personnes vulnérables ne siège au sein des CRIP, alors que la Commission estime cette présence indispensable pour le bon fonctionnement des « groupes territoriaux ».
223. Enfin l'objet des CRIP est exclusivement de recueillir, traiter et évaluer des situations individuelles, alors que le « groupe territorial » devrait être en mesure de mettre en place des réactions collectives, visant par exemple un établissement ou un service, à partir de faisceaux plus larges et plus diffus d'informations.
224. Une autre question fonctionnelle est posée par **le déploiement actuel des comités locaux d'aide aux victimes (CLAV)** dans l'ensemble des départements, dont il pourrait être tiré profit.

⁵⁴ Article L.226-2-2 du CASF, qui introduit une exception à l'application de l'article 226-13 du code pénal pour les personnes qui « *mettent en œuvre la politique de la protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours* », en limitant le partage d'information à « *ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission de la protection de l'enfance* ».

225. Depuis leur création en 2017⁵⁵, les CLAV ont en effet vocation à devenir l'instance locale de référence pour toutes les victimes d'infractions pénales, notamment en veillant à la coordination, à la mise en œuvre et à l'amélioration des dispositifs d'aide aux victimes. Le programme de travail des CLAV les incite notamment à prendre en compte les personnes vulnérables, dont les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.
226. Sur les territoires qui feraient ce choix, une « formation personnes vulnérables » du CLAV pourrait peut-être jouer le rôle de groupe territorial de coordination, afin d'éviter la multiplication de structures différentes⁵⁶. A minima, des participations croisées aux deux structures seraient à prévoir.
227. Enfin, on abordera plus loin (point 243) la question de l'articulation de ce groupe de coordination avec les différents « tours de table » qui existent en matière de « gestion de cas » (MAIA, GOS, etc.).

⁵⁵ Décret du 25 avril 2017 relatif aux comités locaux d'aide aux victimes. Outre les autorités administratives et judiciaires, les CLAV comprennent des représentants d'associations d'aide aux victimes locales conventionnées.

⁵⁶ En effet les membres de droit des CLAV ont également vocation à participer aux CODIP (Conseil départemental, ARS, DDCS, forces de l'ordre, Parquet, etc.) et il ne paraît pas optimal de demander aux mêmes personnes de se retrouver dans deux instances différentes pour traiter des mêmes sujets

B3. Savoir tirer profit des informations « de faible intensité ».

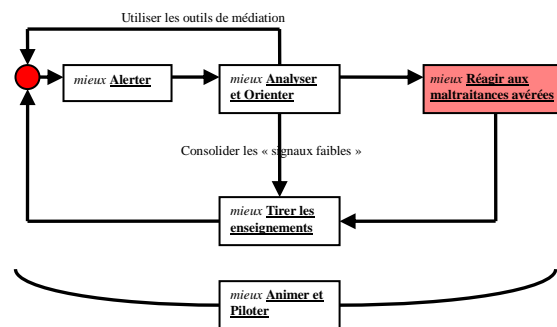
228. Beaucoup d'informations, quels que soient les canaux par lesquelles elles remontent, peuvent ne pas justifier l'intervention d'un acteur public.
229. L'hypothèse la plus courante est celle dans laquelle l'information d'alerte ne révèle qu'un conflit privé qui ne met en cause ni un droit protégé, ni la violation d'une liberté fondamentale ou d'une réglementation. Une souffrance s'est exprimée et mérite qu'on y réponde. Mais elle n'appelle pas de réaction institutionnelle, et relève plutôt d'une intervention seulement médiatrice.
230. La question générale des médiations sociales excède évidemment le périmètre de cette note d'orientation. Mais il convient, au titre du signalement des informations « préoccupantes » de faire deux remarques :
- La première est que le « groupe territorial sur les informations préoccupantes » doit, en conséquence, organiser ses relations **avec les réseaux de médiation** qui peuvent exister sur son territoire, y compris le cas échéant ceux qui existent au sein de certaines entités gestionnaires.
 - La seconde est que la connaissance capitalisée par l'ensemble des « intermédiaires de confiance » du territoire doit être mobilisée à cette fin. La participation du coordonnateur territorial au GTCIP doit permettre de le garantir.

Proposition n° 17. Organiser des liens structurés entre le « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » et les dispositifs de médiation existants.

Mobiliser le réseau du « coordonnateur de l'écoute pour la bientraitance » pour la collecte des informations de « faible intensité » relatives à un même établissement ou service.

231. Il peut aussi se produire que l'information d'alerte, y compris si elle relève d'une simple médiation, soit seulement trop vague ou diffuse pour justifier une intervention institutionnelle, alors même qu'elle renseigne sur un certain état de fait, et devrait mettre en garde – surtout si elle se répète – sur une situation familiale, ou le fonctionnement d'un service, etc.
232. Cette question des « petites choses », dont on n'a pas assez tôt repéré la valeur d'alerte, ou qu'on n'a pas su mémoriser et dont on n'a, du coup, pas su suivre l'accumulation est récurrente en matière d'actes ou de situations de maltraitance.
233. Là encore, aucune réponse n'est facile à apporter.
234. Mais la Commission y voit un argument de plus au soutien des deux propositions qu'elle fait, et qui peuvent concourir utilement au repérage de ces « signaux faibles » :
- de la structuration, autour d'un coordonnateur régional, d'un réseau d'écoute, en lui fixant comme fonction de mettre en commun, à cette fin, les informations dont ils disposent,
 - et de la participation de ce coordonnateur au tour de table régulier (CODIP) qui réunit les acteurs publics concernés et les représentants des personnes accompagnées.

C. Réagir aux maltraitances « avérées » de manière rapide et transparente.



235. Lorsque l'acte ou la situation de maltraitance est avéré, la difficulté est souvent de réagir efficacement face à des faits manifestes, mais complexes, qui exigent des décisions délicates (que faire par exemple si la personne maltraitée ne souhaite pas signaler ou revient sur ses déclarations ?) et de la coordination entre différents services (C1).
236. Pour les actes individuels, et vis-à-vis de l'auteur identifié, il convient – au-delà de la sanction- de mettre en place un dispositif de suivi (C2).
237. A l'égard de la ou des victimes, il ne suffit pas de prendre les bonnes mesures : il faut aussi pouvoir en rendre compte, en ayant un souci aigu de l'information et de l'accompagnement (C3).
238. Enfin, la réponse apportée doit être non seulement de court terme (protection de la personne concernée et sanction éventuelle de l'auteur) mais viser, autant que possible, à saisir, à travers ce que révèle l'événement, tout ce qui appelle, en profondeur, une réponse durable, par exemple dans les conditions de vie et d'accompagnement de la personne (C4).

C1. Déployer une réponse qui tienne compte de la totalité du « parcours de vie ».

239. Face aux situations avérées, les recommandations ont moins à porter sur le fond des choses – chaque cas est différent – que sur les méthodes et les manières de travailler.
240. Un principe-repère, à cet égard, est de toujours s’efforcer d’appréhender la personne confrontée à une situation de maltraitance dans toutes les dimensions de son existence (psychique, sociale, etc.), y compris ses interactions avec l’auteur de la maltraitance.
241. Cela suppose aussi, très souvent, une approche d’ensemble de la situation de l’auteur identifié, ou de la structure au sein de laquelle l’acte s’est produit.
242. Du coup, cela signifie qu’une forme de coordination doit, chaque fois que cela se révèle souhaitable, pouvoir s’installer entre les acteurs concernés par l’accompagnement de la personne – qui ne sont autres que les acteurs déjà présents dans le groupe territorial de coordination (GTCIP) prévu plus haut - en vue de mobiliser, **avec la personne**, dans son parcours de vie, les ressources dont l’événement a pu révéler la nécessité.
243. Cette approche suppose donc d’organiser **un lien entre le déploiement des réponses à apporter à une situation de maltraitance et les démarches de coordination qui, pour la personne concernée, soit sont déjà en place** (s’il existait déjà une forme de gestion de son parcours par une CLIC, une MAIA, un « groupe opérationnel de synthèse » en MDPH, etc.), **soit sont susceptibles d’être proposées**.
244. Ce qui s’exprime là est tout simplement l’absolue nécessité **d’une articulation entre les démarches coordonnées de protection suscitées par un signalement** (civil ou pénal), telles que celles qu’on propose ici, et les **démarches de gestion du parcours de soins (et d’accompagnement de l’autonomie)**, qui sont déjà très largement engagées dans le domaine de l’accompagnement de la perte d’autonomie.
245. Besoin d’articulation dont on doit souligner qu’il a fait l’objet de propositions de même inspiration, dans le récent rapport de mission interministérielle sur la protection des majeurs⁵⁷.
246. La Commission a donc conscience – il en était déjà question plus haut, point 135 - qu’en attirant l’attention sur la nécessité d’une « coordination des coordonateurs » dans le traitement global des personnes affectées par des situations de maltraitance, elle met le doigt sur la complexité générée par le grand nombre de structures de coordination qui existent déjà et dont l’addition nuit à l’efficacité⁵⁸.
247. Elle insère donc sa proposition dans la perspective, plus large, d’une réflexion sur le rapprochement des différents « tours de table » de coordination et de « gestion de cas ». A ce titre, le groupe de coordination dont elle propose la création pourrait tout à fait s’inscrire, sous réserve de pouvoir moduler chaque fois le « tour de table » en fonction des acteurs pertinents, dans une structure qui fusionnerait ou fédérerait certaines structures de coordination déjà existantes.

Proposition n° 18:

Prévoir, chaque fois que cela semble nécessaire, la réalisation d’une évaluation sociale qui permette de mieux appréhender le parcours de vie de la personne et ainsi d’éclairer les réponses à apporter.

Insérer la coordination qui peut résulter, pour la victime des mesures « de moyen terme » qui s’imposent, dans les démarches de coordination existantes autour du « parcours de vie ».

⁵⁷ Rapport de Mme CARON DEGLISE, septembre 2018, op. cit., voir notamment pp.36 et 40.

⁵⁸ Dans son rapport de 2014 sur *L’évaluation de la coordination d’appui aux soins*, l’IGAS indique : « la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Ainsi, les MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n’ont pu s’imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveaux 3, étaient déjà positionnés. ».

C2. Mettre en place un accompagnement des auteurs, responsables d'actes maltraitants.

248. Un traitement approfondi d'une situation de maltraitance commence par le suivi au long cours de la situation dans laquelle se trouve la (ou les) victimes. Toutefois, dans la perspective d'installer une « culture de l'action préventive », le suivi des auteurs est une dimension toute aussi importante, qui ne saurait se résumer à l'empêcher de réitérer son acte par une réponse disciplinaire ou pénale.
249. Dans les cas où l'auteur, par ignorance ou incompétence, n'est pas conscient du tort qu'il a causé, le suivi à mettre en place, sans exclure la dimension répressive, suppose des actions de sensibilisation et de montée en compétence.
250. Celles-ci relèvent évidemment des actions de formation continue ou de sensibilisation des aidants, dont il a déjà été question. Lorsque les faits ont eu lieu en établissement, la question de leur mise en place et de leur suivi est un élément important du dialogue entre l'autorité de tutelle et la structure employeur.
251. Il faut également prévoir un suivi spécifique pour les auteurs d'actes de maltraitance conscients de leurs actes et de leurs conséquences.
252. Il y a peu d'études disponibles sur cette dimension, car les recherches portent davantage sur les abus au sein des couples et des familles que sur les actes commis par les professionnels. Les enseignements disponibles conduisent toutefois la Commission à préconiser deux pistes importantes, qui peuvent faire l'objet de préconisations au sein du « groupe de coordination » dont elle propose la création :
- L'accompagnement psychologique et/ou psychiatrique permettant la prise de conscience du dommage fait à l'autre et la réapparition des codes sociaux et moraux, sur le modèle du suivi proposé aux auteurs de violences conjugales ou d'agressions à caractère incestueux.
 - La proposition de démarches de « justice restaurative », à l'initiative et sous le contrôle de l'autorité judiciaire, consistant à placer les auteurs de maltraitance en situation de coopération avec la ou les victimes, avec l'accord des deux parties, pour – ainsi que le prévoit l'article 10-1 du code de procédure pénale⁵⁹ - « *participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission* ».
253. La Commission souhaite que – par analogie à ce qui est prévu à l'article R.4124-3-5 pour les praticiens médicaux (médecins, dentistes et sages-femmes) en insuffisance professionnelle – soit mise à l'étude la possibilité de suspendre, totalement ou partiellement, le cas échéant auprès de certains publics, le droit d'exercice professionnel pour une personne responsable d'actes maltraitants pour un motif d'insuffisance professionnelle.
254. La mesure administrative, qui pourrait être prise par le préfet sur proposition du président du conseil départemental ou du directeur d'ARS, serait de durée limitée, et assortie d'une obligation de formation qu'elle déterminerait.

Proposition n° 19 : Par analogie avec ce que prévoit l'article R.4124-3-5 du code de la santé publique pour les médecins, pouvoir imposer, par voie administrative, une formation obligatoire à un professionnel dont le comportement maltraitant traduit un besoin de formation et de sensibilisation.

Pouvoir suspendre, par la même mesure, tout ou partie du droit d'exercice professionnel ou certaines de ses modalités, auprès des personnes vulnérables, pour la durée de la formation en question.

⁵⁹ Issu de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

255. Par ailleurs, la Commission s'étonne de ce que, alors que les séjours dits de « *vacances adaptées organisées* » pour personnes handicapées majeures (VAO, article L.412-2 du code du tourisme) ***sont soumis aux mêmes obligations de signalement de tout incident de maltraitance*** que les établissements et services médico-sociaux ou les accueils temporaires de mineurs⁶⁰, ***ils sont en revanche hors du champ du dispositif qui permet, dans les accueils temporaires de mineurs, de prononcer une mesure d'interdiction d'exploitation de locaux ou de participation à l'accueil*** à l'égard de « *toute personne dont la participation (...) présenterait des risques pour la santé physique ou morale des personnes accueillies* »⁶¹.
256. Une telle mesure de police, strictement préventive, n'a aucune raison de ne concerner que les seuls accueils de mineurs.
257. La Commission demande donc que soit mise à l'étude l'extension des pouvoirs que tient le préfet de l'article L.227-10 du code de l'action sociale et des familles (à l'égard des « accueils de mineurs ») aux « vacances adaptées organisées » destinées aux adultes handicapés. Et que, en conséquence, le fichier de recensement de ces mesures d'interdictions (CADINT) soit à la fois ouvert à ce nouveau type d'interdictions professionnelles et consultable par les organisateurs de séjours de vacances pour adultes handicapés.

Proposition n° 20 : Etendre aux « vacances adaptées organisées » pour adultes handicapés la faculté, qui existe déjà pour les accueils de mineurs, de suspendre, par voie administrative, le droit d'organisation et de participation à un tel séjour de toute personne susceptible de mettre en danger la santé physique ou morale des personnes accueillies.

Elargir à ces mesures le fichier CADINT et en permettre la consultation par les organisateurs de vacances adaptées.

⁶⁰ Article R.412-14-1 du code du tourisme, issu d'un décret du 10 mars 2015.

⁶¹ Article L.227-10 du code de l'action sociale et des familles. Mesure prise par le préfet après consultation de la Commission départementale de la jeunesse et des sports et, en cas d'urgence, sans consultation de cette commission mais pour une période limitée à six mois.

C3. Installer un droit à l'information.

258. Il convient d'insister sur le fait que l'information de la personne concernée par un signalement de maltraitance, tout au long de la procédure d'analyse et de traitement de sa situation, est un droit.
259. Comme on l'a dit plus haut, cette obligation d'information doit avoir pour débitrice l'autorité désignée comme « référente » afin d'être cohérente et globale. Elle doit garantir, dans un délai bref, une réponse à toute demande d'information sur les suites qui sont données.
260. La question a été soulevée de savoir si ce droit à l'information « sur demande » doit être complété, dans le cas d'un signalement par un tiers, par un droit d'être informé spontanément par l'autorité publique de l'existence du signalement.
261. La Commission estime que ce point exige, au cas par cas, un discernement qui ne permet pas de l'instaurer comme un automatisme. Cela fait partie des points qui peuvent être évoqués en groupe territorial de coordination et qui justifient tout particulièrement la présence de représentants des personnes en leur sein.

Proposition n° 21 : Instaurer un droit d'information comportant, pour toute alerte :

Un accusé de réception indiquant la bonne prise en compte du dossier et le service référent.

Une information de la personne concernée, par le service référent, et dans un délai très court, à toute demande de sa part.

262. D'autre part, l'auteur d'une alerte est très souvent laissé sans aucune information sur le devenir de son alerte. Alors même qu'un tel retour est un élément important pour sa propre conduite à venir, face à des faits de même type. Tout particulièrement s'il est un professionnel de l'accompagnement.
263. Il convient donc d'affirmer le droit de « l'émetteur » d'une information d'alerte à une information sur le devenir de son alerte et sur l'existence ou non de suites données, même si ce droit d'information n'a pas du tout le même contenu que celui de la victime.
264. Pour permettre, dans les cas complexes, au service référent d'assurer son rôle d'information à l'égard de la victime et de l'auteur de l'alerte, un système d'information partagé entre les différentes autorités impliquées, qui serait la solution la plus directe, ne peut toutefois qu'être un projet de moyen/long terme. On reviendra plus loin (point E) sur les évolutions prioritaires qui peuvent être apportées, à court terme, aux systèmes d'information existants pour en améliorer l'efficacité. Dans l'attente, des protocoles d'information doivent être formalisés entre les membres du « GTCIP ».

C4. Organiser le chaînage entre le recueil d'une alerte et l'appui aux structures.

265. Parallèlement, lorsque l'acte s'est produit dans le cadre du fonctionnement d'un établissement ou service médico-social, il convient que l'autorité de tarification et de contrôle soit en mesure de proposer un appui et un soutien au lieu concerné, d'une part pour la résolution de la situation signalée, d'autre part pour en prévenir une possible répétition.
266. Les structures régionales d'appui à la qualité (SRA) dont il a déjà été question plus haut, financées par les ARS, pourraient se voir confier cette nouvelle responsabilité.
267. Les « structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients », prévues par l'article R.1413-74 du code de la santé publique⁶² ont en effet été créées pour « aider les professionnels de santé à analyser les déclarations des événements indésirables graves » associés aux soins.
268. La Commission note que l'actuelle définition de leurs compétences, par le renvoi exclusif aux événements indésirables « associés aux soins »⁶³, englobe évidemment les actes « maltraitants » qui seraient commis dans le cadre de soins, mais peut donner l'impression de laisser juridiquement de côté les actes d'accompagnement. Elle suggère donc que le périmètre de compétence des SRA soit élargi à tous les aspects de l'accompagnement par un établissement ou service médico-social.
269. Par ailleurs, à l'occasion de cette précision apportée à leurs missions, il conviendrait que le cahier des charges, qui prévoit déjà la présence d'un médecin, d'un infirmier et d'un agent de direction, impose d'autres profils professionnels susceptibles d'aborder les ressorts psychologiques de la maltraitance, individuels et collectifs (psychologues, travailleurs sociaux, spécialistes de ressources humaines).
270. Enfin, les SRA sont encore en cours de constitution dans certains territoires et sont ainsi, pour plusieurs d'entre elles, mal identifiées par les professionnels des structures médico-sociales qui pourraient faire appel à elles. Il est donc important qu'une communication plus large permette de les positionner. Il est également important qu'elles nouent les contacts nécessaires avec des interlocuteurs départementaux, dont elles sont, à ce jour, moins proches que des équipes des ARS.

Proposition n° 22 : Après chaque fait avéré ayant pour siège une structure médico-sociale, être en mesure de proposer aux établissements et services volontaires une expertise et un appui des « structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ».

Compléter à cette fin la définition réglementaire des SRA et leur cahier des charges, afin de garantir leur compétence technique sur l'ensemble des aspects de la maltraitance dans les structures médico-sociales.

271. Une réflexion mériterait, à cet égard, d'être conduite sur le positionnement des services d'inspection qui dépendent des ARS, des préfetures ou des conseils départementaux, pour élargir leur mission première de contrôle à des missions conduites, avec des outils voisins, dans le renforcement d'une approche coopérative de vigilance et de conseil⁶⁴.

⁶² Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 et arrêté du 19 décembre 2017 fixant leur cahier des charges

⁶³ Au sens qu'en donne l'article R.1413-67 (investigations, traitements, actes médicaux à visée esthétique ou actions de prévention)

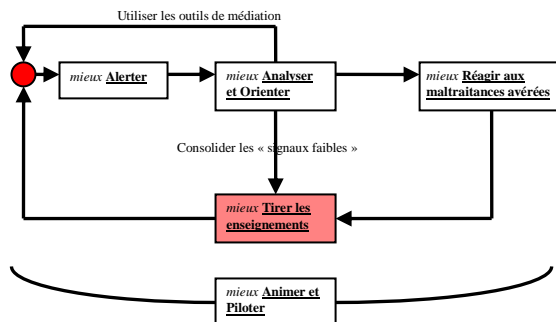
⁶⁴ Cette combinaison, qui se heurte à des obstacles culturels mais aussi à de nombreuses difficultés pratiques, s'inscrit dans le mouvement long d'une administration qui se veut davantage à l'écoute des personnes accompagnées.

On pense très particulièrement aux changements récemment introduits par la loi du 10 août 2018 « pour un Etat au service d'une société de confiance », célèbre pour l'introduction du fameux « droit à l'erreur », et qui prévoit aussi que les inspections et les contrôles peuvent être conduits dans une démarche d'accompagnement, en particulier lorsqu'il s'agit d'une première infraction ou lorsque la structure est à l'initiative du contrôle (article L.124-1 nouveau du code des relations entre le public et l'administration).

272. A minima, les « groupes territoriaux de coordination » proposés ci-dessus devraient au moins être en charge de faire, au vu de l'expérience acquise par les cas qu'elles ont à connaître, des propositions de thèmes ou de cibles d'inspection/contrôle en lien avec les contextes de maltraitance.

Proposition n° 23 : Mobiliser la connaissance partagée au sein des GTCIP pour orienter une programmation – si possible conjointe – des inspections et contrôles.

D. Faire de chaque événement un levier d'amélioration des pratiques.



273. L'action la plus radicale contre la maltraitance consiste à se donner les moyens qu'elle ne survienne jamais : autrement dit, **se donner les méthodes et les moyens matériels de garantir ce qu'on peut appeler la « bientraitance »**.
274. La troisième partie de cette « note d'orientation » aborde cette question, **tant dans ses aspects les plus fondamentaux, touchant aux droits des personnes** et à la reconnaissance de leur autonomie, **que dans ses implications pour les aidants**, en termes de moyens matériels ou d'organisation.
275. Ce dont il est question à ce stade est d'un autre ordre : il s'agit de s'assurer que tous les acteurs pourront tirer, de la somme des événements auxquels ils sont confrontés, tous les enseignements utiles.
276. Autrement dit de rassembler, **dans une optique de prévention**, les aspects pratiques qui se dégagent de l'expérience accumulée au fil du traitement des alertes et au fil des réponses apportées aux faits avérés.
277. Ou pour le dire encore d'une autre façon : **mettre en place une démarche collective d'apprentissage et d'amélioration « par l'erreur »**, c'est-à-dire prenant appui sur ces « erreurs » que sont les survenances d'actes ou de situations de maltraitance.

DI. Capitaliser les enseignements pour les personnes et leurs aidants, notamment professionnels.

278. Il ne faut pas le sous-estimer : la capitalisation du savoir est un enjeu extrêmement complexe dans cette matière. Car l'analyse, a posteriori, des causes d'une situation de maltraitance révèle, en règle générale, une pluralité de facteurs : collectifs et individuels, matériels et culturels, etc.
279. Il convient néanmoins de dégager quelques voies, aussi pragmatiques que possible.

Assurer une capitalisation, sous des formes innovantes, des enseignements à tirer de certains événements ou situations.

280. Deux enjeux supposent ici des initiatives nouvelles :
- L'agrégation, au niveau local et au niveau national, des différentes situations traitées dans une optique **de recherche de ce qui sera susceptible d'avoir le plus grand apport pédagogique**, par l'exemplarité, la récurrence, etc.
 - et la traduction des enseignements tirés de ces cas sélectionnés **sous des formes** (« capsules » vidéo, sites interactifs, etc.) **capables de renouveler les modes usuels de la communication** et du retour d'expérience et ainsi de permettre à des victimes, des personnes accompagnées, des aidants familiaux, de même qu'à des professionnels de tous niveaux de qualifications, d'y avoir accès et d'en tirer profit à titre individuel et collectif.
281. A titre d'illustration, la Commission recommande de travailler sur des films très courts, (« tutoriels vidéo ») disponibles gratuitement sur Internet, mettant en scène les « situations problème » les plus fréquemment rencontrées dans la relation à des personnes accompagnées. On ne doit pas sous-estimer, en effet, l'effort de conception (en clarté, brièveté, attractivité) qui est nécessaire si l'on veut se donner vraiment les moyens d'une appropriation des référentiels de pratique par les professionnels de terrain.

Travailler à l'identification de possibles « seuils d'alerte ».

282. S'il est évident que les phénomènes de maltraitance ne sont pas réductibles à des questions de moyens, il est tout aussi évident qu'un exercice professionnel sous tension, qui ne permet pas de libérer du temps pour la relation personnelle – par **défaut de moyens, mauvaise organisation, insuffisances du management ou combinaison des trois** - est à la fois plus exposé à des comportements individuels défailants et susceptible de retentir par lui-même sur la qualité de vie des personnes accompagnées.
283. La Commission estime ainsi que, au titre du « retour d'expérience », les événements et situations identifiés comme ayant été maltraitants doivent servir de matériau pour un travail de consolidation des éléments qualitatifs et quantitatifs susceptibles de servir « d'alerte », tant pour les professionnels et gestionnaires que pour les personnes accompagnées et les associations qui les représentent.
284. Une des pistes devrait, à cet égard, consister à dégager ceux des indices, qualitatifs ou quantitatifs, en établissement ou à domicile, dont le faisceau serait le plus fréquemment corrélé avec des actes identifiés de maltraitance.
285. Une approche très pragmatique doit présider à ce travail : il importe moins de savoir si tels ou tels signes quantitatifs et qualitatifs sont, ou non, la « cause » du risque de maltraitance que de savoir qu'ils sont statistiquement corrélés et que leur constat appelle à la vigilance.

Proposition n° 24 : A partir de situations de maltraitance recensées, rassembler, en vue d'établir des repères susceptibles de servir de « seuils d'alerte » pour les personnes accompagnées et les associations qui les représentent, les équipes et les gestionnaires, des éléments qualitatifs et quantitatifs (qualifications, manières de faire, durées critiques) en établissement comme à domicile.

Développer au niveau national des outils de diagnostic externe et d'auto-diagnostic pour les établissements et services.

286. On a indiqué plus haut (partie A sur « l'alerte ») que le repérage des actes et situations « à risques » supposait la disponibilité d'outils d'évaluation.
287. Il s'agit ici de *boucler la boucle* en rappelant que l'élaboration de ces outils – dont la Commission estime qu'elle devrait se faire sous l'égide de la HAS – suppose une capacité centralisée d'exploitation des incidents, et d'extraction des principaux enseignements à tirer, pour éclairer le phénomène et repérer les signes précurseurs de situations à risque de maltraitance.
288. La HAS pourrait à ce titre développer, sur les événements de maltraitance remontant d'une plateforme de signalement élargie, le travail de consolidation, d'analyse et de développement de recommandations qu'elle conduit actuellement à partir des « événements indésirables graves liés aux soins ».
289. Il y a ainsi une forme de travail en réseau à instituer, sous l'égide des administrations centrales, entre les agences nationales et les autorités territoriales, autour de la sélection d'informations pertinentes permettant **l'élaboration de référentiels destinés au diagnostic ou à l'auto-diagnostic des établissements et services.**

Proposition n° 25 : Charger la HAS de l'élaboration de « vigilance préventive », permettant un diagnostic externe ou un auto-diagnostic des établissements et services au regard de facteurs de risques (ou de signes précurseurs) identifiés.

Permettre aux employeurs de connaître les personnels condamnés définitivement pour un crime ou délit d'atteinte aux personnes.

290. Les personnes condamnées définitivement pour un crime ou certains délits d'atteinte aux personnes ont interdiction d'exercer toute fonction dans un établissement ou service régi par le code de l'action sociale et des familles (art. L.133-6), ce qui inclut les établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées.
291. L'effectivité de cette interdiction n'est toutefois garantie que si les employeurs s'assurent, avant toute embauche, de ce que la personne qu'ils veulent recruter n'est pas frappée par une mesure pénale d'interdiction.
292. Or cette condition n'est pas réalisée, pour plusieurs raisons.
293. Premièrement, si les condamnations en question sont évidemment inscrites au casier judiciaire et figurent obligatoirement aux bulletins n°1 et n°2, les employeurs privés n'ont pas accès à ces bulletins.
294. Deuxièmement, si le salarié a, en revanche, accès à son propre extrait n°3, et peut donc le demander si l'employeur auprès duquel il candidate lui demande de le faire, la mention au bulletin n°3 des condamnations privatives de droit d'exercice professionnel n'est pas systématique. Elle n'est automatique, pour les condamnations inférieures à deux ans d'emprisonnement sans sursis, qu'en cas d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact avec les mineurs.
295. Enfin, s'ajoute à cela le fait que les employeurs du champ médico-social ne procèdent pas systématiquement à cette demande avant chaque embauche.
296. La Commission estime que le prononcé de toute condamnation pénale entrant dans le champ de l'interdiction d'exercice de l'article L.133-6 du code de l'action sociale et des familles devait donner lieu à inscription automatique au bulletin n°3 du casier judiciaire. Et que la production de cet extrait n°3 devrait être obligatoire avant toute embauche en établissement ou service médico-social.

Proposition n° 26 : Rendre automatique, pour toute peine privative du droit d'exercice professionnel en application de l'article L.133-6 du code de l'action sociale et des familles, l'inscription de cette interdiction au bulletin n°3 du casier judiciaire.

Rendre obligatoire la production de cet extrait préalablement à toute embauche par un gestionnaire d'établissement ou de service social ou médico-social, et selon une périodicité régulière après l'embauche

297. La Commission a conscience de ce qu'un tel dispositif laisse dans l'ombre **la question de l'emploi direct par les particuliers-employeurs** (emploi de « gré à gré »).
298. S'agissant de tels emplois directs, elle n'entend évidemment pas proposer que chaque contrat de travail signé par un particulier soit obligatoirement soumis à la production préalable du bulletin n°3.
299. En revanche, elle note, en premier lieu, que la question de savoir si un employeur est, ou non, en droit de décider de solliciter la production de cet extrait de casier judiciaire de la part d'une personne qui se propose pour assurer une aide de vie n'est ni fixée par les textes, ni établie en jurisprudence. L'article L.1221-6 du code du travail dispose en effet que les informations demandées aux candidats aux emplois salariés « *ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi proposé ou ses aptitudes professionnelles* » et qu'elles « *doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé* ».

Proposition n° 27 : Préciser l'application de l'article L.1221-6 du code du travail en disposant que, pour tout emploi de service auprès d'une personne vulnérable, la demande de production de l'extrait de casier judiciaire n°3 puisse être sollicitée par le futur employeur.

300. En second lieu, plus substantiellement, la Commission est soucieuse de ce que le niveau de savoir-faire et de compétences professionnelles des personnes embauchées de gré à gré puisse faire l'objet d'un minimum de garanties, par exemple sous la forme d'une certification minimale que le particulier employeur aurait la faculté, s'il le souhaite, d'exiger de la part de la personne qu'il veut embaucher.
301. La Commission souhaite qu'une étude de faisabilité soit engagée en ce sens, incluant les modalités de financement d'une telle certification et les moyens de sa vérification régulière.

D2. Capitaliser les enseignements pour les autorités régulatrices.

Tirer des « indicateurs d'alerte » les outils de vigilance préventive.

302. Dans la continuité de ce qui vient d'être dit s'agissant des indicateurs d'alerte au service des gestionnaires d'établissement et de service, une démarche identique pourrait être conduite au profit des autorités régulatrices, afin de leur permettre, très en amont, le « repérage » des structures ou organisations les plus fragiles.

Se doter de guides de conduite pour l'instruction des situations.

303. L'instruction des cas de maltraitance présumée est, on ne peut qu'y insister, un processus complexe. Il faut en effet prendre en compte la présomption d'innocence tout en évitant les écueils de victim blaming⁶⁵, assurer la protection de la victime présumée, respecter la volonté de la personne concernée tout en respectant ses obligations légales de signalement, etc.
304. Autant d'exigences qui peuvent se révéler contradictoires, par exemple lorsque la protection de la victime présumée nécessite d'éloigner rapidement l'auteur présumé, et donc de le sanctionner parfois avant que l'instruction du cas signalé soit totalement terminée.

Proposition n° 28 : Etablir, en capitalisant sur les événements, des guides de conduite « pas à pas » orientés vers l'action, pour aider les services à instruire des signalements de manière équilibrée (c'est-à-dire en prenant en compte les exigences procédurales -droits de la défense/présomption d'innocence, etc. - tout comme les exigences de protection de la personne, de sanction et de signalement).

305. En matière de définition de la juste sanction, deux écueils parallèles sont signalés par les praticiens : la sous-réaction (la sanction apparaît très minime voire absente) et la sur-réaction (la sanction apparaît disproportionnée et/ou trop rapide).

Proposition n°29 : Capitaliser sur l'expérience pour guider la sanction : se doter de référentiels de sanctions et analyser la jurisprudence pour déterminer une échelle de sanctions justes.

En matière pénale : publier des statistiques sur les délits et crimes commis sur personnes vulnérables (nombre d'affaires classées, nature de la peine selon le délit, délai de traitement, etc.) et développer l'open data en matière de décisions de justice pour permettre l'examen de la jurisprudence et la définition d'échelles de sanctions moyennes.

En matière disciplinaire : publier des historiques de sanctions, voire des référentiels, selon les faits de maltraitance.

⁶⁵ C'est-à-dire la mise en cause des comportements des victimes présumées, qui aboutit à considérer leur trouble de comportement comme la source du problème, là où il est en réalité le résultat d'un positionnement inadéquat du professionnel ou du proche.

D3. Disposer d'un lieu permettant aux acteurs locaux de capitaliser l'expérience collective.

306. En miroir de la structure de coordination opérationnelle (GTCIP) proposée plus haut, une structure stratégique de mise en commun des objectifs de lutte contre la maltraitance au niveau territorial permettrait de créer des dynamiques positives de coopération et d'organiser des retours d'expérience et une réflexion collective sur l'action conduite.
307. Cette déclinaison stratégique de la structure de coordination rassemblerait au minimum l'ARS, le conseil départemental et des représentants du Parquet et des forces de l'ordre.
308. A minima, les mêmes acteurs devraient convenir de rencontres thématiques régulières en ce sens.

Proposition n° 30 : Organiser au niveau de chaque territoire départemental un lieu de restitution collective (« table stratégique ») du bilan, à l'échelle du territoire, des signalements, en vue d'identifier les principaux risques et leur gestion partagée.

Ce bilan territorial des points forts et des points faibles devrait être présenté collectivement, à intervalles réguliers, aux gestionnaires des établissements et services.

D4. Outiller les dialogues de gestion entre les structures et les autorités de tarification.

309. Les indicateurs du « tableau de bord de la performance » de l'ANAP⁶⁶ comportent déjà quelques éléments susceptibles de fournir une indication - extrêmement indirecte - d'une possible majoration du risque de maltraitance (ressources humaines, taux d'encadrement, vétusté des constructions, taux d'absentéisme ...).
310. La Commission souhaite que puisse s'élaborer, selon la méthodologie partenariale qui a jusqu'ici présidé à l'élaboration de ce tableau de bord, un ensemble d'indicateurs plus directement représentatifs de la qualité de l'accompagnement, ou des défauts à combler dans cette qualité (mesures du climat social, du jugement porté par les personnes accueillies, des plaintes reçues) ainsi que des procédures internes de signalement, ou de ressources en matière de supervision professionnelle ou de questionnement éthique.
311. Plusieurs indicateurs de qualité qui sont déjà, en pratique, suivis par les services de tarification ou d'inspection / contrôle, pourraient servir de base à la réflexion.
312. Assez logiquement, cet enrichissement du tableau de bord, s'il aura vocation à être d'abord outil de pilotage interne pour l'établissement, devra également nourrir le dialogue de celui-ci avec les financeurs.
313. Il n'existe actuellement aucun lien formel entre les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM⁶⁷), conclus entre les autorités de tarification et les établissements, et la démarche d'évaluation des établissements.
314. Comme recommandé par le récent rapport parlementaire consacré à l'évaluation de la démarche qualité au sein des EHPAD⁶⁸, il paraît souhaitable d'intégrer la démarche d'évaluation de la qualité à la démarche de contractualisation entre les autorités de tarification et les ESMS.

Proposition n° 31 : Elaborer des indicateurs de qualité de l'accompagnement, selon la méthodologie de concertation déjà adoptée pour le « tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social » de l'ANAP.

Intégrer le suivi de certains indicateurs de qualité de l'accompagnement dans les CPOM conclus entre les autorités de tarification et les ESMS.

⁶⁶ Présentation disponible sur le site de l'ANAP :

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Outils/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/tdb_ms/archives/plaquette_TDBMS.pdf

⁶⁷ Ces CPOM fixent des objectifs de qualité et d'efficience, en contreparties de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements. Les CPOM sont obligatoires pour les EHPAD, les établissements pour personnes handicapées et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

⁶⁸ *Rapport d'information sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation*, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, 2018.

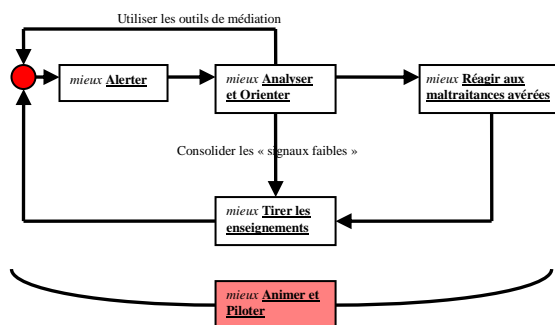
D5. Faire profiter les formations initiales des retours d'expérience sur les situations traitées.

315. La formation des professionnels et intervenants doit, à l'évidence, permettre de mieux prévenir la maltraitance.
316. L'objectif de telles formations – pour lesquelles il faut redire ici l'importance d'y faire participer des personnes en situation de perte d'autonomie – doit être, au-delà des différents points techniques ou juridiques à acquérir, de travailler sur le sens de la relation d'accompagnement et de soin.
317. Les modalités pédagogiques doivent donc être adaptées à cet objectif : nombre de participants restreint (plutôt en ateliers qu'en amphithéâtres), démarches d'études de cas.
318. Trois thèmes pourraient être prioritairement explorés : les obligations de signalement, le rôle des conflits internes aux équipes dans l'installation des situations à risque ; les risques liés à l'épuisement des aidants familiaux.
319. Des formations continues doivent également être prévues, et devraient figurer au titre des obligations régulières des établissements et services. Eu égard au caractère absolument central de la lutte contre la maltraitance au sein des structures ayant pour objet l'accompagnement des vulnérabilités, *elles devraient faire l'objet d'une priorisation au titre du développement professionnel continu, et bénéficier d'enveloppes de financement privilégiées.*
320. La thématique de la maltraitance doit également être introduite dans la formation initiale des cadres et directeurs de structures sociales et médico-sociales, en adoptant les mêmes modalités pédagogiques que pour les professionnels de l'accompagnement.

Proposition n° 32 : Intégrer la sensibilisation à la maltraitance et l'apprentissage des méthodes de prévention dans les formations initiales et continues des professions d'accompagnement social et de soin.

Prévoir une obligation de formation régulière obligatoire des professionnels sur le sujet (sur le modèle des formations relatives à la sécurité incendie), en adaptant la périodicité aux publics visés.

E. Piloter le dispositif de réaction aux événements indésirables, en veillant à la production de données utilisables par tous.

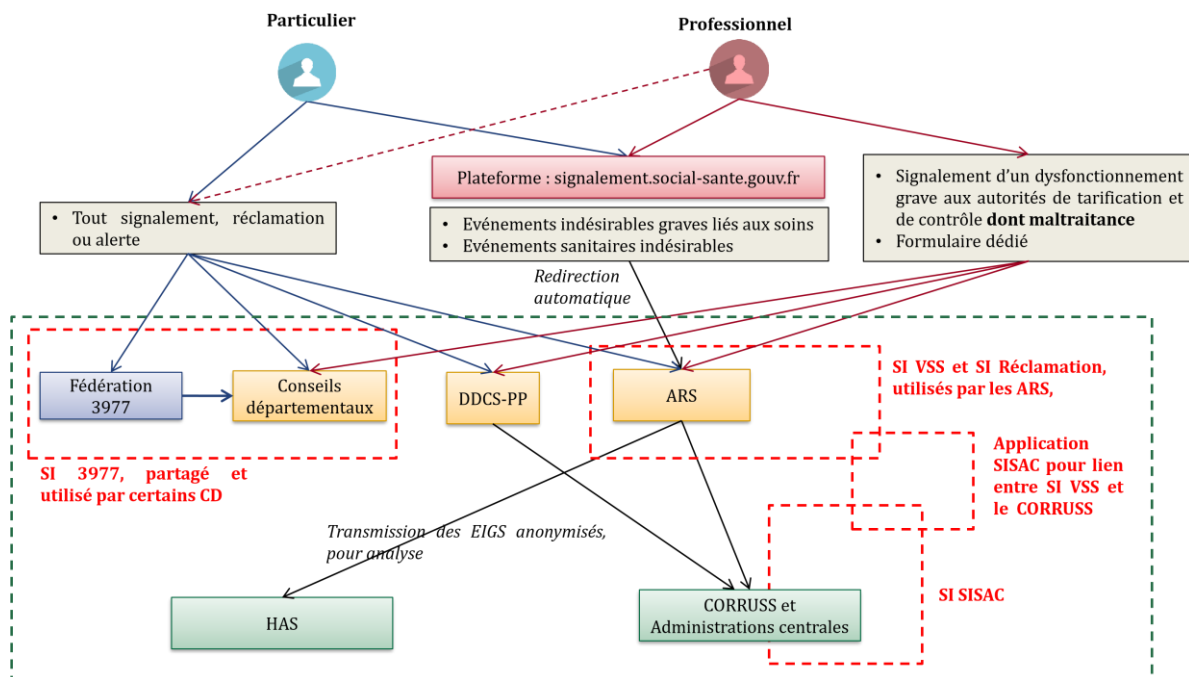


321. Comme on l'a vu, aucun « chef de file » ne peut s'imposer au niveau territorial, compte tenu de la répartition complexe des compétences entre les différentes autorités de l'Etat et des collectivités territoriales. Raison pour laquelle la Commission propose de structurer les partenariats et de formaliser le fonctionnement d'un « GTCIP » sur chaque territoire.
322. En revanche, dans l'intérêt même du fonctionnement de ces instances de coordination locale, et de la capacité des acteurs locaux à exercer leurs compétences propres, plusieurs outils appellent naturellement des démarches nationales, relevant de l'Etat ou de ses agences et établissements publics (HAS, ANAP, CNSA...): instruments de recueil et de partage de l'information, ou travaux de recherche, par exemple.
323. Par ailleurs, relevant du même niveau national, un pilotage et une animation plus fermement organisés apparaissent nécessaires.

E1. Structurer un système d'information et une nomenclature de données.

324. Un récent rapport d'évaluation sur une expérimentation visant à coordonner le recueil et le traitement des informations d'alerte concernant la maltraitance⁶⁹ soulignait que l'un des principaux freins à la coordination est l'absence de système d'information partagé et de nomenclature commune de saisie permettant de suivre les situations entre tous les partenaires, de manière fluide et en respectant la sécurité des données des personnes concernées. Un besoin d'éclairage juridique concernant l'échange possible de données était également souligné.
325. Il n'existe en effet aujourd'hui ni système d'information commun permettant le recueil et le suivi des informations.
326. D'ailleurs, en amont de cela, il n'existe pas non plus de nomenclature commune, acceptée par tous, qui permettrait
- de procéder de manière homogène à la « qualification » (c'est-à-dire à l'identification comme « maltraitants ») des différentes situations ou actes signalés ;
 - et, même sans attendre un système commun, de communiquer plus aisément des informations entre partenaires.
327. Comme illustré dans le schéma et l'encadré suivants, il existe ainsi plusieurs circuits de signalement et plusieurs systèmes d'information, qui ont chacun leur propre nomenclature.

Figure 1 : Systèmes d'information et outils utilisés pour le signalement et la gestion des cas de maltraitance



Source : Commission.

Note de lecture : Les professionnels peuvent, en tant que particuliers, contacter les Conseils départementaux, le 3977 ou les DDCS-PP. Ces relations sont exprimées en pointillés.

⁶⁹ Rapport d'évaluation de l'expérimentation d'une coordination départementale de recueil et de traitement des informations préoccupantes relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées, Eneis Conseil, 2015.

Systèmes d'information et outils utilisés pour le signalement et la gestion des cas de maltraitance

Plusieurs systèmes d'information et outils informatiques sont utilisés pour signaler et gérer des situations de maltraitance.

Dans ces dispositifs, lorsque le déclarant est un professionnel ou une structure, on utilise le terme de « signalement ». Lorsqu'il est un particulier, personne directement concernée ou un proche, on utilise le terme de « réclamation ».

Canaux de signalement

Les professionnels sont amenés à signaler trois types de faits : des dysfonctionnements graves, des événements indésirables graves liés aux soins et des événements sanitaires indésirables.

Les signalements de maltraitance sont intégrés dans la typologie plus générale des « dysfonctionnements graves » qui relèvent de l'obligation d'information des autorités de tarification et de contrôle par les professionnels et responsables de structure sociale ou médico-sociale, conformément à l'article L.331-8-1 du CASF, en application de l'article 30 de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Selon les structures concernées, les autorités de tarification et de contrôle sont le Conseil départemental et/ou l'ARS ou les services de la cohésion sociale (DDCS-PP).

1) Pour l'enregistrement et le suivi **des événements indésirables associés aux soins** survenus en établissement sanitaire ou médico-social, **les ARS disposent d'un système d'information pour la veille et la sécurité sanitaire (SI-VSS)**. Toutefois, **les autres événements et dysfonctionnements non associés aux soins ne relèvent pas de ce système d'information**. Ces derniers sont transmis électroniquement par voie de formulaire (arrêté du 28 décembre 2016) à l'autorité administrative compétente.

2) **La plateforme** mise en place en 2017 par le ministère des solidarités et de la santé (signalement.social-sante-gouv.fr) permet notamment le recueil des déclarations **d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**, en application de l'article L.1413-14 du CASF, ou tout autre événement indésirable d'ordre sanitaire.

La plateforme redirige automatiquement le signalement, du professionnel ou du particulier, vers l'ARS (via le SI-VSS) ou l'agence sanitaire compétente (par exemple pharmacovigilance, matériovigilance...).

La typologie des EIGS autres événements sanitaires ne comprend pas les cas de maltraitance. **La plateforme n'est donc, aujourd'hui, pas destinée à recueillir des signalements de maltraitance.**

Systèmes d'information utilisés

✓ **Les ARS utilisent le SI Veille et sécurité sanitaire (SI VSS)** pour le recueil et le suivi des signalements en lien avec une problématique de santé en provenance des établissements et services sanitaires et médico-sociaux qui leur sont adressés directement ou depuis le portail des signalements.

En effet, les signalements qui arrivent sur la plateforme de signalement sont intégrés automatiquement dans le SIVSS de l'ARS compétente.

Certaines ARS enregistrent également dans le SIVSS les signalements et alertes reçus par d'autres canaux (par exemple un signalement pour un autre motif que sanitaire) mais cette pratique n'est pas généralisée.

✓ Parmi ces événements indésirables portés à leur connaissance, les ARS transmettent les plus graves à l'administration centrale concernée (DGOS, DGS ou DGCS) au dispositif national du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) *via* un système d'information dédié, SISAC. On peut estimer que moins de 10 % des signalements gérés par une ARS sont transmis au CORRUSS.

- ✓ Par ailleurs, les ARS utilisent un système d'information spécifique pour les **réclamations** qui leur sont adressées directement par des particuliers (SI –Réclamations).

Actuellement, **ces deux systèmes (SI-VSS et SI- Réclamation) ne sont pas compatibles entre eux.**

- ✓ La Fédération 3977, association subventionnée par l'Etat (1,7 M€ en 2018), gère le numéro national 3977 dédié au signalement des situations suspectées ou avérées de maltraitance. Ce dispositif d'écoute comprend une plateforme nationale relayée par des centres d'écoute de proximité présents dans 77 départements.

Un système d'information spécifique permet d'assurer un suivi du traitement de la situation entre les écoutants de la plate-forme nationale et les équipes des centres de proximité. **Le SI de la fédération 3977 est souvent utilisé par les conseils départementaux pour créer et suivre des dossiers relatifs à des situations de maltraitance.** Ce SI est en cours de révision pour renforcer son utilisation et produire des statistiques améliorées.

- ✓ Enfin, certains départements ont créé à leur niveau des outils de suivi ad hoc (tableaux de bord, fonctions d'observatoire) mais avec des périmètres et des nomenclatures variables, ce qui ne permet ni leur agrégation ni leur comparaison au niveau national.

Au final, aujourd'hui, les récepteurs et gestionnaires des signalements ne disposent pas d'outils ni de nomenclatures harmonisés pour une analyse fiable des situations de maltraitance et de leur traitement.

328. Outre que cette situation ne permet pas aux acteurs locaux de se coordonner de manière fluide, **elle ne permet pas non plus aux structures et services de se comparer et de s'auto-évaluer** sur l'ensemble du territoire.

329. Il est donc fondamental de disposer d'une nomenclature commune à tous les acteurs. Ce format unifié devra évidemment, si l'on veut en permettre un véritable usage statistique, s'inscrire dans les nomenclatures internationales existantes. A ce titre, son élaboration suppose un cercle d'experts très larges, associant notamment les différentes administrations publiques – et notamment la DREES – mais aussi des chercheurs travaillant sur ce domaine.

Proposition n° 33 : Définir une nomenclature commune des informations pour le recueil et le suivi des alertes de maltraitance.

Ces informations devront comprendre *a minima* le lieu de survenance, la nature de la maltraitance et les réponses apportées par les différents acteurs qui seront intervenus.

Saisir ces informations dans un format unifié permettant l'interopérabilité la plus large possible entre différents systèmes d'information et interfaces.

Proposition n° 34 : Prévoir une obligation de transmission des informations ainsi définies, de manière horizontale (entre acteurs au niveau local) et verticale (au niveau national pour consolidation, analyse et diffusion).

E2. Favoriser la recherche sur la maltraitance par la transparence sur les résultats.

330. Comme le soulignait déjà l'IGAS en 2006⁷⁰, **la maltraitance est, en France, un phénomène mal connu sur les plans qualitatif et quantitatif**, notamment car, ainsi qu'on vient de le dire, les définitions retenues ne sont pas figées, ce qui crée des incertitudes et de la subjectivité dans les évaluations de situation.
331. La Commission estime que, sur la base de la nomenclature à établir, la mise à disposition, par une restitution régulière – par exemple annuelle - de données validées permettant la comparaison, l'évaluation des progrès, et la recherche sur les phénomènes de maltraitance, est un outil nécessaire.
332. Par ailleurs, elle suggère que soit confié, soit à un observatoire existant, soit à une structure à créer, le soin d'assurer la diffusion et l'usage le plus actif possible de ces données.

Proposition n° 35 : Disposer d'un observatoire national ayant pour fonction l'étude, l'échange et la diffusion de résultats, à partir d'une restitution au moins annuelle des informations sur les cas de maltraitance constatés recueillis localement.

333. L'accès aux données doit permettre de structurer des résultats de suivi de la politique de lutte contre la maltraitance. L'observatoire devra, à ce titre, faire le lien entre ces données et d'autres types d'informations (par exemple celles contenues dans le tableau de bord médico-social des ESMS ou les informations contenues dans les rapports d'évaluation) afin d'identifier d'éventuelles corrélations.

Proposition n° 36 : Rendre aussi accessibles que possible les données recueillies, dans un format exploitable⁷¹ afin de permettre aux chercheurs et à l'ensemble des parties prenantes – notamment les usagers - de s'en emparer.

A ce titre, un cadre d'open data doit être le principe. Mais pour tenir compte des contraintes de protection des données personnelles – une identification indirecte étant, dans certains cas, possible malgré l'anonymisation - il peut être alternativement prévu un accès via un serveur sécurisé, après avis favorable du comité du secret.

334. Il y a d'ailleurs très peu de recherches dédiées à la thématique de la maltraitance des adultes vulnérable et il n'existe aucune structure qui pourrait jouer le rôle de « Centre national de ressources » afin de faire le lien indispensable – qui doit aller dans les deux sens – entre les données de recherche et la pratique professionnelle quotidienne.
335. La maltraitance à domicile est à ce titre particulièrement méconnue, alors que l'immense majorité des signalements concernant des maltraitements sur des personnes âgées ou handicapées émanent du domicile⁷² (cette réalité pouvant d'ailleurs s'expliquer tout simplement parce que la grande majorité des personnes susceptibles d'être concernées vivent à leur domicile).

⁷⁰ Rapport relatif à l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Inspection générale des affaires sociales, 2006.

⁷¹ Les données devront être dans un format réutilisable et exportable aisément (par exemple JSON ou CSV), pour en assurer la meilleure appropriation par les différents acteurs administratifs et de la société civile (chercheurs, particuliers et citoyens engagés, journalistes, etc.). Elles ne devront pas se résumer à un fichier de type PDF, dont l'exploitation est malaisée.

⁷² Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM), 2014.

336. C'est pourquoi la Commission estime qu'il faut se donner les moyens d'une **recherche opérationnelle sur la maltraitance, en installant, sur le modèle du Centre national de ressources sur la résilience (CNRR), un dispositif de coordination et d'animation de la recherche sur les phénomènes de maltraitance, chargé :**
- de susciter la curiosité des étudiants pour ce champ, quel que soit leur champ disciplinaire (médecine, sciences infirmières, rééducation, sciences humaines et sociales, droit, philosophie...).
 - de créer le lien entre les différentes équipes universitaires ou hospitalo-universitaires qui consacrent des travaux à ces sujets.
 - d'assurer la diffusion de leurs travaux, leur reprise par des équipes de terrain prêtes à s'en inspirer et à permettre de les prolonger.
 - de recenser les différents outils, guides et pratiques développés dans les différents territoires et d'orienter la recherche vers leur comparaison ou vers les outils manquants.
 - de définir des thématiques pour des appels à projet de recherche (sur des financements Etat ou CNSA).
 - de développer des partenariats avec des organismes étrangers ayant développé des compétences spécifiques (p.ex. : chaire de recherche sur la maltraitance des personnes âgées de l'université de Sherbrooke au Québec).
337. A cela s'ajoute la question de l'ouverture de ces données et résultats au grand public.
338. Aujourd'hui les usagers peuvent déjà, par exemple, comparer les établissements accueillant des personnes âgées en fonction de leur localisation et du montant du reste à charge sur la plateforme www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr gérée par la CNSA. Toutefois aucun élément de qualité n'est intégré dans les comparatifs publics. Certains services privés proposent de combler cette lacune, de manière nécessairement imparfaite dans la mesure où les résultats d'évaluation ne sont aujourd'hui accessibles qu'aux pouvoirs publics.
339. La publication de données qualitatives est donc à mettre en débat. Des plateformes de ce type existent d'ailleurs dans certains pays étrangers, incluant l'expression de satisfaction des résidents ou des bénéficiaires de services.
340. Les résultats publiés sur une telle plateforme pourraient ainsi comprendre :
- Les indicateurs disponibles dans le tableau de bord médico-social de l'ANAP, le cas échéant enrichi des indicateurs qualitatifs dont la mise au point était proposée plus haut.
 - Les synthèses des évaluations externes ;
 - Les résultats d'enquêtes, anonymisés, sur la satisfaction individuelle des personnes accueillies, en prolongeant, tout en s'en distinguant, les démarches déjà engagées dans le champ sanitaire⁷³. Ces enquêtes pourraient être effectuées sur des échantillons réduits, en face à face, comme a pu le faire la DREES en 2007⁷⁴, ou par d'autres modes de collecte (formulaires à remplir, ou à remplir par un proche) sur des échantillons plus larges. On peut aussi imaginer de collecter de l'information à l'occasion des visites d'inspection, dès lors qu'est garantie la participation confidentielle des personnes, gage de la validité du processus.
341. Sous réserve que le volume et la diversité des données collectées le permettent, des mobilisations créatives – de type « hackathons » – pourraient même être organisées autour de ces données pour en exploiter le potentiel.

⁷³ Il importe en effet de bien marquer différence d'approche avec l'actuelle enquête de satisfaction « E-Satis » auprès des patients hospitalisés plus de 48h en service de MCO. Donner un avis d'utilisateur sur l'accueil, la prise en charge (délai d'attente, respect de la confidentialité, gestion de la douleur) et la gestion de sortie, pour une prestation soignante qui s'est achevée est profondément différent, en termes de finalité et de méthodologie, d'une mesure de satisfaction sur un accompagnement au long cours dans une structure dont on est l'habitant permanent, et dont on doit précisément être aussi l'acteur.

⁷⁴ Enquête en face à face en EHPAD, et par entretien téléphonique pour les proches. menée par la DREES en 2007 auprès de résidents d'EHPAD : DREES – Dossiers Solidarité et santé – N° 47 – octobre 2013, Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article47.pdf>

Proposition n° 37 : Mettre à disposition des usagers, sur un portail internet dédié, des éléments de comparaison des établissements et services.

Ces éléments de comparaison devraient inclure des éléments relatifs à la qualité de l'accompagnement.

E3. Lancer une campagne d'action prioritaire sur les violences sexuelles.

342. Lors de l'échange de présentation de ce rapport devant le CNCPH (Commission « santé, bien être, bientraitance »), les participants ont insisté **pour que la thématique des violences sexuelles fasse l'objet d'une mobilisation spécifique et prioritaire.**
343. Cette préoccupation rejoint ainsi plusieurs propositions du rapport remis au Premier ministre par MM. Adrien TAQUET, député, et Jean-François SERRE, membre du CESE, en mai 2018⁷⁵. Ces derniers rappelaient notamment que, selon des études présentées au Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 72% des femmes en situation de handicap déclarent avoir été victime de violence sexuelle au cours de leur vie⁷⁶.
344. La Commission ne peut, à cet égard, que reprendre ce qui est dit plus haut sur la double nécessité de définir, rapidement, des objectifs prioritaires précis, et d'y inclure les maltraitances les plus massives et les plus graves.

Les propositions du rapport TAQUET SERRE (mars 2018) en matière de lutte contre les violences sexuelles à l'égard des personnes en situation de handicap

Proposition 91 : Réaliser une grande étude statistique sur le handicap, portant notamment sur les violences sexuelles, permettant de croiser le handicap et le genre.

Proposition 92 : Mettre en place des formations obligatoires de sensibilisation à la question des violences sexuelles pour tous les professionnels intervenant en établissement, ainsi que pour les personnes en situation de handicap elles-mêmes, en s'appuyant sur la pair-aidance.

Proposition 93 : Désignation par chaque établissement d'un « responsable intégrité physique » compétent pour recueillir les témoignages, soutenir et orienter les personnes victimes de violences sexuelles.

Proposition 94 : Instaurer, sauf refus de la personne, un examen gynécologique à l'entrée en établissement, renouvelé annuellement et réalisé par un praticien extérieur à la structure d'accueil, pour déceler d'éventuelles violences sexuelles.

Proposition 95 : Etendre la restriction des exceptions prévues par l'article L.434-1 du code pénal à la non dénonciation de crimes sexuels au sein du cercle familial envers les personnes en situation de handicap.

Proposition 96 : Compléter l'article 15-3 du code de procédure pénale, afin que les autorités organisent les modalités de recueil des plaintes permettant de prendre en compte les formes d'expression particulières pouvant être celles des personnes en situation de handicap, si nécessaire en se faisant accompagner d'un professionnel compétent.

⁷⁵ « Plus simple la vie », 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap.

⁷⁶ Rapport final d'évaluation du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, novembre 2016.

E4. Dynamiser le pilotage et l'animation nationaux.

345. La Commission estime que la politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance souffre d'un défaut d'animation nationale, qui se traduit par
- des déperditions d'énergie (par exemple lorsque des initiatives très intéressantes prises au niveau local ne peuvent pas essaimer dans d'autres territoires faute de partage d'expérience organisé ou lorsque des travaux redondants sont menés dans deux départements différents),
 - de possibles ruptures d'égalité selon la qualité des organisations mises en place localement (tous les départements, Parquets, ARS, ou services préfectoraux n'accordent pas la même importance aux actions de lutte contre la maltraitance),
 - voire des prises en charge non optimales, faute de corpus commun de réflexion ou d'analyse (pas de recul sur la quantification ou l'évolution du phénomène ni sur les meilleures pratiques).
346. Une telle animation nationale doit, par suite, être **pensée comme une aide conçue avec et pour les acteurs locaux**. Il ne s'agit pas de se substituer à eux dans l'action mais bien de leur apporter les outils nécessaires pour mieux agir.
347. La Commission a ainsi identifié trois fonctions devant être assurées au niveau national :
- **Une fonction « d'animation de réseau »**, qui comporterait l'animation des réseaux de professionnels et des « tiers confidents », l'animation des « CODIP », l'intégration de modules bientraitance dans les parcours de formation, l'organisation du processus de communication, etc. Cette fonction aurait vocation à revenir à la CNSA, sous la « maîtrise d'ouvrage » de l'administration centrale (DGCS).
 - **Une fonction de « production de connaissance et de retour d'expérience »**, qui comporterait la recherche, la production et la publication de données. Cette fonction pourrait être remplie par la HAS avec le soutien de l'ANAP pour les aspects qui concernent cette agence. Comme on l'a vu, l'ANAP tient en effet d'ores et déjà un tableau de bord sur les établissements et services médico-sociaux, dont les données pourraient utilement enrichir le « tableau de bord » bientraitance et la plateforme de comparaison et d'évaluation.
 - **Enfin, une fonction « d'expertise partagée et citoyenne »**. Elle consiste à maintenir la vigilance collective et l'animation permanente du sujet par toutes ses parties prenantes (personnes concernées et associations les regroupant, gestionnaires, professionnels, administrations).
 - **Cette fonction doit, en premier lieu, trouver son siège dans les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie** (article L.149-1 du code de l'action sociale et des familles), dont ce pourrait devenir une compétence obligatoire⁷⁷.
 - Elle pourrait s'incarner dans une **instance permanente**, ayant notamment la responsabilité de recueillir, chaque année, la restitution, par les différents acteurs, publics ou privés, engagés au niveau national, de leur action au cours de l'année écoulée, et de leur proposer des orientations.

Proposition n° 38 : Développer trois fonctions au niveau national pour dynamiser le pilotage national de la politique de lutte contre la maltraitance :

une fonction d'animation de réseau, confiée à la CNSA (« maîtrise d'œuvre ») et à l'administration de l'Etat (DGCS, « maîtrise d'ouvrage »).

une fonction de « production de connaissance et de retour d'expérience », confiée à la HAS avec le soutien de l'ANAP ;

une fonction d' « expertise partagée et citoyenne », confiée à une instance existante ou à créer.

⁷⁷ Il conviendrait, à cette fin, de renforcer le paragraphe de l'article L.149-1 qui dispose que le CDCA « formule des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques » en ajoutant qu'il doit avoir, sur ces mêmes points, un rôle de veille et de diagnostic, et que ce diagnostic doit être un des volets obligatoires du « rapport biennal » que chaque CDCA doit transmettre, avant le 30 juin de l'année concernée, au HCFEA, au CNCPPH et à la CNSA.

Axe 3 : « PREVENIR »

Nous devons PREVENIR la maltraitance, par une « bientraitance » centrée sur les droits de la personne et le soutien à ses accompagnants.

348. La maltraitance, définie et décrite au titre de « l'axe 1 » de cette réflexion, appelle une amélioration des moyens de lutte qui font l'objet de « l'axe 2 ».
349. Mais ces moyens de lutte doivent eux-mêmes s'enraciner dans une démarche d'ensemble, qui touche au sens même de ce que signifie l'accompagnement à l'autonomie.
350. L'objet de ce troisième axe est d'indiquer en quoi cette démarche d'ensemble, indispensable à toute action en profondeur de prévention de la maltraitance, revient en réalité à atteindre ce à quoi doit viser **toute politique publique consacrée à l'aide à l'autonomie**.
351. Ce qui consiste à garantir ce qu'on appelle la « bientraitance » (A), autrement dit :
- Respecter **les droits fondamentaux** et reconnaître⁷⁸ les **compétences** et les capacités de toute personne « accompagnée » (B).
 - Œuvrer à la **qualité de vie des « accompagnants »**, et à leur qualité de vie au travail lorsqu'il s'agit d'accompagnants professionnels (C).

⁷⁸ Au double sens du mot reconnaître, c'est-à-dire à la fois en prendre conscience, comme quelque chose de déjà présent, et savoir aussi les rechercher et les faire émerger, y compris chez les plus vulnérables

A. La « bientraitance », nécessairement au cœur de toute relation d'accompagnement.

352. La lutte contre la maltraitance ne se conçoit pas sans ce qu'on pourrait appeler sa face « positive », ou « préventive », qu'est la promotion de la « bientraitance ».
353. De même que, réciproquement, la visée de « bientraitance » ne se conçoit pas sans prise de conscience et lutte contre sa carence, ou sa face « négative » qu'est la maltraitance.
354. Encore faut-il s'entendre sur cette notion de « bientraitance ». Car on pourrait sans peine transposer, à propos de la définition de la bientraitance, la remarque célèbre de Saint Augustin à propos du temps : « *si personne ne m'interroge, je le sais. Si je veux répondre à qui me le demande, je l'ignore* ».

Un terme objet de controverses ...

355. Le terme de bientraitance est récent dans le champ de l'accompagnement et du soin. Issu de la protection de l'enfance, il s'est étendu aux adultes vulnérables, notamment à l'occasion de la publication d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM en 2008⁷⁹.
356. Dans son usage le plus courant, il renvoie à l'attitude positive, proactive, réfléchie, qui doit viser à faire davantage que la simple « non-maltraitance ». Un peu comme la « bonne alimentation » est plus exigeante que la « non-malnutrition » ou que le soin de qualité signifie plus que la seule absence d'erreur médicale.
357. La bientraitance est donc, en général, comprise comme étant la manière de traduire, au-delà du seul évitement de « mal faire », la volonté de « bien faire » ou de « faire le mieux ». Par la qualité, d'abord, du geste technique. Mais également en y associant des qualités relationnelles de bienveillance (chaleur humaine, écoute, sens du contact et de l'échange ...).
358. Le terme, et certaines de ses traductions affichées, ont néanmoins fait l'objet de critiques.
359. Ainsi, la bientraitance a pu apparaître parfois comme une pure et simple mise en place d'actions conformes à des référentiels de qualité de pratique. Traduisant ainsi des préconisations rigides et véhiculant une logique de « travail prescrit », ignorante des réalités quotidiennes des professionnels de première ligne.
360. On a pu alors lui reprocher d'aboutir, de façon paradoxale, à éloigner du sens profond de la bientraitance, c'est-à-dire de l'attitude « bienveillante », le respect étroit des normes se faisant au détriment de l'authenticité de la relation ou de l'écoute des vraies attentes des personnes accompagnées. En somme, l'excès de normes (mêmes réputées « bientraitantes ») et peut-être surtout leur application trop mécanique, peut devenir une source de maltraitance.

... dont la Commission veut retenir une approche fonctionnelle :

361. Consciente de ces controverses, la Commission entend d'abord rappeler que, certes, **le respect de normes et de référentiels de qualité est le socle indispensable de la lutte contre la maltraitance** - et donc le premier pas d'une concrétisation de la bientraitance.
362. Mais qu'il ne s'agit que d'un socle, qui ne peut pas être confondu avec l'aboutissement d'un projet d'accompagnement.

⁷⁹ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juin 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

La « bientraitance » suppose d’abord une pratique nourrie par une démarche de réflexion éthique :

363. En premier lieu, on l’a déjà dit, il est indispensable d’assortir toute mise en place de normes (ou de référentiels de pratique) **d’une démarche de questionnement éthique** sur les pratiques et postures individuelles et collectives⁸⁰. Afin, précisément, de rester toujours en vigilance sur les risques qui peuvent naître d’une confiance abusive dans la seule mise en pratique de standards professionnels.
364. La bientraitance s’appuie donc non seulement sur des outils de bonne pratique, mais aussi sur des méthodes d’analyse du travail collectif permettant de faire face aux conflits de valeurs (lorsque, par exemple, l’application d’une norme technique semble rendre impossible la réalisation d’une attente très forte de la personne accompagnée) ou aux conflits de moyens (lorsque, comme c’est fréquent, la stricte application de la norme se heurte à des contraintes de ressources, ou oblige à des arbitrages difficiles).
365. On renvoie sur ce point aux recommandations qui ont déjà été faites sur « l’Axe 2 ».

Mais cette exigence éthique permet de comprendre que la « bientraitance » est davantage qu’une qualité particulière de l’accompagnement :

366. Car il faut ajouter – ce sera l’objet de ce troisième « axe » de la note d’orientation– que **la nature même d’un projet d’accompagnement est de pointer vers davantage que la pure exécution de gestes de qualité, même régulés par des questionnements éthiques**. Et que ce « davantage » constitue précisément ce que le mot de bientraitance a vocation à traduire.
367. **La bientraitance n’est pas une qualité ou un point de perfectionnement à ajouter à l’accompagnement de la perte d’autonomie. Elle en est tout simplement la première finalité.**
368. Accompagner la perte d’autonomie et construire, autour de chaque personne vulnérable, un environnement lui permettant de « bien vivre », constituent une seule et même chose.
369. Qu’est-ce, en effet, que l’accompagnement à l’autonomie, sinon de faire en sorte que la citoyenneté et l’exercice des droits soient effectifs, sans distinction d’âge ou de vulnérabilité, que la vie quotidienne se déroule dans l’écoute des désirs, des besoins et des capacités de la personne, et que soient suscitées des possibilités de relations humaines et sociales authentiques ?
370. En conséquence de quoi, une politique qui se fixe la promotion de toutes les dimensions de la bientraitance, comportant évidemment en son cœur la vigilance et la répression à l’égard des situations maltraitantes, mais allant au-delà, n’est pas autre chose que ce qu’on peut attendre d’un projet de solidarité sur l’accompagnement à l’autonomie.
371. Partant de là, la Commission estime que, sous-jacents à ce qui a été dit précédemment sur la qualité des actes techniques et le nécessaire « recul » sur leur pratique, deux éléments fondamentaux structurent ce que doit être une relation d’accompagnement « bientraitante » :
- **le respect des droits fondamentaux des personnes accompagnées et la reconnaissance de leurs capacités**, c’est-à-dire leur donner pouvoir de **choisir** et **d’agir** (en étant le cas échéant, au risque de l’oxymore, « aidées pour leur autonomie de décision »)
 - **Et « l’accompagnement des accompagnants »**, qu’ils soient aidants professionnels ou proches aidants. En effet, **la bientraitance concerne bien les deux partenaires de la relation d’accompagnement.**

⁸⁰ 1^{er} colloque Ethique et bientraitance : comment la réflexion éthique peut servir la bientraitance ? » Pôle St Hélier-EHESP- EREB 4 octobre 2018, Rennes.

B. Changer le regard porté sur les personnes accompagnées, en leur assurant la liberté de choisir et d'agir.

Il existe une apparente tension entre les exigences de la liberté et celles de la sécurité...

372. Le rappel, à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles, de la garantie des droits et libertés individuels des personnes vulnérables accueillies en établissement sonne comme une évidence : les déficiences physiques ou cognitives, quelles que soient leurs conséquences en termes d'autonomie fonctionnelle ou décisionnelle, ne doivent pas faire basculer dans une catégorie de citoyens « à part ».
373. Le cœur du « changement de regard » à porter sur les personnes vulnérables est de leur reconnaître toujours, par-delà les limitations fonctionnelles, les libertés de choisir et d'agir – même si c'est avec une articulation à trouver entre le **respect de ces libertés** et la **protection de leur sécurité**.
374. Cette articulation entre liberté et sécurité est, en quelque sorte, au cœur de la problématique de bientraitance.⁸¹
375. En effet, négliger l'un ou l'autre de ces deux termes sont deux manières d'aboutir à des situations de maltraitance : celles-ci peuvent résulter aussi bien de ce qu'on peut appeler des « *libertés au mépris de la protection* » (c'est-à-dire des situations de laisser-faire qui mettent en péril la sécurité ou la dignité de la personne vulnérable) que de ce qu'on peut qualifier de « *protections au mépris de la liberté* » (c'est-à-dire des privations de liberté au nom de l'évitement du moindre risque, qui infantilisent la personne et peuvent aller jusqu'à nier l'expression même de sa volonté, en faisant tout à sa place⁸²).
376. La promotion de la bientraitance donne ainsi l'impression de se situer à l'étroit point d'équilibre entre les exigences de la protection et le respect de la liberté, entre les risques de la contrainte excessive et ceux de la mise en danger.

... qui doit se résoudre en mettant les protections au service des libertés personnelles.

377. Pour aborder correctement ce dilemme et, en quelque sorte, pour en sortir, la Commission considère qu'il faut renverser la perspective et abandonner cette vision d'équilibre à trouver.
378. Le respect des libertés doit en effet être posé comme l'unique l'objectif. Et les mesures de protection éventuellement nécessaires doivent, en conséquence, être pensées **comme étant exclusivement au service du meilleur – c'est-à-dire du plus sûr - exercice de ses libertés (c'est-à-dire de ses choix et préférences) par la personne concernée**.
379. Cette orientation très ferme doit, aux yeux de la Commission, inspirer tout dispositif d'accompagnement de personnes vulnérables, aussi lourdes soient leurs déficiences. Elle est susceptible d'avoir des effets concrets – et culturellement radicaux :
- Sur l'esprit même de la fonction d'accompagnement, qui doit viser, autant que possible, l'effectivité de **la liberté de choisir** de la personne, c'est-à-dire d'aider à décider plutôt que de décider à sa place (B1).

⁸¹ Le temps d'écoute du « ressenti subjectif » des personnes accompagnées, par lequel ont débuté les travaux de la Commission, en a d'ailleurs apporté la démonstration flagrante et de nombreuses illustrations.

⁸² Comme on a déjà eu l'occasion de le montrer sur les schémas de la première partie, cette substitution à la volonté de la personne peut aussi bien relever d'une forme d'ignorance (on pense le faire « pour son bien ») que d'une commodité coupable (l'accompagnant veut seulement aller plus vite pour ne pas perdre son propre temps). Mais dans les deux cas, il s'agit bien d'un comportement qui s'en tient à une simple approche protectrice, sans rien mettre en balance.

- Sur la capacité d'expression et d'action des personnes accompagnées, en acceptant que l'erreur, qui résulte de la possibilité d'une certaine prise de risque, est consubstantielle à l'exercice de **la liberté d'agir**, propre à tout citoyen et qui transcende, par suite, tous les « statuts » de patient, personne accueillie, personne en situation de handicap ou bénéficiant d'une mesure de protection juridique, etc.(B2).
- Et enfin, sur le point concret et tangible qu'est le fait de pouvoir, où que l'on réside, avoir le sentiment de « **vivre chez soi** » (B3).

B1. Donner aux personnes accompagnées la liberté de choisir, en allant vers une autre conception de l'accompagnement et vers un nouveau rapport au risque.

Affirmer une autre conception de l'accompagnement

380. Comme le notait le Défenseur des droits, commentant la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées du 30 mars 2007⁸³ : « *La conception du handicap axée sur les droits de l'homme (...) suppose de passer d'un système de prise de décision substitutive, dans lequel la personne est privée de sa capacité juridique, à un système de prise de décision assistée* ».
381. L'enjeu, en réalité, est double.
382. D'une part, faire en sorte que la personne prenne elle-même, chaque fois que c'est possible⁸⁴, le cas échéant avec l'assistance d'un tiers, toutes les décisions qui la concernent – celles du quotidien comme les plus importantes.
383. D'autre part, lorsque, même avec une aide appropriée, elle ne sera pas en état de décider elle-même, veiller à ce que la décision soit prise, non pas en fonction de ce qu'une personne « raisonnable » aurait fait dans cette situation, mais en recherchant ce qu'elle-même aurait le plus vraisemblablement décidé, si elle avait été en capacité de le faire⁸⁵.
384. Une telle conception aura sa première incidence sur le droit de la protection juridique, qui pourrait – dans le prolongement du principe, posé par la loi du 5 mars 2007⁸⁶, selon lequel la protection juridique « *a pour finalité l'intérêt de la personne protégée* » - évoluer vers une mesure unique « de sauvegarde des droits »⁸⁷.
385. Mais il faut explorer aussi ses conséquences en termes de contenu des formations et de méthodes de travail des professionnels de l'accompagnement, de sensibilisation et d'appui pratique pour les aidants familiaux ou, enfin, d'aides à l'expression de leur volonté par les personnes vulnérables.
386. La formation initiale et continue des professionnels est un terrain majeur de ce changement de culture.
387. Au sein des cursus, l'accent est déjà mis sur la finalité de promotion de l'autonomie. Toutefois, une culture institutionnelle trop « sécuritaire » peut rapidement venir à bout des enseignements prodigués. Dès leurs premiers stages, les étudiants peuvent se voir transmettre des pratiques qui contredisent de manière flagrante les enseignements théoriques, et qu'ils risquent de retenir bien davantage.
388. Former à la promotion de l'autonomie suppose donc, au-delà des messages de principe, d'insister sur ces dilemmes et de fournir les outils qui permettront d'affronter les tensions professionnelles, individuelles ou collectives, que cette finalité exige. Car ce n'est pas lorsque le soutien à l'autonomie est consensuel que la difficulté apparaît, mais plutôt quand, par exemple, le choix d'une certaine prise de risque raisonnée confronte à des peurs personnelles, à des débats d'équipe, à des résistances de la part des proches, etc.

⁸³ In « Protéger les majeurs vulnérables : l'intérêt de la personne protégée », presses de l'EHESP, 2017.

⁸⁴ L'expression « dans la mesure du possible » revient ainsi très fréquemment dans la loi n°2007-308 du 7 mars 2008 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

⁸⁵ Voir l'analyse de Fabrice GZIL dans l'ouvrage cité à la référence précédente.

⁸⁶ Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 déjà citée plus haut (note 7), qui utilise le terme « intérêt » de la personne à de très nombreuses reprises.

⁸⁷ Voir en ce sens les conclusions du rapport de la mission présidée par Mme Anne CARON-DEGLISE : « Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables », septembre 2018.

Développer un nouveau rapport au risque.

389. Il n'y a pas de choix libre sans une certaine exposition aux conséquences d'un « mauvais choix » et donc, sans une certaine prise de risque.
390. Le Conseil de la CNSA relève ainsi que « *Pour permettre l'exercice de leurs droits aux personnes, la société doit repenser ses modes de représentation, de conception et d'organisation des réponses dans le respect des choix des personnes (...) en intégrant une nouvelle acceptation de la prise de risque* »⁸⁸.
391. On doit cependant insister sur le fait **qu'il ne saurait être question de simplement « déplacer le curseur » du risque**, en acceptant, au nom d'une plus grande liberté de décision de la personne accompagnée, des mises en danger d'elle-même ou d'autrui qu'on aurait jusque-là refusées.
392. Il serait inconcevable, en effet, de remplacer une protection qu'on jugerait attentatoire aux libertés par la simple négligence des protections nécessaires.
393. En revanche, ce dont il est question est de travailler à réduire toujours plus cette échappatoire par laquelle, au nom de la sécurité, un accompagnant familial ou une équipe professionnelle va choisir l'organisation – souvent la plus simple pour lui à mettre en place – qui fait disparaître le risque en supprimant tout ou partie des libertés concrètes de la vie quotidienne.
394. Autrement dit, **revenant toujours à cette règle fondamentale que la liberté est le principe** et que l'empêchement doit être strictement nécessaire et proportionné dans ses modalités, **rechercher prioritairement les modes d'organisation et de vie qui sécurisent autrement que par l'interdit**⁸⁹.
395. Il est évident que de telles démarches exigent de la méthode et des compétences (un travail à la fois collectif et individualisé sur la situation de chaque personne), mais aussi du temps et donc des ressources en personnel, et en personnel formé. Sachant que les formations correspondantes paraissent aujourd'hui essentiellement produites sur le terrain, dans quelques structures pilotes.
396. Par ailleurs, au-delà de ces aspects de moyens et de méthode, on ne peut faire l'économie, comme le note également la CNSA, d'un changement assez profond dans la perception collective du risque et de la responsabilité.
397. Car le fait de remplacer l'interdit par un « accompagnement à la liberté » n'offre évidemment pas les mêmes sûretés. S'il ne s'agit pas, on l'a dit, d'accepter purement et simplement des mises en danger, il y a bien une nouvelle culture du risque à développer, ou plutôt : **une adaptation à effectuer, au vu des capacités de la personne vulnérable, des éléments de risque que la vie libre de tout citoyen comporte toujours.**
398. Ces considérations, et notamment le fait que la recherche de la sûreté ne peut devenir un absolu sans déboucher sur la négation même de ce qui fait une personne, ouvrent ainsi un espace de réflexion important quant aux modalités et aux conditions juridiques (au regard, notamment, du droit commun de la responsabilité) de l'accueil en établissement et de l'accompagnement à domicile, et sur la façon dont pourraient, contractuellement, s'exprimer ces nouveaux équilibres.
399. A ce stade, la Commission ne peut que signaler ce point fondamental, **en appelant à sa prise en compte dans la « Concertation sur le grand âge et l'autonomie » lancée le 1^{er} octobre 2018 par la ministre des solidarités et de la santé.**

⁸⁸ Chapitre prospectif du rapport de la CNSA, « Pour une société inclusive », juillet 2018

⁸⁹ Par exemple, plutôt que de tenir par principe qu'une sortie est toujours interdite, savoir – par un travail qui doit être fait avec la personne et peut prendre du temps et exiger de l'apprentissage – selon quelles modalités de prévenance préalable, ou de surveillance distante, ou d'accompagnement, elles pourront se dérouler, dans quelles fins, etc. Ou encore, laisser une personne manger une fois de temps quelque chose dont elle a très envie et lui procure du plaisir, même si ce n'est pas « recommandé » au quotidien pour elle. Un petit écart de temps en temps est rarement nuisible pour la santé, alors qu'il peut lui procurer beaucoup de plaisir (sauf bien sûr s'il s'agit d'une contre-indication stricte)...

B2. Donner aux personnes accompagnées la liberté d’agir, en assurant leur expression et en reconnaissant leurs compétences.

400. Paul Ricoeur⁹⁰ disait de la « sollicitude » qu’elle était dimension éthique qui, *corrigeant l’asymétrie initiale de la relation de soin*, rendait le soignant attentif aux capacités de la personne vulnérable.
401. Reconnaître authentiquement les capacités et les compétences des personnes accompagnées est en effet une manière de rééquilibrer la relation, structurellement dissymétrique, entre l’accompagnant et l’accompagné.
402. Elle est aussi, dans la continuité de ce qui était dit au point précédent, une forme de reconnaissance de droits fondamentaux : ceux qui consistent à pouvoir être écouté et reconnu comme porteur d’une parole valable, et dépositaire d’une certaine expertise⁹¹.
403. Sa matérialisation se décline d’abord, bien sûr, dans les dispositifs d’expression individuels et collectifs, qui existent déjà et méritent d’être diversifiés et renforcés. Mais elle appelle également une dynamique plus large de participation des personnes accompagnées aux conditions et modalités de leur accompagnement.

Diversifier et renforcer les outils d’expression directe.

404. Il a été question plus haut de l’importance de « l’expression de l’alerte » dans la lutte contre la maltraitance, et de l’importance qu’elle émane aussi des personnes accompagnées elles-mêmes.
405. Mais, beaucoup plus largement, c’est au maintien et à **l’encouragement d’une capacité d’expression** (sous toutes ses formes, et pas seulement bien sûr sous la forme verbale) que doit viser tout projet d’accompagnement
406. **Accompagner à l’autonomie comporte en effet, intrinsèquement, le fait de soutenir et d’encourager l’expression et la participation sociale de la personne**, en prenant pleinement appui sur ses capacités et en leur donnant l’occasion de se déployer dans les trois dimensions :
- de leur accompagnement individuel (sur le pilotage de leur propre « parcours »)
 - de l’organisation du cadre « institutionnel » de leur accompagnement (établissement, service, ou toute structure même informelle)
 - et plus largement, de l’organisation collective, via les modes d’expression mis en place au niveau territorial ou national.
407. Le lien est donc très étroit entre ces trois objectifs d’expression – très particulièrement les deux derniers – et celui du **développement de la « démocratie en santé »**, en particulier dans le champ médico-social. Lequel ne saurait évidemment se limiter à l’existence d’instances consultatives assurant une représentation des personnes⁹².
408. L’ampleur du sujet – dont la lutte contre la maltraitance n’est qu’un angle d’approche privilégié – ne permet évidemment pas de le traiter dans ce document. Pour illustrer le propos, la Commission peut toutefois citer ici quelques manières, parmi beaucoup d’autres, d’en assurer la concrétisation :

⁹⁰ In « Soi-même comme un autre », Seuil, 1990, p.

⁹¹ On pourrait oser ici un parallèle – qui ne serait pas qu’académique – entre le « respect des droits » évoqué dans la partie précédente et la « reconnaissance de la compétence propre », évoqué dans cette partie, avec la catégorisation bien connue de Benjamin Constant sur les deux libertés : « liberté-autonomie », qui garantit les libertés individuelles fondamentales, et « liberté-participation », qui garantit le concours aux décisions collectives.

⁹² Voir sur ce sujet le chapitre prospectif du rapport annuel 2013 de la CNSA « Affirmer la citoyenneté de tous ».

Quelques leviers concrets du « changement de regard » en établissement ou service médico-social :

- Dans chaque projet d'établissement ou de service, inscrire l'appropriation de leurs droits fondamentaux par les personnes accompagnées comme l'un des axes obligés.
- Remplacer l'actuelle alternative entre l'installation d'un « conseil de la vie sociale » et « d'autres formes de participation »⁹³, par l'obligation de disposer, même lorsqu'il existe un conseil de la vie sociale, de formes de participation qui permettent une expression collective directe de toutes les personnes accueillies.
- Développer « l'opérationnalité » des instances de concertation internes aux établissements, en élaborant et diffusant des outils méthodologiques simples (ordre du jour, compte-rendu, suivi des demandes exprimées, synthèse annuelle ...).
- Organiser, au niveau national, une diffusion/promotion active des expériences permettant de donner à ces instances de concertation toute leur chance de remplir pleinement leur vocation (par exemple : compte rendu vidéo attrayant dans un établissement pour jeunes en situation de handicap). Le dispositif « Label et concours Droits des usagers », piloté par la Direction générale de l'offre de soins du ministère des solidarités et de la santé, offre un premier exemple de ce type de démarche.
- Inscrire dans les cursus d'études des infirmiers, éducateurs spécialisés et assistantes sociales la réalisation par les étudiants, lors de leurs stages, d'entretiens qualitatifs avec les personnes accompagnées, suivis de propositions d'amélioration de la qualité. L'objectif étant à la fois de recueillir une expression et de sensibiliser les étudiants à l'expérience vécue des personnes qu'ils auront à accompagner.
- Déployer, dans le champ médico-social, des enquêtes anonymisées de satisfaction auprès des personnes accueillies⁹⁴.
- Systématiser l'usage d'outils permettant de suppléer la communication verbale, ou permettant de surmonter la déficience intellectuelle légère (langage « facile à lire et à comprendre »).
- Promouvoir des dispositifs d'audit qualité croisés entre établissements (en leur faisant approfondir, en « focus group », les résultats de recueils de la satisfaction).
- Systématiser la prise de parole des usagers dans les démarches de sensibilisation ou de promotion de la qualité organisées par les autorités de tutelle (ARS, conseils départementaux).

Mobiliser la compétence propre des personnes accompagnées au service du dispositif d'accompagnement dans son ensemble.

409. Le savoir dont sont détentrices les personnes accompagnées doit s'exprimer à plusieurs niveaux. Ceux, personnels et institutionnels, qui visent à l'amélioration d'une relation d'accompagnement particulière. Mais ceux, aussi, qui visent à l'amélioration du dispositif d'ensemble, par l'expression plus collective d'une parole dite au nom de l'ensemble des personnes accompagnées.
410. Le temps de la formation initiale et continue, aussi bien des professionnels de l'accompagnement que des directeurs et cadres des établissements et services, est, à cet égard, le premier espace à conquérir.
411. La parole et l'expérience, directement communiquées, des personnes âgées ou handicapées privées d'autonomie, n'y ont, aujourd'hui, qu'une place anecdotique, le plus souvent sous la forme du témoignage.

⁹³ article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles.

⁹⁴ Voir plus haut (Axe 2, point 340) la différence à faire entre ce type d'enquête et l'enquête E-Satis mise en place pour les séjours MCO de plus de 48h.

412. Or, comme le souligne le récent plaidoyer « Associons nos savoirs »⁹⁵, plusieurs travaux de recherche internationaux ont établi la fécondité d'une telle participation, à toutes les étapes du processus de formation (conception des référentiels de compétence, élaboration des programmes de formation, animation et évaluation des actions pédagogiques).

Quelques leviers concrets du « changement de regard » en établissement ou service médico-social :

En sus de séquences de formation classiques, sous forme de modules animés, ou co-animés, par des personnes en situation d'accompagnement ou par des personnes de leur entourage familial, plusieurs dispositifs innovants peuvent être suggérés, qui valent aussi bien pour les futurs professionnels de l'accompagnement que pour ceux qui se destinent à des fonctions d'encadrement :

- La mise en place systématique, lors des stages en établissement ou service médico-social accomplis par les étudiants en formation, d'un système de « double référence », plaçant le stagiaire sous la double guidance d'un tuteur professionnel et d'un résident de l'établissement.
- La formation par jeux de rôles (serious games), partagés avec des personnes en situation d'accompagnement, conduisant à occuper alternativement les places des uns et des autres.

⁹⁵ « Associons nos savoirs : pour l'intégration des patients et personnes accompagnées dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social », démarche portée notamment par la HAS, l'UNAF, la FEHAP, l'APF, l'Institut Gustave Roussy, le comité interministériel du handicap, le laboratoire de recherche de l'hôpital Sainte-Anne, l'école de travail social de l'université de Sherbrooke au Québec.

B3. Permettre à chacun de pouvoir toujours « vivre chez soi ».

413. Une des premières maltraitements est d'être amenée à résider durablement en un lieu qu'on ne peut pas habiter comme un « chez soi ».
414. La réflexion sur ce que doit signifier le fait « d'habiter », lorsque la vulnérabilité oblige, **soit à un mode de résidence différent dans son propre domicile** (en raison d'aménagements d'aide à la mobilité, ou de l'accueil permanent d'un auxiliaire de vie), **soit au choix d'un environnement institutionnel**, est donc centrale.
415. La Commission estime toutefois que l'essentiel est de savoir **comment on peut être « chez soi » dans quelque lieu où l'on réside**⁹⁶, autrement dit : au-delà du légitime – et très majoritaire – désir de demeurer aussi longtemps que possible dans le lieu où l'on a toujours habité, la question de savoir comment n'importe quel environnement de vie, y compris en établissement médico-social, est de nature à garantir à la fois, au-delà du seul « couvert » :
- L'existence d'un espace privatif respectant l'intimité.
 - La faculté de choisir les éléments fondamentaux de son rythme de vie (au premier rang desquels les heures de lever et de coucher) et l'exercice des libertés du quotidien (choix des repas, des loisirs ...).
 - L'ouverture à la vie sociale environnante, qui fait la différence entre le fait de seulement « vivre à une certaine adresse » et celui d'être pleinement habitant dans la cité.
416. Fondamentalement, tout lieu de résidence durable **devrait, par principe, se voir systématiquement imposer le respect de ces trois exigences.**
417. S'il existe – ce dont la Commission a conscience – des contraintes inhérentes à l'organisation d'une vie collective, celles-ci sont trop souvent mises en avant pour justifier des standardisations irrespectueuses des droits des personnes⁹⁷.
418. **C'est donc à une forme de « renversement des priorités »** qu'il faut travailler, en posant par principe que l'exercice des **libertés individuelles qui s'attachent au fait « d'habiter » un lieu** (choix des horaires et modes de vie dans l'espace privatif, liberté d'accueillir, etc.) **est le droit commun, et que leur limitation, pour d'éventuels motifs d'organisation, doivent toujours être les exceptions**, appliquées de manière strictement nécessaire et proportionnée.
419. La Commission estime que la traduction de ce principe doit se décliner sur un ensemble de sujets prioritaires, qu'elle entend pouvoir approfondir dans ses travaux futurs.
420. Elle note, avec satisfaction, que ces sujets ont vocation à être abordés, pour les personnes âgées, dans le cadre de la « concertation grand âge et autonomie » déjà mentionnée (point 50).
421. **Mais elle estime que le sujet n'a rien de spécifique à la perte d'autonomie du grand âge, et souhaite donc que le champ de cette réflexion puisse s'élargir à tous les âges**, en abordant, notamment :
- Ce que signifie le **consentement aux modalités d'accompagnement en établissement ou en service, notamment l'entrée en institution**, pour les personnes âgées ou handicapées et leurs entourages familiaux.
 - Les contraintes que font peser, **les normes techniques et administratives justifiées par le souci exclusif de la sûreté**, sur la qualité de vie des personnes accueillies en établissement ou destinataires d'un service. A cet égard, la Commission souhaite pouvoir étudier l'approche qui consisterait à renverser, ainsi qu'il a été dit plus haut, la « charge de la preuve » de la nécessité de la norme.

⁹⁶ Le « Chapitre prospectif » du Conseil de la CNSA de juillet 2018, déjà cité, parle à cet égard de la nécessité de promouvoir « une logique domiciliaire, y compris en établissement » (p.45)

⁹⁷ Pour illustrer : on pense par exemple aux établissements dans lesquels « toutes les toilettes » ou « tous les changes des personnes incontinentes » sont réputés « devoir » être faits à heures fixes, de manière rigide et impérative ...

- Les réalités psychologiques, sociologiques et économiques **des arbitrages opérés au moment du choix d'un mode de vie d'adulte, entre « domicile » et « établissement »**, avec notamment, sur le plan économique, la question du nombre de places disponibles (réalité plus marquée pour les personnes handicapées) et celles des contraintes de reste à charge (réalité plus fréquente pour le grand âge).
- Le point, enfin, de savoir si la structure juridique des établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM, Foyers de vie) est compatible avec les évolutions substantielles qui sont à promouvoir, ou **s'il ne faut pas prendre le parti d'aller vers une place prépondérante donnée à des formes d'habitat ordinaires** (notamment les dispositifs dits d'« habitat inclusif », désormais définis par la loi du 23 novembre 2018 « portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) »).

C. Agir sur la qualité de vie et de travail des « accompagnants », proches et professionnels.

422. On a dit pourquoi on avait réservé le mot de « maltraitance » aux violences et abus subis par les personnes accompagnées dans le cadre d'une relation d'aide et pourquoi, par conséquent, il ne serait pas employé, par exemple, pour une souffrance au travail exprimée par un professionnel.
423. En revanche, *la visée de bientraitance s'adresse à tous* et doit donc se préoccuper, tout autant, des conditions de travail des professionnels et de la qualité de vie des accompagnants « familiaux ».
424. Car la bientraitance est une démarche globale, visant à redresser l'ensemble des causes possibles, directes ou indirectes, des situations ou actes maltraitants. Or, on l'a rappelé à plusieurs reprises, la maltraitance exprime ou révèle souvent – y compris dans certains cas de maltraitance « malveillante » – les souffrances de l'entourage personnel ou professionnel de la personne maltraitée.
425. S'agissant en particulier des professionnels – notamment de ceux qui travaillent en établissement ou en service médico-social – ce troisième axe fondamental de la bientraitance consiste tout simplement à faire porter l'effort sur *des conditions de travail qui soient en phase avec le changement de paradigme qui vient d'être évoqué sur la reconnaissance des « capacités » et du pouvoir d'agir des personnes accompagnées.*
426. On ne peut pas, en effet, imaginer s'orienter vers des formes d'accompagnement plus attentives du droit de choisir, ou plus en recherche de formes nouvelles de « sécurisation du risque », sans envisager de profondes transformations de ce que signifie le fait « d'accompagner », pour des professionnels en institution, pour les environnement familiaux, et pour les professionnels qui soutiennent ces derniers.
427. La Commission ne peut évidemment pas dresser, dans le cadre succinct de ce rapport, un programme d'action détaillé.
428. Elle croit néanmoins pouvoir indiquer les éléments essentiels de ce que pourrait être une orientation des compétences professionnelles vers un nouveau rapport « bientraitant » aux personnes :
- Une nouvelle approche et reconnaissance du temps requis par la relation bientraitante.
 - Un renforcement des moyens qui soit toujours compris comme un triptyque de moyens, d'organisation et de mode de management.
 - Une évolution des organisations de travail en institution.
 - Un appui aux familles, qui leur permette un « accompagnement choisi ».

C1. Peser autrement le temps requis pour le rapport bientraitant à la personne.

429. La qualité d'un accompagnement ou d'un soin suppose, évidemment, de pouvoir s'y consacrer sans précipitation ni nécessité d'enchaîner les actes les uns après les autres.
430. Mais cela n'épuise pas la difficile question du temps nécessaire à un accompagnement qui soit globalement « bientraitant », **c'est-à-dire respectueux tout à la fois des rythmes de la personne accompagnée et de contraintes qui pèsent sur la gestion du temps de la personne accompagnante.**
431. La culture de bientraitance appelle ainsi une régulation de *l'usage du temps* de trois manières complémentaires :
- **la compréhension que le temps relationnel ne se détache pas par principe du temps de l'acte technique.** Il n'y aurait aucun sens à prévoir des moments dédiés au contact, au dialogue et à l'entrée en relation en laissant les actes techniques s'accomplir d'une manière exclusivement mécanique.
 - Ensuite, par l'exigence complémentaire qu'il existe un temps relationnel détaché des actes techniques, et que **l'accompagnement à des activités sociales, récréatives, culturelles, artistiques ou culturelles soit reconnu comme aussi nécessaire que les fonctions de subsistance et de soins.** Un lieu de vie ne peut se limiter à un lieu de soins ou de « surveillance ».
 - Enfin, il en a déjà été question, par la mise en œuvre régulière et suffisamment fréquente de **moments de prise de recul permettant une analyse critique, collégiale et – chaque fois que possible – partagée avec la personne accompagnée,** de la manière dont il est répondu à ses besoins et à ses difficultés. Le temps dédié à une personne vulnérable est *à la fois le temps de l'agir et de la relation, et le temps du recul et de la réflexion.*
432. La Commission est consciente de la double nécessité, au-delà de cette analyse de principe :
- d'en détailler les incidences budgétaires et techniques sur les environnements institutionnels. La Commission considère, en particulier, **que l'outil AGGIR qui sert actuellement de fondement à la tarification en EHPAD doit être reconsidéré,** d'une part en ce qu'il repose seulement sur les besoins de temps liés aux actes techniques et, d'autre part, en ce que, dans l'évaluation de ce temps technique, il n'incorpore pas assez la part dévolue à la relation humaine.
 - et, plus difficile encore, d'en préciser les modalités d'application dans des environnements où domine l'aide informelle des personnes de la famille ou de proches. Aussi bien en termes d'aides professionnelles qu'en termes de temps répit, d'espaces permettant des échanges et du croisement d'expérience, etc.
433. Elle note, là encore en s'en félicitant, que ces sujets ont vocation à être abordés dans le cadre de la concertation « grand âge et autonomie », en tant qu'ils concernent les personnes âgées, notamment, pour ce qui concerne le soutien aux aidants familiaux, au sein de « l'atelier » de concertation (n°7) spécifiquement consacré à ce sujet.
434. Mais, pour les raisons déjà dites plus haut, **elle insiste sur le fait que seule une réflexion d'ensemble, transversale à toutes les situations de perte d'autonomie, quel que soit l'âge, aurait, sur ces sujets, véritablement du sens.**

C2. Déployer une approche globale des ressources supplémentaires à mobiliser.

435. Ce qui vient d'être dit sur le temps requis pour l'accompagnement renvoie très directement aux moyens à mobiliser (et donc, en établissement, au personnel disponible aux différentes fonctions, dont les différents « taux d'encadrement » peuvent donner la mesure).
436. Pleinement consciente de cette réalité, et des tensions qui s'expriment dans certains secteurs, notamment du grand âge, en termes de ressources budgétaires et de capacité de recrutement, la Commission n'entend pas, pour autant, tenter de cerner un niveau de ressources susceptible, par lui-même, de garantir la qualité de vie au travail des accompagnants professionnels.
437. Elle estime en effet que, si des travaux sont à conduire en ce sens, ils devront absolument s'efforcer d'articuler les trois éléments indispensables à la qualité de vie au travail que sont :
- d'abord, bien sûr, **les moyens alloués** et les seuils d'exigence auxquels ils correspondent (ratios de personnel, qualifications exigées, arbitrages de gestion des financeurs).
 - mais aussi, et tout autant, les **organisations** à retenir, pour garantir la gestion et l'affectation judicieuse des ressources (plannings de travail, choix de recrutements, formation).
 - Et enfin le **portage managérial** et la qualité d'animation des équipes (régulation et résolution des conflits, exemplarité), auquel se rattache, signe d'un management authentique, une **expression de sens partagé**, en termes d'engagement auprès des personnes.
438. Mieux que par la théorie, la nécessaire combinaison de ces trois composantes s'illustre particulièrement bien sur des exemples repris de situations réelles.

Trois cas réels, montrant la nécessité d'articuler :

Suffisance de moyens – Qualité de l'organisation – Professionnalisme du management

Cas numéro 1

Dans un EHPAD, le Conseil de la vie sociale (CVS) est saisi par les représentants des usagers de plusieurs courriers de réclamations concernant le médecin coordonnateur. Etalés sur un an et demi, ils se plaignent de l'attitude « inhumaine et méprisante » de ce médecin vis à vis des résidents ou de leurs proches. Les alertes en CVS se répètent, tous ses membres (dont le directeur de l'établissement) finissent par être parfaitement au courant, sans que cela ne provoque, pendant assez longtemps, la moindre réaction.

Devant l'insistance des représentants des usagers, il est finalement décidé d'une lettre co-signée par le directeur et le président du CVS pour proposer un entretien à ce médecin. Un débat s'élève sur la question de savoir avec qui aura lieu la rencontre. Le directeur suggère que l'entretien se passe entre le médecin et le président de la CVS, sans lui. Le président refuse. La difficulté est levée par l'initiative de la jeune directrice adjointe de l'établissement, qui se propose pour être présente.

C'est en définitive cet entretien, débouchant sur une action de formation en communication proposée au médecin par l'organisme gestionnaire de l'EHPAD, qui a permis de résoudre la difficulté.

Dans cette situation, l'enlisement de la situation procède certes d'une insuffisance personnelle du praticien, mais aussi d'une carence de portage managérial, sous-tendue par la pénurie de moyens à l'échelle du territoire (les médecins coordonnateurs sont une compétence parfois difficile à trouver). C'est en définitive à la combinaison de la ténacité des représentants en CVS, de l'engagement de la directrice adjointe et d'une mobilisation ponctuelle de ressources (la formation proposée) qu'a tenu la résolution du problème.

Cas numéro 2

Dans une Maison d'accueil spécialisée, les professionnels estiment de manière récurrente ne pas être en nombre suffisant, au moment du déjeuner, pour permettre aux résidents de prendre leur repas dans de bonnes conditions. Sont en jeu, à leurs yeux, tant la vigilance quant aux risques de fausse route que la qualité de la relation avec les résidents.

Profitant de la présence d'un étudiant stagiaire, présent dans la structure mais extérieur aux équipes, la direction lui confie l'observation des temps de repas. Le cadrage de la mission est communiqué aux professionnels, en indiquant que la question des effectifs supplémentaires pourra être évoquée au vu de ses conclusions.

Ce travail permet très vite d'objectiver le niveau sonore impressionnant, pendant les repas, au sein de l'espace de déjeuner. Parmi les différentes sources de bruit, on identifie les allées et venues nombreuses de professionnels, y venant pour des raisons qui ne sont pas en rapport avec le repas des résidents (se procurer du matériel, se renseigner, prendre ou passer des consignes ...).

Sur ces bases, il est décidé d'expérimenter une « sanctuarisation » de l'espace pendant le temps du déjeuner après avoir déplacé les supports et objets identifiés, et convenu en équipe des nouveaux modes de travail.

Le changement d'organisation s'avère concluant, la qualité relationnelle et le plaisir des résidents au moment du repas est restauré. L'augmentation des effectifs n'apparaît plus nécessaire.

Dans cette situation, une attitude d'écoute des personnels, la mobilisation judicieuse d'une ressource (l'affectation du stagiaire de direction) et la capacité managériale et technique à mettre en place une nouvelle organisation ont permis de surmonter ce qu'une analyse plus brutale aurait décrit comme une simple question de moyens.

Cas numéro 3

Au domicile d'un couple avancé en âge, l'épouse nécessite des soins infirmiers réguliers, délivrés par un SSIAD, au titre d'un handicap cognitif dont les effets se font de plus en plus sentir.

L'une des intervenantes du SSIAD constate un matin de multiples bleus sur les bras de l'épouse et s'en étonne. L'épouse dit ne ressentir aucune douleur. L'époux donne des explications peu convaincantes. L'intervenante le signale à l'infirmière coordinatrice qui se déplace à domicile et échange avec les conjoints. Lors de l'entretien avec l'époux, celui-ci lui apparaît fatigué et découragé, et toujours évasif sur le sujet des bleus sur le corps de sa femme.

L'infirmière coordinatrice se rapproche alors de l'ergothérapeute de l'équipe spécialisée Alzheimer qui était intervenue à une époque où le SSIAD n'intervenait pas encore. Reprenant avec lui les échanges avec le couple, elle convainc les deux conjoints de mettre en place un dispositif de répit bénévole de proximité pour l'épouse, et un accompagnement psychologique bénévole pour l'époux.

Dans cette situation, la réponse est à la fois organisationnelle et de mobilisation de moyens supplémentaires : ergothérapeute de l'équipe spécialisée autonomie (les équipes ESA n'existent pas partout ...), mobilisation de dispositifs bénévoles associatifs, dont l'importance doit être soulignée (et qui eux non plus, n'existent pas partout ...). Elle est trouvée par l'effet de la qualité professionnelle et managériale de l'équipe du SSIAD (capacité d'observation de l'aide-soignante, coordinatrice qui réagit rapidement mais sans analyse précipitée, prise en compte du couple dans sa globalité, connaissance des ressources extérieures et capacité d'y faire appel).

439. Ces exemples, tous tirés d'événements réels, permettent d'expliquer pourquoi, si les « moyens », au sens budgétaire du terme, sont une composante de la bienveillance, non seulement ils ne sont pas seuls mais, surtout, ils ne donnent leur plein effet qu'à condition d'y associer bonne organisation et qualité du management.

440. Raison pour laquelle, sans dénier l'importance qu'il y a à disposer de moyens suffisants, la Commission rappelle qu'il n'est pas rare de constater, entre deux structures disposant globalement des mêmes moyens matériels et humains, de grandes différences de qualité de vie des résidents et – allant en général de pair – de satisfaction des personnels dans leur travail.

C3. Faire évoluer les organisations de travail en établissement et service médico-social.

441. En miroir de la nouvelle position à conférer à la personne accompagnée, et notamment des plus grandes libertés d'organisation et de gestion de sa vie qui doivent lui être laissées, l'organisation du travail en structure médico-sociale n'échappe pas à de profondes restructurations.

Donner d'avantage d'autonomie aux professionnels de proximité.

442. Sans être en mesure de se prononcer sur les mérites respectifs des différentes formes innovantes de pratique et d'organisation du travail qui poursuivent cet objectif⁹⁸, la Commission en retient l'importance d'aller dans le sens d'une plus grande marge d'initiative à laisser aux professionnels de proximité et d'une plus grande confiance à accorder à leur créativité professionnelle.
443. C'est en effet une des conditions pour que le rythme de vie de la personne accueillie en institution ne soit pas seulement celui, imposé, de la structure, mais le résultat d'une conciliation entre les attentes de chaque personne – qui sont prioritaires – et les contraintes, légitimes mais qui doivent être évaluées à leur strict nécessaire, de la vie à plusieurs.
444. A cet égard, la Commission rappelle que l'un des enjeux essentiels d'une bonne régulation managériale et d'une organisation qui libère les initiatives, est que la « ressource rare » qu'est le temps disponible des professionnels ne soit pas utilisée à l'écart des personnes⁹⁹.

Valoriser l'encadrement intermédiaire.

445. Le rôle de l'encadrement intermédiaire, véritable « cheville régulatrice » du travail collectif, y compris – et peut-être de manière encore plus cruciale – dans les services à domicile, apparaît également déterminant.
446. Sa capacité de régulation, qui est le propre de sa mission, ne peut se mettre en œuvre qu'à quatre conditions :
- Une formation initiale qui ancre sa pratique d'encadrement dans l'écoute et le soutien des collaborateurs.
 - Une organisation du travail qui lui permette d'être effectivement présent dans les lieux d'intervention professionnelle (au lieu d'être absorbés uniquement par des tâches administratives, de plannings, reportings, etc.). Ce point est à souligner dans les services à domicile, où le contact avec les personnes accompagnées ou soignées est plus rare, alors qu'il n'est pas moins indispensable.
 - Un positionnement leur permettant d'exercer réellement des missions de régulation (entre professionnels, entre professionnels et personnes accompagnées, entre professionnels et entourages familiaux, etc.)
 - Au-delà de la formation continue, des possibilités régulières d'échanges de pratiques avec des pairs.

Inciter les cadres dirigeants à un devoir de vigilance constant et évalué.

447. L'état d'esprit conféré à une structure par ses cadres dirigeants, tant en ce qui concerne les réactions collectives face aux comportements maltraitants que dans le soutien à des pratiques bientraitantes, a été fortement soutenu au sein de la Commission.
448. Pourrait être explorée la possibilité de soumettre toute fonction dirigeante d'établissement médico-social à une exigence de temps réguliers de supervision, sous le regard d'un tiers expert.

⁹⁸ Dans le champ du grand âge, on peut citer par exemple, sans que la Commission ait pu se prononcer à ce stade sur leurs pertinences respectives, les organisations s'inspirant de méthodes (ou approches) dites « Montessori », « Carpe Diem », « Humanitude », « Validation » de Naomi Feil, etc..

⁹⁹ C'est un constat d'expérience, qui peut s'expliquer par un défaut d'organisation, ou par l'effet de stratégies plus individuelles d'évitement ou de repli sur des tâches annexes. On l'observe en général auprès de personnes dont la détresse ou le niveau de dépendance est élevé. Et il ne fait, au demeurant, qu'exprimer la difficulté ressentie dans le travail

449. De même, dès que seraient établis les référentiels dont la confection par la HAS a été proposée en Partie 2, la proposition devrait être faite à tout cadre dirigeant qu'il puisse se soumettre librement à une accréditation individuelle, reposant sur la maîtrise de ces référentiels.

C4. Déployer les appuis qui permettent un « accompagnement choisi » par les familles.

450. Lors de l'échange de présentation de ce rapport devant la Commission « santé, bien être, bientraitance » du CNCPPH, le lien entre la meilleure qualité de vie pour les accompagnants familiaux et le développement des différents dispositifs couramment appelés « de soutien aux proches aidants » a été fortement souligné par les participants.
451. C'est également un sujet abordé dans le cadre de la « Concertation sur le grand âge et l'autonomie », notamment au sein de son atelier n°7.
452. L'enjeu doit ici être clairement précisé : l'aide à l'autonomie qu'apportent, spontanément, les membres de famille, est une réalité qui peut relever de motivations multiples et complexes. Depuis l'attachement affectif pleinement assumé au sentiment de devoir exécuté de plus ou moins bon gré, avec toute une gamme de situations psychologiques différentes ... et très souvent, tout simplement, le motif de ce qu'il est impossible financièrement d'envisager une autre solution.
453. Il est donc fondamental d'aller, autant que possible, vers un « accompagnement choisi ».
454. La Commission est très consciente de l'importance que revêt, à cet égard, non seulement l'ensemble des droits susceptibles d'être mobilisés (congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé de proche aidant ...) ou des prestations spécifiques (allocation journalière de présence parentale, aide au répit du proche aidant ...), mais aussi la possibilité de prendre en compte, dans les allocations de compensation de la perte d'autonomie, les besoins de l'aidant.¹⁰⁰
455. Elle note également le lien qui doit être fait avec ce qu'il est convenu d'appeler la « transformation de l'offre médico-sociale » et, notamment, la diversification des modes d'accueil et le développement des solutions d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.
456. Enfin, elle souligne les rapprochements à opérer avec les dimensions d'appui à la formation que peuvent comporter les politiques de la famille.
457. Pour autant, comme le montre cette brève énumération, il n'était pas possible pour la Commission de développer, dans cette note d'orientation, ce que pourrait être le cadre complet d'une politique d'amélioration d'appui aux proches aidants. Elle estime néanmoins fondamental de pouvoir insister sur cette dimension qui montre que, si la bientraitance concerne le grand âge et le handicap, elle entre aussi profondément en résonance avec les politiques familiales.

¹⁰⁰ A noter à cet égard qu'en raison des principes qui président à l'aide sociale, il n'est pour l'instant pas possible de rémunérer en qualité de salarié aidant un conjoint, PACsé ou concubin avec l'APA, et cela n'est possible avec la PCH que dans le cas de besoins de soins constants ou quasi-constants.

Sommaire

Préambule.....	5
Introduction	7
Axe 1 : « COMPRENDRE ».....	11
A. La Commission s’est prioritairement penchée sur la maltraitance dans la relation d’accompagnement à l’autonomie.	11
B. La maltraitance est un phénomène complexe, structurellement difficile à mettre en lumière.	14
C. Une typologie, même sommaire, des actes et situations de maltraitance peut constituer un outil de structuration des réponses possibles.	16
D. La « maltraitance institutionnelle », symptôme de la complexité des situations de maltraitance.	24
E. Une analyse à approfondir et à structurer.	26
Axe 2 : « REAGIR »	27
A. Favoriser l’émergence de « l’information d’alerte ».....	28
A1 : Construire les conditions d’une prise de conscience collective.....	32
A2 : Faciliter la « prise de conscience » par les personnes et le « repérage », par les proches ou les professionnels.....	33
A3. Clarifier les obligations juridiques de la transmission d’information.....	37
A4. Renforcer l’accessibilité directe des dispositifs « institutionnels » de recueil.....	42
A5. Animer le réseau local des « intermédiaires de confiance ».....	44
B. Mieux analyser et mieux orienter les alertes et signalements.	46
B1. Organiser les liens de transmission entre les multiples « récepteurs d’information » institutionnels.	47
B2. Disposer de l’organisation locale permettant une réponse rapide et adéquate.....	49
B3. Savoir tirer profit des informations « de faible intensité ».	53
C. Réagir aux maltraitances « avérées » de manière rapide et transparente.....	54
C1. Déployer une réponse qui tienne compte de la totalité du « parcours de vie ».....	55
C2. Mettre en place un accompagnement des auteurs, responsables d’actes maltraitants.	56
C3. Installer un droit à l’information.....	58
C4. Organiser le chaînage entre le recueil d’une alerte et l’appui aux structures.....	59
D. Faire de chaque événement un levier d’amélioration des pratiques.....	61
D1. Capitaliser les enseignements pour les personnes et leurs aidants, notamment professionnels.....	62
D2. Capitaliser les enseignements pour les autorités régulatrices.....	65
D3. Disposer d’un lieu permettant aux acteurs locaux de capitaliser l’expérience collective.....	66
D4. Outiller les dialogues de gestion entre les structures et les autorités de tarification.....	67
D5. Faire profiter les formations initiales des retours d’expérience sur les situations traitées.....	68

E. Piloter le dispositif de réaction aux événements indésirables, en veillant à la production de données utilisables par tous.....	69
E1. Structurer un système d'information et une nomenclature de données.....	70
E2. Favoriser la recherche sur la maltraitance par la transparence sur les résultats.....	73
E3. Lancer une campagne d'action prioritaire sur les violences sexuelles.....	76
E4. Dynamiser le pilotage et l'animation nationaux.....	77
Axe 3 : « PREVENIR ».....	79
A. La « bientraitance », nécessairement au cœur de toute relation d'accompagnement.....	80
B. Changer le regard porté sur les personnes accompagnées, en leur assurant la liberté de choisir et d'agir.....	82
B1. Donner aux personnes accompagnées la liberté de choisir, en allant vers une autre conception de l'accompagnement et vers un nouveau rapport au risque.....	84
B2. Donner aux personnes accompagnées la liberté d'agir, en assurant leur expression et en reconnaissant leurs compétences.....	86
B3. Permettre à chacun de pouvoir toujours « vivre chez soi ».....	89
C. Agir sur la qualité de vie et de travail des « accompagnants », proches et professionnels.	91
C1. Peser autrement le temps requis pour le rapport bientraitant à la personne.....	92
C2. Déployer une approche globale des ressources supplémentaires à mobiliser.....	93
C3. Faire évoluer les organisations de travail en établissement et service médico-social.....	95
C4. Déployer les appuis qui permettent un « accompagnement choisi » par les familles.....	97
ANNEXES.....	101
Annexe 1 Composition de la Commission.....	103
Annexe 2 Récapitulatif des propositions de la « Note d'orientation ».....	107
Annexe 3 Documents ressources.....	111

ANNEXES

Annexe 1

Composition de la Commission

Présidence

Monsieur Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat, Président
Madame Alice CASAGRANDE, Directrice à la FEHAP, Vice-présidente

Collaboratrice de la Commission

Madame Claire DURRIEU, Inspectrice générale des finances

Secrétariat de la Commission

Madame Dominique TERRASSON, Direction générale de la cohésion sociale

Membres désignés par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Personnes qualifiées

- Madame Anne CARON-DEGLISE, avocat général à la Cour de cassation.
- Madame Karine LEFEUVRE, Professeur EHESP,

Conseil supérieur de l'audiovisuel

- Monsieur Fabien MIGNET

Fédération française des services à la personne et de proximité

- Madame Céline MARTIN

Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

- Madame Annabelle VÊQUES-MALNOU

Fédération 3977 contre la maltraitance

- Monsieur Alain KOSKAS

Union nationale des associations familiales

- Monsieur Bernard DESBROSSES

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

- Madame Michelle CHARLES

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

- Madame Laurène DERVIEU

Union nationale des retraités et des personnes âgées

- Madame Danielle ROLLAT

Membres désignés par le Conseil national consultatif des personnes handicapées

Personne qualifiée

- Monsieur Lionel DENIAU

Association pour adultes et jeunes handicapés

- Monsieur Jean-Claude ROUANE,

Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

- Madame Anne DUSART

Association des Paralysés de France

- Madame Linda AOUAR

Autisme France

- Madame Danièle LANGLOYS

Croix rouge française

- Madame Alicia JOVIN

Fédération nationale des associations au service des élèves présentant une situation de handicap

- Madame Marie-Christine PHILBERT

Fédération nationale pour l'Inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel

- Monsieur Maurice BECCARI

NEXEM

- Monsieur Guy HAGEGE

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

- Madame Christiane MARTEL

Membres représentants des institutions et organismes publics

Direction générale de la cohésion sociale – ministère des Solidarités

- Madame Marie-Claude MARAIS

Direction générale de l'offre de soins – ministère de la Santé

- Madame Alexandra FOURCADE

Direction des affaires civiles et du Sceau – ministère de la Justice

- Madame Mélanie BESSAUD

Service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes

- Madame Florence LIFCHITZ

Direction générale de la police nationale – ministère de l'Intérieur

- Monsieur Samuel HOSOTTE

Direction générale de la Gendarmerie nationale – ministère de l'Intérieur

- Monsieur Vincent DE L'ESTANG DU RUSQUEC

Défenseur des droits

- Madame Fabienne JEGU

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

- Madame Chantal GATIGNOL

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Madame Violaine EUDIER

Haute Autorité de Santé

- Madame Véronique GHADI

Agence régionale de santé

- Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur général ARS Nouvelle Aquitaine

Assemblée Nationale

- Madame Annie VIDAL, Députée de Seine-Maritime

Assemblée des départements de France

- Madame Nathalie LECORDIER, Département de Seine Maritime

Association des Maires de France et des présidents d'intercommunalité

- Monsieur Pierre MARTIN, Maire de Chauvé, Loire Atlantique

Union nationale des centres communaux d'action sociale

- Monsieur Jean-Claude MORETTON,

Personnes qualifiées

- Monsieur Michel DE SOUSA (France Victimes)
- Monsieur Olivier DRUNAT (gériatre, Hôpital Bretonneau)
- Monsieur Benoît EYRAUD (maître de conférences)
- Madame Camille GAUTARD (directrice d'EHPAD)
- Monsieur Emmanuel HIRSH (professeur d'université Espace éthique AP-HP)
- Monsieur Marc LIFCHITZ (magistrat)
- Madame Anne-Marie PERRIN (directrice d'établissement - AD-PA)
- Madame Mélissa PETIT (docteur en sociologie)
- Monsieur Albert PREVOS (CFHE – Conseil Français des personnes Handicapées pour les questions Européennes)

Annexe 2

Récapitulatif des propositions de la « Note d'orientation »

A. Favoriser l'émergence de « l'information d'alerte ».

Proposition n° 2 : Installer un processus de communication récurrent à destination du grand public (du type « semaine contre la maltraitance ») pour ouvrir le regard sur la maltraitance et informer sur les bonnes manières de réagir.

Proposition n° 2 : Créer et diffuser largement des outils de repérage des situations ou comportements révélant – ou révélant avec une probabilité élevée – l'existence d'une maltraitance.
Inscrire en priorité les situations de maltraitance à risque et/ou gravité élevés, notamment les maltraitances de nature sexuelle à l'égard des femmes.

Proposition n° 3 : Développer des formations pratiques :

- sur site et par étude de cas, en établissement et en services médico-sociaux, impliquant tout le personnel de la structure.
- en mettant en place des formations au sein desquelles les personnes accueillies/soignées et leurs aidants sont positionnées comme formateurs (au-delà du simple témoignage) ;

en développant des jeux de rôles, des « serious games » sur la maltraitance des personnes vulnérables.

Proposition n° 4 : Structurer le temps professionnel en y insérant, de manière obligatoire en établissement médico-social, les espaces d'interrogation des pratiques (supervision, analyse des pratiques).

Proposition n° 5 : Intégrer, dans la définition réglementaire des fonctions attendues des différents établissements et services (par exemple l'article D.312-7-1 du code de l'action sociale pour les services d'assistance à domicile) l'exigence d'analyse des pratiques.

Proposition n° 6 : Introduire, pour les établissements et services médico-sociaux, l'obligation de mener en leur sein une réflexion sur l'éthique de l'accueil et de l'accompagnement, qui existe déjà pour les établissements de santé (article L.6111-1 du code de la santé publique).

Développer à cette fin les espaces de réflexion éthique accessibles aux aidants familiaux et professionnels.
A ce titre : développer notamment des réflexions éthiques spécifiquement dédiées aux pratiques d'encadrement.

Proposition n° 7 : Définir dans un corpus législatif unique, reproduit à l'identique dans les différents codes concernés (code pénal, code de la santé publique, code de l'action sociale et des familles) les droits et obligations relatifs aux conditions de levée du secret professionnel, aux obligations de signalement et aux protections des personnes ayant effectué un signalement pour les privations et sévices subis par les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger « en raison de leur âge ou de leur incapacité physique ou psychique ».

Proposition n° 8 : Intégrer, dans les différents articles des codes qui encadrent l'action sociale concernant les personnes âgées et les personnes handicapées (par exemple pour l'organisation des CLIC et des MAIA¹⁰¹), une référence aux obligations de signalement et aux conditions de levée du secret professionnel.

Proposition n° 9 : Elaborer et diffuser des documents simples, synthétiques et régulièrement mis à jour, qui récapitulent de manière claire, les obligations et les droits de toute personne – tiers ou professionnels – confrontée à un fait préoccupant.

Mobiliser les ordres professionnels sur l'information de leurs membres sur les obligations de signalement.

¹⁰¹ L'art. L.113-3 du code de l'action sociale et des familles décrit le fonctionnement des MAIA. Il contient des dispositions relatives à l'échange et au partage d'informations entre professionnels de différents champs. Ces dispositions mentionnent l'exigence de confidentialité et du secret. Il serait utile de les compléter en renvoyant, pour les cas de maltraitance, aux articles qui prévoient une obligation de signalement et la levée du secret.

Proposition n° 10 : Inciter les organismes syndicaux (professionnels et employeurs) à écrire conjointement un guide du circuit de l'information d'alerte en établissement et dans les services (quel circuit privilégié, quelle protection juridique, etc.), spécifiquement dédié aux professionnels.

Proposition n° 11 : Etendre la plateforme de signalement en ligne signalement.social-sante.gouv.fr aux cas de maltraitance et organiser la réorientation des cas signalés vers les destinataires appropriés au niveau local.

Proposition n° 12 : Développer les dispositifs d'écoute spécifiques en commissariat, en gendarmerie et dans les services judiciaires.

Proposition n° 13 : Animer localement le « réseau » des intervenants qui se consacrent déjà, de manière bénévole et avec une reconnaissance institutionnelle, à l'écoute et au relais de l'information. Pour cela, désigner, à l'échelon territorial adéquat, en principe départemental, un « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance », chargé de l'animation de ce réseau (formation, partage de pratiques) autour du repérage des situations de maltraitance.

B. Mieux analyser et mieux orienter les alertes et signalements.

Proposition n°14 : Systématiser les contractualisations au niveau local entre les « récepteurs d'information » institutionnels, en vue de procédures formalisées organisant le recueil et le circuit des signalements et alertes sur le territoire.

Ces contractualisations associeront prioritairement les services de la Justice (Parquet), de l'Intérieur (forces de l'ordre) et les autorités administratives (ARS, CD, services préfectoraux).

Des protocoles particuliers devraient être conclus avec le Défenseur des droits.

Proposition n° 15 : Installer, en principe à l'échelle de chaque territoire départemental un « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes », instance obligatoires de gestion coordonnée des signalements de maltraitance.

L'Etat – c'est-à-dire le préfet / DRJSCS, ou, si un texte le prévoit, le directeur de l'ARS agissant par délégation - est garant de cette installation et de la participation obligatoire de ses membres.

L'Etat assure sur son budget les moyens humains nécessaires à l'animation de ces « groupes territoriaux ». Ils associent des représentants des personnes accompagnées.

Proposition n°16 : Aménager, par voie législative, la levée du secret professionnel pour le partage d'informations au sein de ces groupes opérationnels.

Proposition n° 17 : Organiser des liens structurés entre le « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » et les dispositifs de médiation existants.

Mobiliser le réseau du « coordonnateur de l'écoute pour la bientraitance » pour la collecte des informations de « faible intensité » relatives à un même établissement ou service.

C. Réagir aux maltraitances « avérées » de manière rapide et transparente.

Proposition n° 18 : Prévoir, chaque fois que cela semble nécessaire, la réalisation d'une évaluation sociale qui permette de mieux appréhender le parcours de vie de la personne et ainsi d'éclairer les réponses à apporter.

Insérer la coordination qui peut résulter, pour la victime des mesures « de moyen terme » qui s'imposent, dans les démarches de coordination existantes autour du « parcours de vie ».

Proposition n° 19 : Par analogie avec ce que prévoit l'article R.4124-3-5 du code de la santé publique pour les médecins, pouvoir imposer, par voie administrative, une formation obligatoire à un professionnel dont le comportement maltraitant traduit un besoin de formation et de sensibilisation.

Pouvoir suspendre, par la même mesure, tout ou partie du droit d'exercice professionnel ou certaines de ses modalités, auprès des personnes vulnérables, pour la durée de la formation en question.

Proposition n° 20 : Etendre aux « vacances adaptées organisées » pour adultes handicapés la faculté, qui existe déjà pour les accueils de mineurs, de suspendre, par voie administrative, le droit d'organisation et de participation à un tel séjour de toute personne susceptible de mettre en danger la santé physique ou morale des personnes accueillies.

Elargir à ces mesures le fichier CADINT et en permettre la consultation par les organisateurs de vacances adaptées.

Proposition n° 21 : Instaurer un droit d'information comportant, pour toute alerte :

Un accusé de réception indiquant la bonne prise en compte du dossier et le service référent.

Une information de la personne concernée, par le service référent, et dans un délai très court, à toute demande de sa part.

Proposition n° 22 : Après chaque fait avéré ayant pour siège une structure médico-sociale, être en mesure de proposer aux établissements et services volontaires une expertise et un appui des « structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ».

Compléter à cette fin la définition réglementaire des SRA et leur cahier des charges, afin de garantir leur compétence technique sur l'ensemble des aspects de la maltraitance dans les structures médico-sociales.

Proposition n° 23 : Mobiliser la connaissance partagée au sein des GTCIP pour orienter une programmation – si possible conjointe – des inspections et contrôles.

D. Faire de chaque événement un levier d'amélioration des pratiques.

Proposition n° 24 : A partir de situations de maltraitance recensées, rassembler, en vue d'établir des repères susceptibles de servir de « seuils d'alerte » pour les personnes accompagnées et les associations qui les représentent, les équipes et les gestionnaires, des éléments qualitatifs et quantitatifs (qualifications, manières de faire, durées critiques) en établissement comme à domicile.

Proposition n° 25 : Charger la HAS de l'élaboration de « vigilance préventive », permettant un diagnostic externe ou un auto-diagnostic des établissements et services au regard de facteurs de risques (ou de signes précurseurs) identifiés.

Proposition n° 26 : Rendre automatique, pour toute peine privative du droit d'exercice professionnel en application de l'article L.133-6 du code de l'action sociale et des familles, l'inscription de cette interdiction au bulletin n°3 du casier judiciaire.

Rendre obligatoire la production de cet extrait préalablement à toute embauche par un gestionnaire d'établissement ou de service social ou médico-social, et selon une périodicité régulière après l'embauche.

Proposition n° 27 : Préciser l'application de l'article L.1221-6 du code du travail en disposant que, pour tout emploi de service auprès d'une personne vulnérable, la demande de production de l'extrait de casier judiciaire n°3 puisse être sollicitée par le futur employeur.

Proposition n° 28 : Etablir, en capitalisant sur les événements, des guides de conduite « pas à pas » orientés vers l'action, pour aider les services à instruire des signalements de manière équilibrée (c'est-à-dire en prenant en compte les exigences procédurales -droits de la défense/présomption d'innocence, etc. - tout comme les exigences de protection de la personne, de sanction et de signalement).

Proposition n°29 : Capitaliser sur l'expérience pour guider la sanction : se doter de référentiels de sanctions et analyser la jurisprudence pour déterminer une échelle de sanctions justes.

En matière pénale : publier des statistiques sur les délits et crimes commis sur personnes vulnérables (nombre d'affaires classées, nature de la peine selon le délit, délai de traitement, etc.) et développer l'open data en matière de décisions de justice pour permettre l'examen de la jurisprudence et la définition d'échelles de sanctions moyennes.

En matière disciplinaire : publier des historiques de sanctions, voire des référentiels, selon les faits de maltraitance.

Proposition n° 30 : Organiser au niveau de chaque territoire départemental un lieu de restitution collective (« table stratégique ») du bilan, à l'échelle du territoire, des signalements, en vue d'identifier les principaux risques et leur gestion partagée.

Ce bilan territorial des points forts et des points faibles devrait être présenté collectivement, à intervalles réguliers, aux gestionnaires des établissements et services.

Proposition n° 31 : Elaborer des indicateurs de qualité de l'accompagnement, selon la méthodologie de concertation déjà adoptée pour le « tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social » de l'ANAP.

Intégrer le suivi de certains indicateurs de qualité de l'accompagnement dans les CPOM conclus entre les autorités de tarification et les ESMS.

Proposition n° 32 : Intégrer la sensibilisation à la maltraitance et l'apprentissage des méthodes de prévention dans les formations initiales et continues des professions d'accompagnement social et de soin.

Prévoir une obligation de formation régulière obligatoire des professionnels sur le sujet (sur le modèle des formations relatives à la sécurité incendie), en adaptant la périodicité aux publics visés.

E. Piloter le dispositif de réaction aux événements indésirables, en veillant à la production de données utilisables par tous.

Proposition n° 33 : Définir une nomenclature commune des informations pour le recueil et le suivi des alertes de maltraitance.

Ces informations devront comprendre a minima le lieu de survenance, la nature de la maltraitance et les réponses apportées par les différents acteurs qui seront intervenus.

Saisir ces informations dans un format unifié permettant l'interopérabilité la plus large possible entre différents systèmes d'information et interfaces.

Proposition n° 34 : Prévoir une obligation de transmission des informations ainsi définies, de manière horizontale (entre acteurs au niveau local) et verticale (au niveau national pour consolidation, analyse et diffusion).

Proposition n° 35 : Disposer d'un observatoire national ayant pour fonction l'étude, l'échange et la diffusion de résultats, à partir d'une restitution au moins annuelle des informations sur les cas de maltraitance constatés recueillis localement.

Proposition n° 36 : Rendre aussi accessibles que possible les données recueillies, dans un format exploitable afin de permettre aux chercheurs et à l'ensemble des parties prenantes – notamment les usagers - de s'en emparer.

A ce titre, un cadre d'open data doit être le principe. Mais pour tenir compte des contraintes de protection des données personnelles – une identification indirecte étant, dans certains cas, possible malgré l'anonymisation - il peut être alternativement prévu un accès via un serveur sécurisé, après avis favorable du comité du secret.

Proposition n° 37 : Mettre à disposition des usagers, sur un portail internet dédié, des éléments de comparaison des établissements et services.

Ces éléments de comparaison devraient inclure des éléments relatifs à la qualité de l'accompagnement.

Proposition n° 38 : Développer trois fonctions au niveau national pour dynamiser le pilotage national de la politique de lutte contre la maltraitance :

- une fonction d'animation de réseau, confiée à la CNSA (« maîtrise d'œuvre ») et à l'administration de l'Etat (DGCS, « maîtrise d'ouvrage ») ;
- une fonction de « production de connaissance et de retour d'expérience », confiée à la HAS avec le soutien de l'ANAP ;
- une fonction d'« expertise partagée et citoyenne », confiée à une instance existante ou à créer.

Annexe 3

Documents ressources

Dans le cadre de ses travaux, la commission a été amenée à prendre connaissance d'un grand nombre de documents et outils susceptibles d'inspirer des travaux similaires, ou de nouvelles productions, que ce soit par des acteurs publics ou associatifs. Elle souhaite donc faire figurer ici une liste, bien entendu non exhaustive, d'outils et supports complétant utilement, de manière très opérationnelle, les propositions déclinées dans la note.

I– Les protocoles locaux

I-A. Protocole entre le parquet de Bayonne, le parquet de Pau et le Conseil Départemental des Pyrénées-Atlantiques relatif à la protection des majeurs vulnérables (pp. 115-121)

I-B. Protocole départemental relatif au signalement des majeurs vulnérables signé entre le département de la Seine-Saint-Denis, et le parquet du Tribunal de Grande Instance de Bobigny (pp. 123-138).

I-C. Protocole de la coordination départementale des informations préoccupantes (Codip) concernant les majeurs vulnérables, département de la Sarthe :

<https://www.sarthe.fr/deliberations-depuis-2015>

I-D. Protocole relatif aux signalements aux autorités administratives et judiciaires des événements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques survenant dans les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux recevant des adultes signé entre le Département de la Sarthe, le Procureur de la République et l'ARS Pays de la Loire (Annexe 3, pp. 139-146)

I-E. Guide de bonnes pratiques de gestion des réclamations, ARS Nouvelle Aquitaine (janvier 2018) (Annexe 3, pp. 147-182)

II – Les outils à l'appui de la diffusion de la bientraitance

II-A. Guide *La maltraitance, comment en parler dans une équipe ? Réflexion pour action à l'attention de nos intervenants* - Croix-Rouge française 2018 (Annexe 3, pp. 185-195)

II-B. *MoiPatient*, plateforme digitale participative de l'association Renaloo :

<https://moipatient.fr/>

II-C. Guide *Le notaire face aux citoyens en situation de handicap cognitif Repères pour la pratique* – Fondation Médéric Alzheimer, 2014 :

file:///C:/Users/casagrande_a/Downloads/brochurenotairesfondationmedericmedicalzheimer.pdf

II-D. Support sur la maltraitance et les droits en français facile, Association APF France Handicap : <http://participation-des-usagers.blogs.apf.asso.fr/communication-adaptee.html>

II-E. Dépliant de prévention et de dépistage de la maltraitance en Langue Facile à lire et à comprendre, ALMA 22 :
https://www.google.com/search?q=alma+22+maltraitance+falc&rlz=1C1GCEU_frFR819FR819&oq=alma+22+maltraitance+falc&aqs=chrome..69i57.5565j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8

II-F. *Guide de Promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance à l'usage des professionnels intervenant auprès des majeurs vulnérables vivant à domicile*, Département de la Sarthe (Mars 2013) :
https://www.cg72.fr/iso_upload/LivretMaltraitance2013-web.pdf

III – Ressources et supports internationaux

III-A. *Guide DAMIA : Animation d'activités de sensibilisation pour lutter contre la maltraitance et l'intimidation des personnes âgées* (Québec, 2018) :
http://maltraitecedesaines.com/images/PDF/2018_DAMIA-FR_admin_V-dec2018.pdf
http://maltraitecedesaines.com/images/PDF/2018_DAMIA-FR_animateurs_V-janv2019.pdf

III-B. *Démarche inter-associative pour une sensibilisation à la bientraitance au sein des associations* Arcus, Elisabeth et Croix-Rouge Luxembourgeoise (Luxembourg) :
<https://bientraitance.lu/>

III-C. *Winterbourne View Hospital - A Serious Case Review* by Margaret Flynn, South Gloucestershire: Analyse d'un événement grave de maltraitance selon la méthodologie de la « serious cas review britannique » : <http://hosted.southglos.gov.uk/wv/report.pdf>

I- Les protocoles locaux

I- A. Protocole entre le parquet de Bayonne, le parquet de Pau et le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques relatif à la protection des majeurs vulnérables (pp.115 à 121)

PREAMBULE

Ce Protocole a pour ambition d'organiser la protection juridique et administrative des personnes majeures vulnérables sur le territoire des Pyrénées-Atlantiques en précisant le partenariat entre les Parquets de Pau et de Bayonne et le Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs renforce à la fois le rôle du Procureur de la République et le place comme le pivot de la protection juridique des majeurs, ainsi que le rôle du Conseil départemental en matière de protection administrative des majeurs vulnérables.

Elle trace une ligne de partage claire entre d'une part les mesures de protection juridique qui relèvent de l'autorité judiciaire (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle...) et, d'autre part, les mesures contractuelles de prévention et d'accompagnement social placées sous la responsabilité du Conseil départemental (comme la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé), réaffirme les principes de subsidiarité, de nécessité et de proportionnalité des mesures de protection des majeurs.

La protection juridique s'exerce en vertu des principes énoncés dans la charte des droits et liberté de la personne majeure protégée suivants :

Respect des libertés individuelles et des droits civiques,
Non-discrimination,
Respect de la dignité de la personne et de son intégrité,
Liberté des relations personnelles,
Droit au respect des liens familiaux,
Droit à l'information,
Droit à l'autonomie,
Droit à la protection du logement et des objets personnels,
Consentement éclairé et participation de la personne,
Droit à une intervention personnalisée,
Droit à l'accès aux soins,
Protection des biens dans l'intérêt exclusif de la personne,
Confidentialité des informations.

Ainsi cette coopération entre nos Institutions a pour finalité la lutte contre la maltraitance à l'égard des adultes vulnérables et sa prévention.

L'année préalable à la signature de ce présent Protocole a permis, sur le territoire des Pyrénées-Atlantiques, de travailler les modalités de partenariat entre le Conseil départemental et les Parquets de Bayonne et de Pau, au sujet des majeurs vulnérables.

- En septembre 2017, une réunion regroupant 30 travailleurs médico-sociaux du Conseil départemental dans le ressort territorial de chaque Tribunal a été organisée avec un magistrat du Parquet en charge du contentieux des majeurs.
- La participation des deux Parquets dans les réunions de la CODIP en 2017 et 2018 (coordination départementale d'informations préoccupantes) co-animée par l'ARS et le CD a pour ambition de consolider les aspects méthodologiques de nos coopérations au sujet des situations d'adultes vulnérables qui subissent des violences ou des risques au sujet de leur santé et de leur sécurité.

Ce Protocole doit permettre de formaliser le travail déjà accompli et de le poursuivre.

SOMMAIRE

- I- **Coordination des interventions des services du Conseil départemental et des Parquets des TGI de Pau et de Bayonne**
 - 1) Distinguer les signalements des requêtes
 - 2) Signaler dans le cadre des MAJ
 - 3) Définir le contenu des rapports de signalement

- II- **Circulation de l'information entre chaque Parquet et les services du CD**
 - 1) Suite à un signalement
 - 2) Pour un complément d'information
 - 3) Mise en place d'un cadre d'information partagé

- III- **Application du présent protocole**

- IV- **Evaluation du présent protocole**

I- Coordination des interventions

Dans le cadre de leur mission, les SDSEI (services départementaux des solidarités et de l'insertion) traitent des situations de vulnérabilité. Les travailleurs médico-sociaux peuvent accompagner les personnes qui requerront pour elles-mêmes une mesure de protection auprès du juge des tutelles ou bien ils peuvent signaler au Parquet des situations où la santé et la sécurité de la personne vulnérable sont compromises.

1.1 Distinguer le requérant du signalant.

-Le requérant est défini à **article 430 du code civil** :

« La demande d'ouverture de la mesure peut être présentée au juge par la personne qu'il y a lieu de protéger ou, selon le cas, par son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, à moins que la vie commune ait cessé entre eux, ou par un parent ou un allié, une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables, ou la personne qui exerce à son égard une mesure de protection juridique.

Elle peut être également présentée par le Procureur de la République soit d'office, soit à la demande d'un tiers. »

-Le signalant établit un rapport d'évaluation à l'attention du Parquet en soulignant la vulnérabilité de la personne adulte et les compromissions relatives à sa santé et sa sécurité qu'elle subit dans les faits. Les éléments de contexte sont essentiels à la compréhension de la situation, en particulier, le contexte de vie doit être explicité : il s'agit de l'entourage de la personne c'est à dire sa famille, les personnes ressources (aidants) et le rôle que ces personnes accomplissent.

Le rapport médico-social ne doit pas être accompagné d'un certificat médical d'expert. En effet, il appartient au Parquet de requérir le médecin expert pour solliciter auprès du Tribunal d'Instance l'ouverture d'une mesure de protection.

Le rôle de la justice est subsidiaire et il se fonde comme garant des libertés publiques.

Le rôle de l'action sociale et médico-sociale consiste préalablement à accompagner et à protéger sur le plan administratif les populations les plus fragiles.

Identifier cette distinction doit ensuite faciliter l'articulation nécessaire entre les deux missions.

1.2 Signaler dans le cadre des MAJ

L'articulation entre l'intervention administrative dans le cadre des MASP (mesure d'accompagnement social personnalisé) et l'intervention dans le cadre des MAJ (mesure d'accompagnement judiciaire) est dorénavant précisée par le Code de l'action sociale et des familles.

En effet, **l'article L271-6 du CASF** modifié par LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 prévoit que :

« Lorsque les actions prévues au présent chapitre (MASP) n'ont pas permis à leur bénéficiaire de surmonter ses difficultés à gérer les prestations sociales qui en ont fait l'objet et que sa santé ou sa sécurité en est compromise, le président du conseil départemental transmet au procureur de la République un rapport comportant une évaluation de la situation sociale et pécuniaire de la personne ainsi qu'un bilan des actions personnalisées menées auprès d'elle en application des articles L. 271-1 à L. 271-5. Il joint à ce rapport, sous pli cacheté, les informations dont il dispose sur la situation médicale du bénéficiaire. Si, au vu de ces éléments, le procureur de la République saisit le juge des tutelles aux fins du prononcé d'une sauvegarde de justice ou de l'ouverture d'une curatelle, d'une tutelle ou d'une mesure d'accompagnement judiciaire, il en informe le président du conseil départemental. »

1.3 Définir le contenu d'un rapport de signalement

De façon à harmoniser l'ensemble des rapports de signalements qui émanent des SDSEI, il est prévu une **trame commune** présentée ci-après en **annexe 1** . Elle permet de donner des éléments d'identification de la personne, de son entourage et de son médecin traitant, de caractériser la vulnérabilité et certains faits actuels mettant en cause la sécurité ou la santé de la personne, de contextualiser chaque situation en précisant le rôle et l'implication de chacun autour de la personne (car la famille et l'entourage sont au cœur de la protection de la personne vulnérable), et enfin, de proposer des éléments de compréhension et d'analyse.

II- Circulation de l'information

2.1 Suite à un signalement

Chaque signalement est composé d'un rapport qui comprend les éléments prévus dans la trame ci-dessus et le SDSEI y joint **une fiche de suivi** à l'attention du magistrat du Parquet ci-après en **annexe 2**.

Cette fiche de suivi permet au Parquet d'indiquer au Conseil départemental la suite qu'il donne au signalement (selon l'article 271.6 du CASF s'il s'agit d'une demande de MAJ mais également dans le cas de tous les autres signalements).

La décision judiciaire fait ainsi l'objet d'une information au Président du Conseil départemental.

2.2 Pour un complément d'information

Le Parquet peut être amené à solliciter les services du Conseil départemental pour obtenir un complément d'évaluation dans les conditions définies ci-après :

- Si la situation est connue des services du Département, ils s'engagent à donner des éléments au Parquet par rapport aux conditions de vie et à l'environnement de la personne, utiles par rapport à l'opportunité d'une mesure de protection.
- En revanche, si la situation n'est pas connue, l'évaluation ne sera pas engagée. Une mise à disposition du service social peut toutefois être formalisée.

Pour formuler cette **demande de complément d'information**, le Parquet pourra utiliser la fiche ci-après en **annexe 3**

2.3 Mise en place d'un cadre d'information partagé

Les SDSEI sont les services à proximité des usagers qui réalisent l'accompagnement et met en œuvre la protection des adultes vulnérables dans le cadre de la répartition des publics sur chaque territoire (avec les CCAS, MAIA et MDPH).

Pour mener à bien les missions de protection, les professionnels sont conduits à partager des informations à caractère secret avec les Parquets.

Ce protocole, en identifiant des contenus et des modalités d'échange d'information permet de proposer un cadre d'intervention dans le respect de nos obligations légales au sujet du secret professionnel et de la dénonciation de non-assistance à personne en danger ou de crime.

Ainsi, le contenu des échanges d'information est limité au strict nécessaire pour permettre la caractérisation de la vulnérabilité et celle des faits qui conduisent à la nécessité de la mesure de protection.

Toutefois, l'Unité de protection des adultes vulnérables apporte un soutien technique en cas de besoin. Dans cet objectif, elle assure un suivi des Informations traitées par les services et sera l'interlocuteur des Parquets.(boîte mail dédiée)

III- APPLICATION DU PROTOCOLE

Les co-signataires s'engagent à faire connaître ce protocole aux professionnels et partenaires œuvrant dans ce champ d'activité.

IV- EVALUATION du PROTOCOLE

Le présent protocole fera l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un comité de pilotage qui se réunira annuellement sous la coordination de chaque Procureur de la République.

A Pau, le

**Le Procureur de la République près le Tribunal
de Grande Instance de PAU**

**Le Président du Conseil départemental des
Pyrénées-Atlantiques**

**Le Procureur de la République près le Tribunal
de Grande Instance de BAYONNE**

Annexe 1 :
TRAME DE RAPPORT DE SIGNALEMENT



Parquet du Procureur de la République
Palais de Justice
Place de la Libération
64034 PAU CEDEX

Service des de la protection des majeurs

Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction de l'Autonomie
64, avenue Jean Biray
64 058 PAU CEDEX 9

Objet : adultes vulnérables-demande de protection civile et/ou pénale

1) IDENTIFICATION DE LA PERSONNE : nom, date et lieu de naissance,

Nom et prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse	

2) ADRESSE : caractériser les difficultés de logement éventuelles

3) FAMILLE et TIERS

-Mentionner le nom du médecin traitant (si accord de la personne)

-Indiquer les personnes qui partagent le même domicile

-Préciser aussi les coordonnées des personnes ressources (aidants), les tiers (familles, proches, voisins, amis) et leur rôle.

4) REVENUS et DROITS SOCIAUX

5) ORIGINE DE LA DEMANDE

6) EXPOSE DE LA SITUATION :

Identifier les indicateurs de vulnérabilité tels qu'ils ont été définis dans le diagnostic territorial (isolement, état du logement, trouble de santé, refus d'aide ou de soin), ainsi que l'accompagnement réalisé.

7) FAITS CONSTATES OU RAPPORTES.

Il est nécessaire de ne pas se placer dans l'anticipation mais de pouvoir constater les faits actuellement.

8) ETAT DE SANTE

9) ANALYSE ET CONCLUSION : Pour préciser la définition du rôle de chacun, les services du département ne solliciteront pas une mesure de protection en particulier en conclusion de leurs rapports. Cela permet de ne pas engager le Conseil départemental dans le rôle de requérant.

Annexe2
FICHE DE SUIVI des SIGNALEMENTS



Parquet du Procureur de la République
Palais de Justice
Place de la Libération
64034 PAU CEDEX
Service de la protection des majeurs

Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction de l'Autonomie
64, avenue Jean Biray
64 058 PAU CEDEX 9

N° de PARQUET :

Dossier suivi par : /Directeur SDSEI.....

Rapport datant du :

Etat civil de la personne concernée :

Nom et prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse	

Suite à votre signalement reçu le je vous informe de la suite qui a été donnée :

Ouverture d'une enquête pénale confiée à

Saisine du juge des Tutelles suite à une MASP

Réquisitions certificat médical

Classement sans suite

Informations complémentaires utiles

.....

.....

.....

Fait au Parquet de PAU, le

Annexe 3 :
FICHE de DEMANDE de COMPLEMENT d'INFORMATION



Parquet du Procureur de la République
Palais de Justice
Place de la Libération
64034 PAU CEDEX
Service de la protection des majeurs

Monsieur le Président du Conseil départemental
Direction de l'Autonomie
64, avenue Jean Biray
64 058 PAU CEDEX 9

Etat civil de la personne concernée :

Nom et prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse	

« Dans le cas où la situation de cette personne est connue de vos services, je vous prie de bien vouloir m'indiquer votre avis concernant l'opportunité de mettre en œuvre une mesure de protection la concernant »

Fait au Parquet de PAU, le

I-B. Protocole départemental relatif au signalement des majeurs vulnérables signé entre le département de la Seine-Saint-Denis et le parquet du Tribunal de Grande instance de Bobigny (pp.123-138)



TGI BOBIGNY



PROTOCOLE DEPARTEMENTAL RELATIF AU SIGNALEMENT DES MAJEURS VULNERABLES

ENTRE LES SOUSSIGNES :

Le Département de la Seine-Saint-Denis, représenté par Magalie Thibault, Vice-présidente en charge de l'autonomie des personnes.

Et

Le parquet du Tribunal de Grande Instance de Bobigny, représenté par Fabienne Klein-Donati, Procureure de la République.

PREAMBULE :

La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs consacre le principe de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité des mesures de protection des majeurs. Elle introduit au côté des mesures existantes de protection juridique (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle simple ou renforcée) destinées aux personnes atteintes d'une altération de leurs facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté (article 425 du Code civil), un dispositif d'accompagnement des personnes en difficulté socio-économique.

Ce dispositif, qui a pour objectif de limiter le placement sous protection juridique des personnes est constitué de deux mesures :

- la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) prévue à l'article L.271-1 du code de l'action sociale et des familles, laquelle, relevant de la compétence du Conseil départemental, est une mesure administrative qui peut être proposée à toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources.
- la Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) énoncée à l'article 495 du code civil, prononcée par le juge des tutelles saisi par le procureur de la République, peut sur demande du Président du Conseil départemental se substituer à la MASP lorsque celle-ci n'a pas permis à son bénéficiaire d'assurer seul la gestion de ses prestations sociales et que sa santé ou sa sécurité sont compromises.

En outre, la loi du 5 mars 2007 accroît le rôle du parquet qui, du fait de la suppression de la saisine d'office de juge des tutelles en matière de protection juridique, devient destinataire de l'ensemble des signalements émanant des services sociaux, des établissements de soins ou médico-sociaux, et apprécie, au vu du contenu de ces signalements, la nécessité ou pas de saisir le juge des tutelles d'une mesure de protection.

Article 1 : OBJET DU PROTOCOLE

Le présent protocole vise à améliorer la circulation de l'information entre la Direction des Affaires Civiles du parquet (DAC) et les services du Conseil départemental (service social départemental, service Population âgée, service Personnes handicapées) et à coordonner leurs actions respectives dans le respect des personnes et la protection de leurs intérêts.

Article 2 : LES ENGAGEMENTS DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Article 2-1 : Les signalements

Ils concernent les demandes de mesure de protection juridique et les situations de personnes majeures vulnérables en danger.

L'auteur du signalement doit être un travailleur social ou médico-social.

Article 2-1-1 : Les demandes de mesures de protection juridique et de MAJ

Avant tout signalement adressé à la Direction des Affaires Civiles (DAC) aux fins de la mise en œuvre d'une mesure de protection juridique, le service chargé de l'évaluation s'assure que la saisine directe du juge des tutelles par les personnes visées à l'article 430 du code civil est impossible ou inopportune. Les personnes visées à l'article 430 sont : le majeur concerné, son conjoint, le partenaire avec lequel il a conclu un pacte de solidarité, un parent, un allié, une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables ou une personne exerçant d'ores et déjà une mesure de protection juridique à son égard.

Le signalement doit permettre au parquet d'apprécier si une mesure de protection est nécessaire. Il met donc en exergue les éléments tendant à démontrer :

- s'agissant de la sauvegarde de justice, de la curatelle et de tutelle, que la personne est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles (troubles de la mémoire, troubles de la concentration et du raisonnement... pouvant avoir pour conséquences le manque de soins, le risque de spoliation, l'incurie, etc.) Il expose également les raisons pour lesquelles les personnes visées à l'article 430 du code civil, quand elles existent, n'ont pas saisi directement le juge des tutelles (impossibilité de financer le certificat médical circonstancié exigé par l'article 431 du code civil, désaccord familial...).
- s'agissant de la Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ), que la mesure d'accompagnement social personnalisé n'a pas permis à la personne de gérer de manière satisfaisante ses prestations sociales et que sa sécurité ou sa santé en est compromise.

Dans tous les cas, le rapport social comprend des informations d'ordre administratif, financier et patrimonial qui sont communiquées aux professionnels par la personne elle-même et/ou son entourage. Le rapport décrit la situation sociale et familiale de l'intéressé, ses conditions de vie, son logement. Il précise les interventions éventuelles de services à domicile et autres informations nécessaires à la compréhension du signalement, notamment le bilan des actions personnalisées mises en œuvre ou tentées par les services sociaux auprès de la personne établissant qu'il n'y a pas d'autres alternatives à la saisine du juge des tutelles.

Ces signalements sont établis sur des documents-type élaborés par les services du Conseil départemental, validés par le parquet (*voir annexes 1 et 2*), incluant les éléments énoncés ci-dessus et rédigés par les professionnels en charge de l'évaluation de la situation.

Autant que possible sont joints aux signalements en vue de mesure de protection l'acte de naissance de moins de 3 mois de la personne à protéger et la photocopie de sa carte nationale d'identité, ou, le cas échéant, la photocopie de sa carte de séjour ou de son passeport ou de la carte vitale avec photo ainsi que, **sous pli fermé**, les informations médicales dont le travailleur social dispose éventuellement, ou encore, avec le consentement de la personne à protéger, le certificat médical de son médecin traitant.

Article 2-1-2 : Les signalements de personnes majeures vulnérables en danger

Les signalements relatifs aux majeurs vulnérables en danger sont présentés sous la forme d'un rapport d'évaluation sociale.

Article 2-1-3 : Circuit de validation des signalements avant transmission à la DAC

Ces deux types de signalement sont transmis à la DAC après validation :

- pour les demandes de mesures de protection : du Responsable de la circonscription de service social ou des Chefs de services Population Âgée ou Personnes Handicapées,
- pour les personnes majeures vulnérables en danger : de la Direction de la DPAS ou de la Direction de la DPAPH.

Les demandes de MAJ sont établies par le Service Solidarité Logement (bureau urgence, mise à l'abri et prévention des expulsions) et validées par la Direction de la DPAS.

Article 2-2 : L'information du parquet

Après l'envoi du signalement et jusqu'à clôture du dossier au parquet, les services du Conseil départemental informent la DAC des évolutions potentielles de la situation de la personne vulnérable qui sont susceptibles de modifier l'orientation du signalement (notamment dégradation de sa situation, changement de domicile, hospitalisation, délivrance du certificat médical circonstancié, saisine directe du juge des tutelles par les personnes visées à l'article 430 du code civil...).

Les services départementaux répondent également aux demandes d'informations complémentaires du parquet nécessaires au traitement des signalements pour les situations qu'ils ont signalées ou qui sont connues du Conseil départemental.

Article 3 : LES ENGAGEMENTS PARTAGES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL ET DU PARQUET SUR LE CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE (CMC)

Pour les signalements relatifs à une mesure de sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle, lorsque la personne à protéger est en mesure de régler le coût du certificat médical circonstancié visé à l'article 431 du code civil et qu'elle adhère à la proposition du travailleur social de rencontrer le médecin, le service joint au signalement ledit certificat sous pli fermé. Dans le cas contraire, le travailleur social fait dûment état dans son signalement de l'opposition de la personne à la démarche entreprise et/ou de son impossibilité à assurer le coût du CMC. Le parquet désigne alors un médecin habilité et prend en charge le coût de l'examen.

En ce cas, le formulaire de demande de prise en charge est à joindre au signalement (voir annexe 3).

Le travailleur social facilite et accompagne autant que faire se peut la prise de contact entre le médecin désigné par le parquet après réception du signalement et la personne à protéger en organisant si nécessaire la visite du médecin au domicile de la personne pour l'établissement du certificat médical circonstancié.

A noter que le médecin désigné aura préalablement reçu du parquet copie du signalement établi par le travailleur social.

Article 4 : LES ENGAGEMENTS DU PARQUET SUR LE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS

Le parquet informe les services du Conseil départemental de la suite donnée aux signalements et aux demandes de MAJ qu'ils lui ont été adressés. Il transmet à cette fin un avis de suite édité informatiquement par le greffe du parquet (*voir annexe 4*) et ce aussitôt l'enregistrement du signalement, la désignation du médecin pour l'établissement du certificat médical circonstancié s'il y a lieu, et la saisine ou pas du juge des tutelles.

Lorsque le parquet, en vertu de son pouvoir d'appréciation, estime ne pas devoir saisir le juge des tutelles, il communique aux services du Conseil départemental les motifs qui le conduisent à cette décision afin de permettre à ces services, le cas échéant, d'envisager d'autres dispositifs d'accompagnement ou de protection.

Lorsque le signalement fait état de suspicions d'abus de faiblesse ou de maltraitance (physique, psychologique, privation de citoyenneté, etc.) et que la DAC transmet le signalement aux divisions pénales concernées du parquet aux fins d'enquête éventuelle, elle informe les services du Conseil départemental de cette transmission, sauf nécessité contraire de l'enquête.

Article 5 : MODALITES D'ECHANGES D'INFORMATION ENTRE LES SERVICES DEPARTEMENTAUX ET LE PARQUET CIVIL DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE SEINE-SAINT-DENIS ET INFORMATION A LA CNIL (*article pouvant être modifié en fonction de l'évolution technique des modalités d'échanges d'information entre les parties*)

Les services départementaux transmettent leurs signalements au Parquet civil du TGI selon les circuits décrits à l'article 2-1-3.

Lorsque ces signalements ne comportent pas de certificat médical, ils sont adressés par mail au parquet civil

civil.pr.tgi-bobigny@justice.fr

Lorsque ces signalements comportent un certificat médical ils sont adressés par voie postale au parquet civil, le certificat étant mis sous pli fermé.

En retour, conformément à l'article 4, le parquet civil informe les services départementaux des suites réservées aux signalements via une boîte mail départementale.

pjm@seinesaintdenis.fr

Cette boîte générique est consultée par 9 agents départementaux identifiés : 3 au service social départemental, 4 au service population âgée, 2 au service personnes handicapées. Seuls ces agents sont détenteurs du mot de passe permettant d'accéder au contenu de cette messagerie.

Les modalités du protocole ont fait l'objet d'une déclaration au correspondant Informatique et Libertés du Tribunal de Grande Instance de Seine Saint-Denis. L'archivage et la suppression des fiches se feront dans le cadre de la procédure d'archivage des dossiers

Les modalités du protocole ont fait l'objet d'une déclaration normale enregistrée au registre du **Délégué à la protection des données obligatoires** du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis.

Les documents sont stockés et archivés sur l'arborescence de la circonscription du serveur bureautique DPAS du CD93. Ce serveur n'est accessible qu'aux agents du CD.

L'arborescence de la circonscription n'est accessible qu'aux agents de cette circonscription et aux administrateurs du système d'information de la DPAS via une habilitation sécurisée qui répond à la politique de sécurité du système d'information (PSSI).

Pour la DPAPH, les dossiers et fiches sont archivés sur l'arborescence de la DPAPH dans le dossier Maltraitance. Ce fichier n'est accessible qu'aux seuls agents habilités qui interviennent sur le dispositif Maltraitance.

L'archivage et la suppression des fiches se feront dans le cadre de la procédure d'archivage des dossiers qui répond à la politique de sécurité du système d'information (PSSI).

Article 6 : LA DUREE DU PROTOCOLE

Le présent protocole est signé pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. S'il n'est pas dénoncé par l'un des partenaires avant le terme prévu, il est renouvelé de plein droit.

Article 7 : INSTANCE DE SUIVI DU PROTOCOLE

Un comité départemental de suivi du protocole est réuni à l'initiative du Conseil départemental une fois par an. Il est composé du magistrat de la DAC en charge du traitement des mesures d'accompagnement et de protection des majeurs vulnérables et des représentants des directions du Conseil départemental en charge de l'action sociale et des personnes âgées ou handicapées.

Ce comité de suivi a pour mission d'évaluer la mise en œuvre du protocole, de faire des propositions d'amélioration de son fonctionnement et d'y apporter des modifications prises en commun accord.

Fait en deux exemplaires, le 17 janvier 2019

**Pour le Département
de la Seine-Saint-Denis**

**Pour le Tribunal de Grande Instance
de Bobigny**

Magalie Thibault
Vice-présidente
en charge de l'autonomie des personnes

Fabienne Klein-Donati
Procureure de la République

ANNEXE 1 : Signalement type

SIGNALEMENT DES SITUATIONS RELEVANT D'UNE MESURE JUDICIAIRE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS Éléments ayant pu être rassemblés dans le cadre de l'évaluation de la situation de vulnérabilité (Se référer à la notice en fin de document)

PERSONNE A PROTEGER

Nom : _____ Prénom : _____

Epouse de :

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Situation de famille :

.. nc*

Célibataire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Veuf (ve)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Marié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacsé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En concubinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Adresse du lieu de résidence habituelle : nc

CP : _____ Ville : _____

Situation au regard du logement : nc

Propriétaire Oui Non Locataire Oui Non Autre :

Si la personne est hospitalisée ou en structure d'hébergement : nc

Etablissement : _____ Lieu : _____

depuis quelle date ? :

Durée prévue de l'hospitalisation ou de l'hébergement en structure : nc

Adresse du domicile (si ce dernier est différent du lieu de résidence habituelle) : nc

CP : _____ Ville : _____

Propriétaire Oui Non Locataire Oui Non Autre : nc

Situation socio professionnelle : nc

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Conjoint, concubin pacsé ou non de la personne à protéger : nc

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse :

CP : _____ Ville : _____

**nc : à cocher si l'élément n'est pas connu de l'assistant social*

**SIGNALEMENT DES SITUATIONS
RELEVANT D'UNE MESURE JUDICIAIRE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS**

Enfants de la personne à protéger : *nc**

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse	
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>

Parents de la personne à protéger : *nc*

	Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse	
PERE					<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
MERE					<i>nc</i> <input type="checkbox"/>

Frères et sœurs de la personne à protéger : *nc*

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse	
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>

Environnement social ou amical de la personne : *nc*

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Adresse	
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>
				<i>nc</i> <input type="checkbox"/>

**nc : à cocher si l'élément n'est pas connu de l'assistant social*

**SIGNALEMENT DES SITUATIONS
RELEVANT D'UNE MESURE JUDICIAIRE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS**

SITUATION FINANCIERE ET PATRIMONIALE

nc*

	Nature	Montant	Organisme payeur ou créancier	
Ressources mensuelles				nc <input type="checkbox"/>
Charges mensuelles				nc <input type="checkbox"/>
Dette(s) éventuelle(s)				nc <input type="checkbox"/>

Y a-t-il un ou des comptes courants ? Oui Non **nc**

Y a-t-il un ou des comptes épargne ? Oui Non **nc**

Biens immobiliers : Oui Non **nc**

Procurator(s) éventuellement donnée(s) Oui Non **nc**

pour la gestion des biens : nom de la personne

Adresse :

CP : Ville :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nom du médecin traitant : **nc**

Adresse et téléphone :

CP : Ville :

Nom du notaire : **nc**

Adresse et téléphone:

CP : Ville :

Mesures contractuelles ou non contractuelles
dont la personne a déjà bénéficié (ASLL, MASP,
accompagnement budgétaire, etc...) :

**nc : à cocher si l'élément n'est pas connu de l'assistant social*

**SIGNALEMENT DES SITUATIONS
RELEVANT D'UNE MESURE JUDICIAIRE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS**

EXPOSÉ DES FAITS JUSTIFIANT LE SIGNALEMENT ET FAISANT APPARAÎTRE TOUT ÉLÉMENT ÉTABLISSANT QU'IL N'Y A PAS D'AUTRE ALTERNATIVE À LA SAISINE DU JUGE DES TUTELLES PAR LE PROCUREUR, PAR EXEMPLE:

- l'incidence de l'altération des facultés sur la situation matérielle et de santé de la personne
- l'isolement de la personne
- sa non coopération
- la non coopération de la famille et des proches (dont l'impossibilité d'envoi d'une requête directe auprès du juge des tutelles)
- l'état du logement,
- les éventuelles interventions d'autres services à domicile,
- les actions mises en place ou tentées,
- etc.

**SIGNALEMENT DES SITUATIONS
RELEVANT D'UNE MESURE JUDICIAIRE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS**

En fonction des éléments connus sur la situation :

	Oui	Non
<i>Vous est-il possible d'apprécier ce dont la personne a besoin ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une protection temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés (sauvegarde de justice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de sa vie civile (curatelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- être représentée d'une manière continue dans les actes de sa vie civile (tutelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser si un ou des actes importants sont à accomplir en urgence :

Les ressources de la personne lui permettront-elles d'assumer le coût du certificat médical circonstancié établi par le médecin agréé qui sera requis par le procureur de la république ?
(coût 2017 : 160 € hors TVA 192€ TVA incluse+ frais de déplacement) : Oui Non

Observations complémentaires vous paraissant utiles :

PIECE(S) A JOINDRE SI POSSIBLE

Copie intégrale de l'**acte de naissance** de la personne : Oui Non

Motifs de la non transmission :

Copie des papiers d'**identité** de la personne : Oui Non

Motifs de la non transmission :

Certificat médical du médecin traitant : Oui Non

Motifs de la non transmission :

Autre(s) pièce(s) :

Fait à

le

Signature et qualité de l'auteur du rapport

Notice explicative concernant certaines des rubriques du signalement à renseigner



Questions pratiques

Chaque case correspondant à la réponse adaptée doit être cochée par le signe X. En ce qui concerne la case NC (non connu), elle devra être cochée dès lors que vous ne serez pas en mesure de fournir le renseignement sollicité du fait de la non coopération de la personne ou de difficultés d'ordre matériel ou autres.

Rubriques concernant l'adresse et la situation au regard du logement (p1)

- *Adresse du lieu de résidence habituelle*
Lieu habituel de vie où la personne peut être contactée.
- *Adresse du domicile*
Le lieu de résidence habituelle de la personne peut être différent du lieu où la personne s'est domiciliée notamment administrativement.
- *Situation au regard du logement*
La case « autre » recouvre les autres conditions de logement ou de vie :
 - Etre hébergé chez un membre de la famille, un tiers
 - Etre en structure
 - Résider à l'hôtel
 - Etre sans domicile fixe (l'indication de la domiciliation de la personne à protéger peut alors figurer au niveau de l'espace « adresse du domicile »).
 - Etc.

Les renseignements concernant la situation au regard du logement sont importants dans la mesure où ils permettent d'apprécier le caractère plus ou moins stable des conditions de logement de la personne à protéger.

En effet, le juge des tutelles territorialement compétent est celui de la résidence habituelle de la personne à protéger, cette notion ayant été définie par la cour de cassation comme étant le lieu où l'intéressé a fixé, avec l'intention de lui conférer un caractère stable, le centre permanent et habituel de ses intérêts.

Il est à noter que la détermination, parfois délicate, du lieu de résidence habituelle est une question de fait qui est appréciée par le juge au cas par cas.

Rubrique « situation financière et patrimoniale » (p3)

- *Charges mensuelles*
Sommes dues périodiquement.
- *Dettes*
Sommes exigibles, charges échues non réglées constituant un arriéré.

Rubrique « en fonction des éléments connus sur la situation » (p6)

L'indication des *actes importants à poser en urgence* peut conduire à la désignation d'un mandataire spécial qui serait chargé d'une mission de protection de la personne ou d'accomplir un ou des actes déterminés, même de disposition, rendus nécessaires par la gestion du patrimoine (clôture d'un compte bancaire, dénonciation d'une procuration donnée à un tiers, prise d'hypothèque pour garantir une créance, réalisation d'une vente ...).

ANNEXE 2 : Demande de Mesure d'Accompagnement Judiciaire

DEMANDE DE MESURE D'ACCOMPAGNEMENT JUDICIAIRE

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007
Article L.271-6

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Matricule S.S. : Matricule CAF :

COMPOSITION DU FOYER

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation actuelle
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LOGEMENT ACTUEL

Situation de la personne : LOCATAIRE OU PROPRIETAIRE

Si locataire, nom du bailleur :

SITUATION FINANCIERE

Ressources mensuelles		Charges mensuelles connues	
• Prestations Familiales		• Loyer ou mensualités Prêt accession Propriété	
• AL ou APL		• Charges locatives	
• RSA		• Assurance habitation	
		• Taxe d'habitation	
		• Taxe foncière	
		• Impôts sur le revenu	
		• Chauffage	
		• Eau	
		• EDF	
		• GDF	
		• Frais de transport	
		• Cantine	
		• Frais de garde	
		• Pension alimentaire	
		• Téléphonie – Internet- câble	
		• Mutuelle	
		• Crédits à la consommation	
		• Autres retenue CAF	
TOTAL RESSOURCES		TOTAL CHARGES	
RESTE A VIVRE			

Endettement :

Dette locative :
 Dette EDF :
 Dette GDF :
 Dettes restauration scolaire :

ACCOMPAGNEMENTS ANTERIEURS OU EN COURS

Service Social concerné :

Adresse :

Nom du travailleur social :

Coordonnées :

Mesures d'accompagnement ou de protections spécifiques :

Type d'accompagnement	Date de l'accompagnement
.....
.....
.....
.....

EVALUATION SOCIALE

Date :

M

ANNEXE 3 : Formulaire de demande de prise en charge du coût du certificat médical circonstancié

**TRIBUNAL
de GRANDE INSTANCE
de BOBIGNY**
Parquet du Procureur de la
République
Division des Affaires civiles
Tutelles
173 Avenue Paul Vaillant
Couturier
93000 Bobigny
☎ :01.43.93.13.93
Fax : 01-48-95-14-40

-1- Note concernant la production du certificat médical

La personne bénéficiaire de la future mesure de protection doit supporter le coût de l'expertise, si ses moyens le permettent.

Eventuellement le demandeur de la mesure où l'entourage du majeur peuvent avancer les frais d'expertise, le remboursement étant ensuite effectué dans le cadre de la gestion de la mesure de protection.

Note :

S'il est établi que la personne protégée ne dispose pas de ressources permettant de supporter le coût de l'examen, la prise en charge peut être effectuée par l'Etat.

Dans ce cas une demande de prise en charge par l'Etat peut être effectuée et adressée au Procureur de la République, avec le présent formulaire.

Devront impérativement être joints à cette demande :

- Une copie du dernier avis d'imposition de la personne à protéger.
- Une copie des trois derniers bulletins de salaire, pension ou autres de la personne à protéger.

Cette demande sera examinée et une prise en charge sera éventuellement effectuée. Le demandeur sera informé lorsque la prise en charge sera refusée.

ANNEXE 4 : Avis de suite édité informatiquement du Parquet (en attente TGI)

I-C. Protocole de la coordination départementale des informations préoccupantes (Codip) concernant les majeurs vulnérables, département de la Sarthe : <https://www.sarthe.fr/deliberations-depuis-2015>

I – D. Protocole relatif aux signalements entre le Département de la Sarthe, le Procureur de la République et l'ARS pays de Loire (pp. 139 à 146)

Protocole relatif aux signalements aux autorités administratives et judiciaires des évènements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques survenant dans les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux recevant des adultes

Vu le code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de santé publique,

Vu le code pénal,

Vu le code de procédure pénale,

Vu la circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence de services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentants de l'Etat dans le département au titre de la protection des personnes.

Préambule

L'efficacité de la politique de développement de la qualité, de la gestion des risques et, plus particulièrement, de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) dépend non seulement de la détection précoce des situations à risque mais aussi du traitement immédiat des situations les plus graves pour lesquelles la santé et/ou la sécurité des personnes ont été compromises.

La réalisation d'un tel objectif nécessite, d'une part, que les autorités administratives compétentes soient informées, dans les meilleurs délais, par les responsables d'établissement non seulement des évènements indésirables survenus dans leurs structures mais aussi des évènements exceptionnels et dramatiques.

D'autre part, conformément aux dispositions légales, elle rend indispensable la dénonciation des faits les plus graves à l'autorité judiciaire.

Afin de faciliter la mise en œuvre de cette démarche, il convient de formaliser les échanges d'information dans ce domaine entre les directions des établissements et les autorités administratives et judiciaires. Tel est l'objet de ce protocole de signalement.

Entre

L'Etat

Représenté par le Représentant de l'Etat dans le Département:

Le Procureur de la République

l'ARS des Pays de la Loire

Représentée par:

Le Département de la Sarthe

Représenté par :

Et

L'établissement

Représenté par :

Il est décidé ce qui suit :

A – Signalements aux autorités administratives

I. Nature des éléments à signaler aux autorités administratives

Afin de faciliter la détection précoce des situations à risque dans les établissements sociaux et médico-sociaux et de lutter contre la maltraitance, les responsables d'établissement, informent, dans les meilleurs délais les autorités administratives (citées au titre II) de la survenue dans leurs structures d'événements susceptibles de menacer la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies.

Sont visés notamment, dans la mesure où ils ont été portés à la connaissance de la direction de la structure :

Les situations ayant donné lieu ou susceptibles de donner lieu à saisine de l'autorité judiciaire

- Crimes ou délits visés par le Code Pénal (Cf. annexe n° 1) ;
- Plaintes et signalements au procureur de la République ou auprès des services enquêteurs ;
- Procédure judiciaire engagée à l'encontre de la structure ou d'un membre du personnel ;
- Suicides et morts inexplicables ;
- Toutes interventions des forces de l'ordre au sein de l'établissement ;
- Toute autre situation ayant donné lieu à déclaration.

Les événements relatifs à la santé des personnes accompagnées

- Tentatives de suicide ;
- Décès portés à la connaissance de la direction et susceptibles d'être consécutifs à une insuffisance ou à un défaut de prise en charge ;
- Survenue d'un événement sanitaire majeur (pandémie ...) ;
- Événements sanitaires à déclaration obligatoire (Cf. annexe n°2).

Les événements relatifs à la sécurité des personnes accompagnées

- Disparitions inquiétantes;
- Vols récurrents d'objets de valeur ou d'argent à l'encontre des résidents ;
- Constats d'actes de malveillance intervenus au sein de l'établissement ;
- Sinistres importants tels qu'incendie, inondation...

Les événements relatifs au fonctionnement de la structure pouvant entraîner un risque pour la santé et la sécurité des personnes

- Vacances des postes d'encadrement administratif, soignant ou éducatif, susceptibles d'affecter de manière grave la continuité des soins et la prise en charge ;
- Sanctions disciplinaires et mesures conservatoires prononcées à l'encontre du personnel pour des faits de maltraitance internes à l'établissement ;
- Conflits sociaux ;

- Défaillances techniques susceptibles d'affecter de manière grave la continuité des soins et la prise en charge
- Difficultés récurrentes avec une personne accompagnée, sa famille, son représentant légal ou tout autre personne intervenant dans l'établissement, nécessitant, à l'appréciation de la direction, l'intervention d'un tiers.

Les situations susceptibles d'être médiatisées.

Dans tous les cas, les structures sont invitées à informer les autorités administratives de tous les événements qui, bien que non mentionnés dans cette liste, présenteraient une particulière gravité.

II. Circuit de l'information

Les informations relatives aux événements, incidents ou accidents mentionnés ci-dessus doivent être adressées par le directeur de l'établissement ou la personne ayant délégation, immédiatement pour les situations les plus graves et dans les meilleurs délais pour les autres événements.

Les autorités à saisir dépendent du statut juridique de l'établissement :

- ARS uniquement : Maison d'Accueil Spécialisé.
- ARS et Département de la Sarthe : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Temporaire et établissements à caractère expérimental.
- DDCS et Département de la Sarthe : Logement foyer, EHPA, Foyer d'hébergement, Foyer d'hébergement Semi Autonome, Foyer de vie.

ARS :

Téléphone : 0800 277 303
 Télécopie : 02 49 10 43 89
 Courriel : ars44-alerte@ars.sante.fr
 Adresse postale : département de veille et sécurité sanitaire
 ARS Pays de la Loire
 CS 56 233
 44 262 NANTES Cedex

DDCS

Téléphone : 02 43 14 60 00
 Télécopie : 02 43 52 83 53
 Courriel : ddcs@sarthe.gouv.fr
 Adresse postale : DDCS
 57, bd Demorieux
 CS 51 912
 72 019 LE MANS Cedex 2

Département de la Sarthe :

Téléphone : 02.44.02.42.00
 Télécopie : 02.43.54.71.39
 Courriel : majeurvulnerable@cg72.fr
 Adresse postale :
 Direction de la Solidarité départementale
 Annexe de la Croix de Pierre (Bât B)
 2 rue des Maillets
 72072 LE MANS Cedex 9

Cas particulier des périodes d'astreinte

En dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, la structure informe :

- le cadre de permanence de l'ARS (voir ci-dessus).
- le cadre de permanence de la DDCS via le standard de la préfecture (02 43 39 72 72).
- le cadre de permanence de la Direction de la Solidarité Départementale (06.31.65.20.23).

Forme et contenu de l'information

Il est nécessaire que les autorités administratives puissent disposer, dans les meilleurs délais, d'une information claire, complète, précise et régulière (en cas de nouveaux développements), portant notamment sur les éléments suivants :

- Nature des faits ;
- Circonstances dans lesquelles ils sont survenus ;
- Dispositions prises pour remédier aux carences ou abus éventuels, et faire cesser le danger ;
- En cas de maltraitance, dispositions prises à l'égard des personnes mises en cause ou protagonistes, auteurs présumés et des victimes présumées ;
- Information faite aux familles ou aux proches ;
- Démarches engagées le cas échéant auprès des autorités judiciaires ;

L'information pourra se faire sous la forme de l'annexe n°3 du présent protocole.

III. Bilan des signalements faits aux autorités administratives

Une synthèse des événements signalés dans le département sera présentée aux structures dans le cadre des comités de suivi des schémas départementaux tous les ans.

Les conseils de la vie sociale pourront être avisés également de certains événements relevant du champ du présent protocole.

B - Signalements à l'autorité judiciaire

I. Les directeurs d'ESMS peuvent parallèlement à l'information de l'autorité administrative, signaler à l'autorité judiciaire :

Les faits constitutifs de crimes ou de délits et plus particulièrement les violences physiques, à l'égard des résidents mais aussi, le cas échéant, de membres du personnel et les atteintes aux biens des résidents, imputables ou non à des personnes intervenant dans la structure.

Cette dénonciation, qui ne porte que sur les faits et non pas sur leur auteur, peut se faire directement ou auprès des services enquêteurs (police ou gendarmerie).

Cette possibilité est également offerte à toute personne intervenant au sein de ces structures, quel que soit son statut, sous réserve, pour certaines d'entre elles, des règles sur le secret professionnel.

II. Les directeurs d'ESMS doivent, dénoncer obligatoirement soit auprès de l'autorité administrative, soit auprès de l'autorité judiciaire :

- Les crimes dont il est encore possible de limiter les effets ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes (article 431-1 du Code Pénal),
- Les privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique (article 434-3 du Code Pénal).

Cette dénonciation, qui ne porte que sur les faits et pas sur leur auteur, peut se faire directement ou auprès des services enquêteurs (police ou gendarmerie).

Elle s'impose également, comme à tout citoyen, à toute personne intervenant au sein de ces structures, quel que soit son statut, sous réserve, pour certaines d'entre elles, du respect des règles sur le secret professionnel.

La non dénonciation constitue un délit.

III. Dans l'hypothèse où la dénonciation se fait auprès de l'autorité administrative

Cette dernière doit, conformément aux dispositions de l'article 40 du Code de Procédure Pénale, en donner avis sans délai au Procureur de la République et lui transmettre tous les renseignements s'y rapportant.

Ce texte s'applique à toute autorité constituée (en particulier, ARS, DDCS, Département de la Sarthe) et à tout fonctionnaire.

Il n'est pas pénalement sanctionné, mais la méconnaissance de cette prescription peut entraîner des sanctions de caractère disciplinaire ou des poursuites pénales pour non assistance à personne en danger (*article 223-6 du Code Pénal qui s'applique à tous*).

C – Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une durée de cinq ans. Chacune des parties peut la dénoncer à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec un délai de prévenance de trois mois.

Fait au Mans, en 5 exemplaires, le

Le Préfet,

Le procureur de la
République

Le directeur général de l'ARS des Pays de
la Loire

Le Président du Conseil
Général

Le représentant légal de l'établissement,

Liste des annexes

Annexe n°1 – L'obligation de signalement des directeurs d'ESMS en matière de faits de violences et de maltraitances

Annexe n°2 – Liste des maladies à déclaration obligatoire

Annexe n°3 – Modèle pour la remontée des informations aux autorités administratives

1. Les obligations faites à tout citoyen

1.1. *La non-dénonciation de crime* **Article 434-1 du Code pénal**

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende [...] ».

1.2. *La non-dénonciation de mauvais traitements* **Article 434-3 du Code Pénal**

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende [...] ».

1.3. *La non-assistance à personne en péril* **Article 223-6 du Code Pénal**

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Sera puni des même peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

2. Une obligation faite à tout fonctionnaire : l'information du Procureur de la République

Article 40 alinéa 2 du Code de Procédure Pénale

« Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

3. Les crimes et délits définis par la loi et le code pénal (liste non exhaustive).

- Violences et agressions sexuelles :
 - o Viols, abus et attouchements sexuels...
- Atteintes volontaires à la vie et à l'intégrité physique ou psychique de la personne :
 - o Les atteintes à la vie de la personne,
 - o Les tortures et actes de barbarie,
 - o Les coups et blessures volontaires,
 - o Menaces, intimidations, chantages,
 - o Injures répétées et volontaires portant atteinte à la dignité de la personne (dévalorisation, humiliation, infériorisation, stigmatisation d'un handicap)...
- Mises en danger graves des personnes :
 - o Les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi et les règlements.
 - o Les risques causés à autrui par son exposition à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement.
 - o Négligences lourdes entraînant des dommages irréparables sur la personne.
- Atteintes à la dignité de la personne :
 - o Les conditions d'hébergement contraires à la dignité de la personne.
 - o Contention systématique sans prescription médicale, enfermement systématique.

Annexe 2

Liste des maladies à déclaration obligatoire

Botulisme Brucellose Charbon Chikungunya Choléra Dengue Diphthérie Fièvres hémorragiques africaines Fièvre jaune Fièvre typhoïde et paratyphoïde Hépatite aigue A Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B Infection invasive à méningocoque Infection par le VIH quel que soit le stade Légionellose Listériose	Orthopoxviroses dont la variole Paludisme autochtone Paludisme d'importation dans les départements d'Outre-Mer Peste Poliomyélite antérieure aiguë Rage Rougeole Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines Toxi-infections alimentaires collectives Tuberculose Tularémie Tétanos Typhus exanthématique
---	---

Toutes les épidémies (il y a épidémie à compter de 2 ou 3 personnes touchées).

Annexe 3

Modèle pour la remontée des informations aux autorités administratives

I. Structure :

Nom de la structure :

Nom et qualité du déclarant :

Numéro de téléphone :

Adresse de messagerie :

II. Nature et déroulement des faits :

Nature des événements :

Date et heure de leur survenue :

Circonstances de leur survenue :

Noms et qualités des personnels présents lors des événements :

-
-
-

III. Personnes mises en cause (le cas échéant) :

Nombre de personnes mises en causes :

Catégories de personnes mises en causes :

- agents de la structure,
- personnes âgées,
- personnes handicapées
- familles

Dispositions prises à leur égard :

IV. Victimes :

Nombre de personnes victimes :

Catégories de personnes victimes :

- agents de la structure,
- personnes âgées,
- personne handicapées
- familles

Dispositions prises à leur égard :

Modalités d'information des familles :

V. Information des autorités judiciaires :


Date de l'information aux autorités judiciaires :

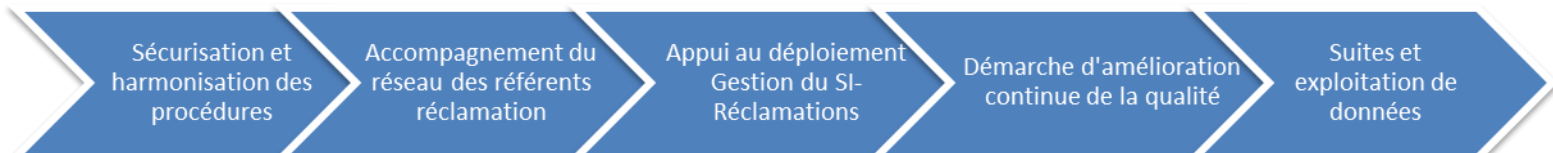
Etat d'avancement de la procédure :

Le :

SIG

I-E. Guide de bonnes pratiques de gestion des réclamations, ARS Nouvelle-Aquitaine (Janvier 2018) (pp.147 à 182)

	GUIDE DE BONNES PRATIQUES DE GESTION DES RECLAMATIONS	Version : 2.0 Date : 07/06/2018
---	--	------------------------------------



Date d'application :	07/06/2018
Emetteur :	Ingrid STAMANE Pôle Inspection Contrôle Evaluation – DSP
Destinataires :	Référents réclamations en délégation départementale et direction métier Toute personne collaborant au processus de gestion des réclamations en ARS N-A
Objet :	Guide précisant l'organisation et les modalités de gestion des réclamations au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Historique des versions

Version	Date	Auteur(s)	Objectif
1.0	23/01/2018	JA/LD/MCN/IS	Garantir un cadre sécurisé et harmonisé de gestion des réclamations au sein de l'ARS N-A
1.1	23/02/2018	MCN	Modification du titre du guide
1.2	25/04/2018	JA/LD/MCN/IS	Ajout de l'annexe « focus juridique sur le secret médical »
2.0	07/06/2018	JA/LD/MCN/IS	<p>1) Intégration des points de procédures évoqués à la réunion du réseau réclamations de mars 2018</p> <p>2) Précisions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les règles d'archivage des dossiers réclamations ; - <i>Le traitement d'une réclamation effectuée par une personne différente de celle ayant subi le préjudice (parents, enfants, conjoints, ...)</i> ; - <i>Le traitement des réclamations portant sur une demande d'un usager de trouver un établissement adapté à la pathologie ou au handicap de lui-même ou d'un proche.</i>

Sommaire

1. Présentation générale de la gestion des réclamations en ARS NA	149
1.1 <u>Cadre normatif et définitions</u>	149
1.2 <u>Le champ de compétence des ARS</u>	150
1.3 <u>Les acteurs de la gestion des réclamations à l'ARS NA</u>	151
1.4 <u>Le système d'information pour la gestion des « Réclamations »</u>	152
2. Le processus de gestion administrative des réclamations	153
2.1 <u>L'approche qualitative de traitement d'une réclamation</u>	153
2.2 <u>Bonnes pratiques de gestion des réclamations</u>	154
3. Les fiches méthodologiques de gestion administrative des réclamations	155
3.1 <u>Identifier l'émetteur et qualifier la nature du signal reçu</u>	155
3.2 <u>L'orientation des réclamations</u>	160
3.3 <u>L'instruction des réclamations en ARS NA</u>	162
3.4 <u>Gestion des suites d'une réclamation et archivage</u>	168
<u>Annexes</u>	170

Présentation générale de la gestion des réclamations en ARS NA

Une procédure générale d'instruction des réclamations au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine a été définie dans une note au DG ARS en date du 2 juin 2016. Cette procédure prévoit, notamment, la traçabilité des réclamations sur l'outil SIRCE, ainsi que la constitution d'un réseau de référents réclamations dans l'ensemble des directions et pôles en charge de l'instruction des réclamations.

En complément, le présent guide vise à encadrer et harmoniser les pratiques de gestion des réclamations au sein de l'ARS NA, afin d'en assurer la traçabilité et la qualité de traitement.

Afin de garantir un cadre harmonisé de gestion des réclamations et de leur traitement, ce guide précise l'organisation et les modalités de gestion des réclamations au sein de l'ARS NA. Il s'appuie sur des exemples et des bonnes pratiques à mettre en œuvre pour chaque étape de traitement des réclamations.

1.1 Cadre normatif et définitions

L'article L.112-3 du Code des Relations entre le Public et l'Administration (CRPA) oblige l'administration à **délivrer un accusé de réception** pour toute demande émanant d'un citoyen et à transmettre à l'autorité administrative compétente une demande qui lui serait adressée par erreur.

Les différentes circulaires relatives à la lutte contre la maltraitance et notamment celles du 23 juillet 2010¹⁰² rendent obligatoires dans les ARS l'utilisation du SI réclamations pour la gestion et le suivi administratif des réclamations.

En matière de délais de traitement d'une réclamation, il est demandé par la Direction générale de l'ARS NA de ne pas dépasser la durée maximale de 90 jours, cette pratique est reconnue au niveau national.

Réclamation : Une réclamation est l'action pour un particulier de demander des explications sur un évènement, dont il estime qu'il fait ou pourrait faire grief à lui-même ou à autrui, et ayant pour finalité le respect de l'exercice d'un droit¹⁰³. Elle concerne principalement des usagers mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, un professionnel de santé (incluant les officines et laboratoires). Le champ de la santé environnementale est également concerné (ex : qualité de l'eau...).

Signalement : Le signalement est entendu généralement comme le fait pour un professionnel de déclarer un évènement concernant l'institution dans laquelle il exerce son métier.¹⁰⁴ Le signalement recouvre tout évènement sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population ou sur l'organisation de l'offre de soins. Les signalements sont déclarés par des professionnels dans l'exercice de leur fonction. Dans le cadre de la plate-forme de signalements, **les particuliers** peuvent également être à l'origine d'un signalement.

¹⁰² Circulaire DGCS/2A n°2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

¹⁰³ Guide de gestion des réclamations. IGAS.2011

¹⁰⁴ Guide de gestion des réclamations ; IGAS 2011

Les signalements peuvent être regroupés en 4 catégories¹⁰⁵ :

- **a) Tout événement sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population (maladies à déclaration obligatoire, épidémie, cas groupés en collectivité, émergence d'un seul cas à grand potentiel de gravité...) pris en charge directement par la CVAGS, Santé Environnement et/ou la CIRE ou un autre service effecteur externe (CAPTV, CCLIN¹⁰⁶, etc.).**
- **b) Tout événement indésirable lié aux soins (EIS), lié aux produits, substances ou pratiques en établissements de santé, médico-sociaux et secteur ville (exemple : maltraitance/malveillance/ incompétence d'un professionnel, infections/incidents associés aux soins, aux produits à usage médical, accident radiothérapie, greffe, produits cosmétiques, aliments, etc.) et qui se différencie suivant sa gravité entre EIS et Evènement Indésirable Grave lié aux Soins (EIGS). Il peut être fait appel, pour leur gestion, à des services experts externes tels que l'ANSM, l'ASN, le CCLIN etc.**
- **c) Toute situation affectant l'organisation du système de soins et tout dysfonctionnement observé dans les établissements de santé ou médico-sociaux : grève, défaut d'approvisionnement, faux diplôme.**
- **d) Tout événement pouvant constituer une menace de santé publique dans les établissements de santé ou médico-sociaux ou en ambulatoire.**

1.2 Le champ de compétence des ARS

Le champ d'intervention des ARS est particulièrement large et recouvre les champs sanitaires et médico-sociaux, les soins ambulatoires et la santé environnementale.

Les ARS sont responsables de la gestion des réclamations relatives à :

-
- **Un établissement de santé,**
 - **Un établissement ou un service médico-social (prenant en charge des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes en difficultés spécifiques),**
 - **Un professionnel de santé exerçant en libéral,**
 - **Des officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale,**
 - **Des actions de prévention et de promotion de la santé,**
 - **La demande d'un usager de trouver un établissement adapté à la pathologie ou au handicap de lui-même ou d'un proche,**
 - **Une hospitalisation sous contrainte,**
 - **Un problème de santé d'un détenu,**
 - **Les transports sanitaires,**
 - **La santé environnementale**
 - **Aux centres de bronzage, tatoueurs**
 -
-

¹⁰⁵ Point focal régional de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

¹⁰⁶ Centre antipoison et de toxicovigilance, cellule d'intervention en région, centres régionaux d'appui pour la prévention des infections associées aux soins, centre de veille, d'alerte et de gestion des événements sanitaires

1.3 Les acteurs de la gestion des réclamations à l'ARS NA

Le référent « Réclamations »

Le référent « Réclamations » est responsable de la qualité du traitement de la réclamation et de sa traçabilité pour les réclamations de sa direction/délégation ou pôle. La liste des référents réclamations est disponible en annexe 1.

Il est responsable de :

La traçabilité et du suivi des réclamations dans l'outil SIRCE, notamment :

- De l'enregistrement des réclamations faisant l'objet d'un traitement au sein de sa direction/délégation ou pôle ;
- Du renseignement dans l'outil SIRCE des différentes étapes d'instruction ;
- De l'identification des difficultés d'utilisation de l'outil SIRCE et des éventuels besoins en habilitation et formation qu'il doit communiquer au pôle ICE via la BAL : ars-na-reclamations@ars.sante.fr.

Il doit s'assurer de :

La qualité du traitement des réclamations relative à sa direction ou pôle, il est notamment :

- Garant du respect des procédures de gestion des réclamations en vigueur au sein de l'ARS ;
- Force de proposition auprès de sa hiérarchie concernant les modalités de mise en œuvre de la procédure de gestion des réclamations (formalisation du circuit de traitement des réclamations en interne...).

Il est chargé de :

La réalisation de missions spécifiques au sein de sa direction ou pôle, notamment de :

- la constitution du tableau de bord de gestion des réclamations ;
- la représentation devant les instances de démocratie sanitaire etc.

Compte-tenu du caractère sensible de réclamations parvenues à l'Agence Régionale de Santé, par la sollicitation de cabinets Ministériels, notamment ceux du Ministère des affaires sociales et de la santé, mais aussi par des élus (maires, parlementaires, présidents d'exécutifs des Conseils départementaux ou régionaux, conseillers départementaux et régionaux), une procédure spécifique de réponse aux saisines des cabinets ministériels et des élus a été formalisée le 11 mars 2016 (elle est **annexée** à ce guide).

L'instructeur ou effecteur

Il contribue à l'instruction de la réclamation en apportant son expertise et/ou son appui dans la gestion de la réclamation. Il participe à l'instruction de la réclamation voire à son contrôle sur place, le cas échéant.

Il collabore à la rédaction d'une réponse écrite au réclamant. L'instructeur peut avoir un profil « médical » et/ou « administratif ».

La commission pour la gestion et le suivi des réclamations

Une commission pour la gestion des réclamations doit être constituée au sein de chaque DD et/ou DM permettant de réunir les différentes parties prenantes. Les modalités de constitution et de fonctionnement devront être formalisées. Le pôle ICE communiquera au cours des prochaines semaines à ce sujet.

Le pôle ICE

Le pôle ICE est garant d'un cadre harmonisé de la gestion des réclamations et de leur traitement en lien avec les directions et délégations concernées. Le pôle peut apporter son appui aux services pour la formalisation de leur circuit de gestion des réclamations.

Le pôle ICE accompagne les référents « Réclamations » des différentes directions de l'ARS NA dans la conduite de leurs missions. Il met à disposition des référents de la documentation et des procédures accessibles sous Echanges réseau réclamation et apporte des solutions aux problèmes éventuels rencontrés au sein du réseau.

Les questions doivent être adressées au pôle via la BAL ars-na-reclamations@ars.sante.fr.

Dans le cadre du développement du futur outil informatique de saisie des réclamations SIREC (voir ci-après), le pôle produira régulièrement un bilan régional de gestion des réclamations en lien avec les référents, dont les principaux enseignements serviront de base à la construction du PRICE de l'année à venir.

1.4 Le système d'information pour la gestion des « Réclamations »

Présentation

SIRCE est l'actuelle application informatique pour la gestion des réclamations utilisée par l'ensemble des directions départementales et métiers de l'ARS NA pour l'enregistrement et le traitement des réclamations. Elle est accessible sous <https://sirce.sante.gouv.fr/sirce-administration/>

L'application SIRCE permet :

- D'enregistrer les réclamations des usagers,
- De suivre la gestion de ces réclamations jusqu'à leur clôture.

Cette application est destinée aux agences régionales de santé, aux directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et aux directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations). Elle est également accessible par l'IGAS.

L'application SIRCE ne doit pas être utilisée pour la gestion des réclamations relatives à la santé environnementale, qui sont saisies dans un outil spécifique.

La refonte du SI Réclamations est inscrite dans la feuille de route du Schéma Directeur des SI mutualisés des ARS pour 2016-2018. Le nouvel outil national de gestion des réclamations **SIREC** (SI Réclamations) devrait être déployé dans toutes les ARS à compter du premier semestre 2018.

Habilitation

La gestion des habilitations à SIRCE est effectuée par le service informatique géographique d'appartenance de l'agent. L'affectation (ou le retrait) des droits utilisateurs à SIRCE est effectuée à la demande du pôle ICE.

Le processus de gestion administrative des réclamations

2.1 L'approche qualitative de traitement d'une réclamation

Le cadre réglementaire impose de nombreuses obligations aux administrations concernant la gestion des réclamations. Elles doivent respecter plusieurs principes de base. Dans un **objectif d'amélioration et d'harmonisation des pratiques**, et suite à la réception de signaux, le site en charge du traitement de la réclamation doit suivre les modalités de gestion suivantes :



ETAPES DE GESTION	MODALITES DE GESTION D'UNE RECLAMATION
1. Identifier les réclamations et qualifier les signaux	<ul style="list-style-type: none">- S'assurer qu'aucune réclamation n'échappe au dispositif y compris les réclamations anonymes- Identifier les réclamations à compétence de l'ARS, à compétence partagée et hors compétence- Evaluer le signal reçu afin de distinguer les réclamations des signalements. Un schéma de qualification dans le présent guide précise les modalités de distinction.- Analyser si la réclamation comporte ou non des données de nature médicale, et mettre sous pli cacheté les éléments médicaux
2. Orienter la réclamation	<ul style="list-style-type: none">- Identifier le ou les instructeurs au sein de l'ARS- Transmettre la réclamation à l'institution compétente (en cas de non-compétence de l'ARS ou de compétence partagée)
3. Instruire la réclamation	<ul style="list-style-type: none">- Enregistrer la réclamation dans l'application informatique- Saisir dans l'application informatique l'institution compétente- Accuser réception de toute réclamation dans un délai de 15 jours- Analyser la criticité de la réclamation et définir les modalités de traitement de la réclamation (en mode urgent ou non)- Analyser les éléments transmis par le mis en cause et définir les suites de l'instruction : demande d'éléments complémentaires ou autres suites données.

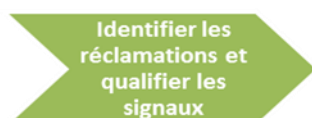
	<p>Si nécessaire, une réunion interne de concertation devra être organisée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer au mis en cause les conclusions du traitement de la réclamation (sensibilisation sur certains points) - Répondre au réclamant et tenir informé le cas échéant les autres acteurs impliqués internes et externes - Saisir dans l'application informatique toutes les étapes d'instruction
<p>4. Gérer les suites et archivage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôler a posteriori la mise en œuvre des actions demandées au mis en cause, le cas échéant - Clôturer la réclamation dans l'application informatique - Procéder à l'archivage dans l'outil informatique et en format papier

2.2 Bonnes pratiques de gestion des réclamations

Parallèlement aux modalités ci-avant de gestion des réclamations, il est important de retenir plusieurs éléments servant de base à la mise en œuvre de bonnes pratiques de gestion.

- La réclamation peut être adressée de différentes manières à l'administration, toutes sont admissibles (courrier, courriel, téléphone, présentation physique...). Elle peut être signée et identifiée ou anonyme. Lorsqu'un réclamant est identifié, un accusé de réception doit lui être adressé dans les 15 jours.
- **Le renseignement dans l'application informatique SIRCE doit se faire au fil du traitement de la réclamation et non pas lors de la clôture de celle-ci.** Cela favorise le respect des délais dans les différentes étapes de gestion, améliore la capacité à répondre rapidement et permet le calcul des délais d'instruction et de réponse. En outre, cela favorise le partage d'informations et la coordination entre les différents services de l'ARS et notamment entre les délégations départementales et les directions métiers.
- Un document qui contient des données de santé, même si ce document émane du réclamant ou de la victime, doit être considéré comme un courrier à caractère médical et ne doit alors être visualisé que par un médecin. A ce titre, un profil médecin est prévu dans l'outil SIRCE. **En annexe à ce guide, un focus juridique précise les règles à respecter en matière de secret médical.**
- Le guide IGAS de gestion des réclamations prévoit la possibilité d'accès aux informations médicales pour un administratif sous réserve de secret professionnel (le pragmatisme doit être recherché).

3. Les fiches méthodologiques de gestion administrative des réclamations



3.1 Identifier l'émetteur et qualifier la nature du signal reçu

3.1.1 Identification de l'émetteur

Lors de la réception d'un signal, il convient de vérifier dans un premier temps la nature de l'émetteur. On peut retrouver des émetteurs de plusieurs types :

- Des usagers
- Des professionnels
- Des établissements
- Des élus
- Des institutions (ministère, préfecture...)

En fonction de la nature de l'émetteur, des procédures spécifiques peuvent s'appliquer :

- Les signaux en provenance des professionnels et des établissements sont considérés comme des signalements ;
- Les signaux en provenance des usagers sont, sauf cas contraire, des réclamations.

Dans certains cas, les réclamations des usagers peuvent être transmises à l'ARS par l'intermédiaire d'un élu ou d'une institution. On qualifie ces réclamations de « **courriers signalés** ». **Ces réclamations font l'objet d'une procédure spécifique et doivent être transmises au cabinet avant toute instruction.**

Dans le cas de la saisine de l'ARS NA par des cabinets ministériels notamment ceux du Ministère des affaires sociales et de la santé mais aussi par les élus (maires, parlementaires, présidents d'exécutifs départementaux ou régionaux) :

☞ **Le cabinet transmet la saisine par messagerie à la DD ou DM concernée pour préparation du projet de réponse** (voir en annexe 5 la procédure Cabinet « MOP_réponse saisines cab ministériels et élus »). Le présent guide ne détaille pas la procédure du cabinet qui est décrite en annexe 5.

☞ Réclamations anonymes

La politique de l'ARS N-A est de ne pas traiter les réclamations anonymes. Pour autant il est important de tenir compte des informations communiquées qui peuvent, dans certains cas, donner des informations sur la qualité des prises en charge dans les établissements ou éventuellement par des professionnels.

3.1.2 La qualification des signaux

Les signaux reçus et traités à l'ARS peuvent être des réclamations ou des signalements. Les réclamations et les signalements font l'objet au sein de l'ARS de procédures de traitement et de traçabilité spécifiques et différentes.

Lors du bilan quantitatif 2016 des données enregistrées dans l'application SIRCE cette année-là, le pôle ICE a identifié un manque de fiabilisation des données liées à l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information et à la difficulté croissante à distinguer les réclamations et les signalements (extension du domaine des signalements, possibilité pour un usager de déclarer un évènement indésirable à l'ARS...).

Aujourd'hui le point focal régional centralise l'ensemble des signalements, ce qui exclut les réclamations qui doivent suivre le circuit décrit précédemment. La mise en œuvre d'une procédure de qualification des signaux doit permettre de mieux sécuriser les processus de gestion relatifs aux différents signaux et garantir l'orientation d'un signal reçu dans le canal de traitement approprié.

☞ Ligne de partage entre le traitement des réclamations et signalements

Les réclamations et les signalements font l'objet d'un traitement et d'une traçabilité spécifique. La distinction entre les deux se fait sur la base de l'émetteur et de la gravité des faits constatés. Les signaux reçus en provenance des professionnels dans l'exercice de leur fonction ou des établissements, sont des signalements.

Les signaux en provenance des usagers sont des réclamations. Il convient cependant également d'analyser le contenu.

Dans le cas où les faits rapportés de par leur nature et leur gravité doivent faire l'objet d'un signalement à l'ARS, il convient de communiquer la réclamation à la CVAGS. Cela doit permettre de faire le lien entre les réclamations et les signalements en provenance des établissements et des professionnels, qui porteraient sur le même évènement.

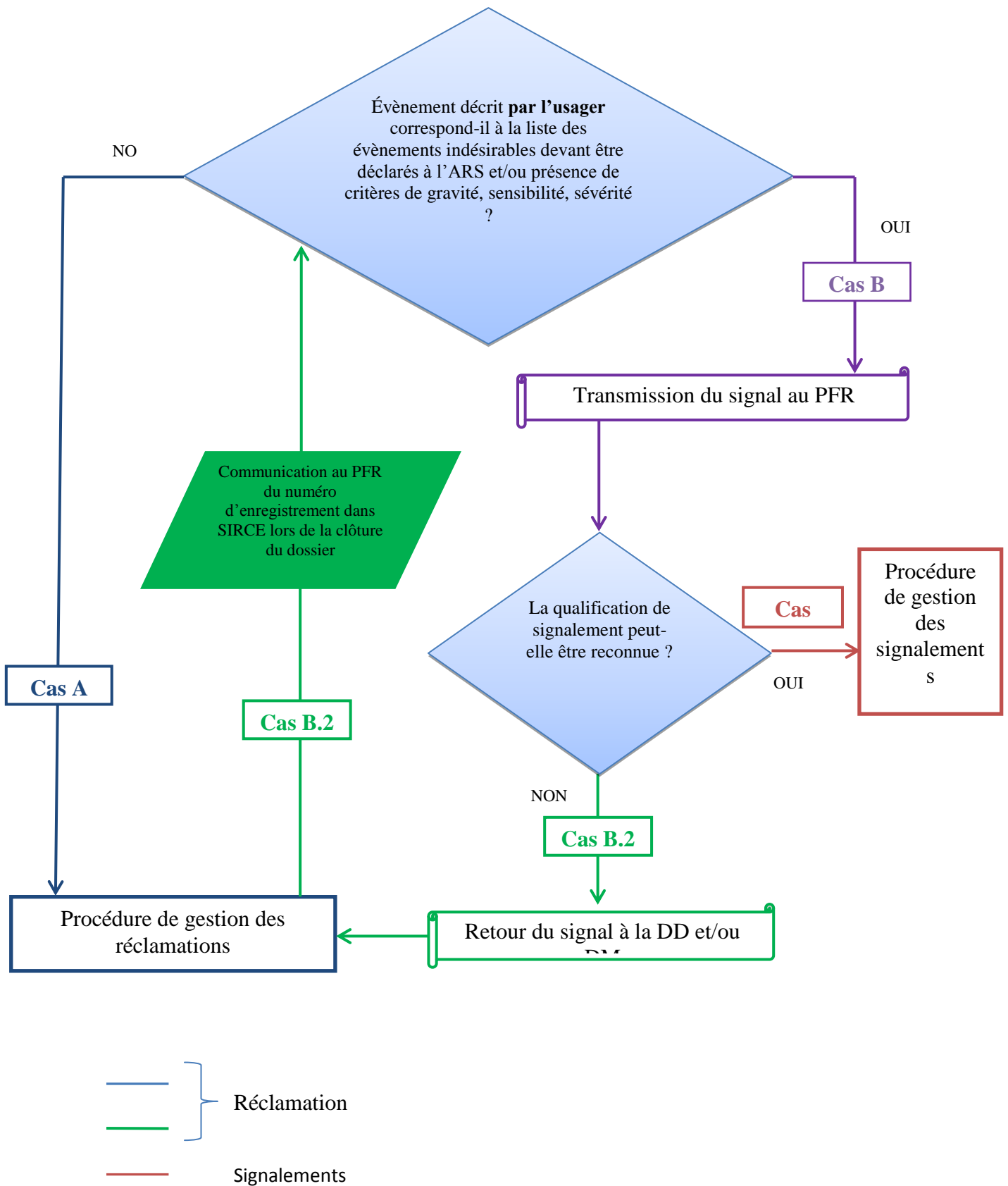
Les étapes de qualification

Les personnes en charge de la réception des signaux devront systématiquement suivre la démarche d'analyse suivante :

- **Etape 1 : Vérification de la nature de l'émetteur, deux possibilités :**
 - Emetteur n'est pas un usager ☞ transmission du signal au PFR ☞ application de la procédure de gestion des signalements
 - Emetteur est un usager ☞ application de l'étape 2
- **Etape 2 : Analyse du contenu, deux possibilités :**
 - Cas A : Evènement décrit ne correspond pas à la liste et absence de critères de gravité, sensibilité ou sévérité ☞ application de la procédure de gestion des réclamations
 - Cas B : Evènement décrit correspond à la liste des évènements indésirables devant être déclarés à l'ARS¹⁰⁷ et/ou présence de critères de gravité, sensibilité ou sévérité ☞ transmission du signal au PFR
- **Etape 3 : Qualification du signal par le PFR, deux possibilités :**
 - Cas B.1 : Le PFR retient la qualification de signalement pour l'évènement transmis, ☞ application de la procédure de gestion des signalements
 - Cas B.2 : Le PFR ne retient pas la qualification de signalement ☞ application de la procédure de gestion des réclamations. Lorsque la réclamation a été traitée et le dossier clôturé, le numéro d'enregistrement sur SIRCE doit être communiqué au PFR, afin de l'informer que le signal a fait l'objet d'un traitement.

¹⁰⁷ Annexe n°2

Schéma 1 – Procédure de qualification des signaux reçus provenant d'un usager



Points de vigilance pour la mise en œuvre de la procédure de QUALIFICATION

📌 Cette procédure se veut vivante, sont listés ici les principaux points de vigilance identifiés. Si la pratique révèle l'existence d'autres points de vigilance, il conviendra de les intégrer à la procédure.

Point n°1 : Les signaux reçus à l'ARS peuvent faire l'objet d'un traitement « réclamation » ou d'un traitement « signalement ». Comment s'assurer de la nature du signal reçu ?

☞ *La première étape à réaliser lors de la réception d'un signal pour procéder à sa qualification consiste à vérifier la nature de l'émetteur (usager, professionnel de santé, établissement...). Dans la plupart des cas la nature de l'émetteur permet de distinguer les réclamations et les signalements. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'un professionnel ou d'un établissement, le signal reçu doit systématiquement être considéré comme un signalement et traité comme tel.*

Point n°2 : Les signaux en provenance des usagers sont-ils toujours des réclamations ? Certaines réclamations peuvent-elles être considérées comme des signalements ?

☞ *Une analyse du contenu est nécessaire et doit permettre de vérifier la présence de critères de gravité, de sensibilité ou sévérité. Lorsqu'il existe des doutes sur la nature d'une réclamation reçue en DD ou en DM au regard de son contenu, il convient de se référer à la liste des événements indésirables devant faire l'objet d'un signalement à l'ARS. Si l'évènement décrit par l'utilisateur peut être rapproché des événements figurant dans la liste, le signal doit être transmis au PFR.*

Point n°3 : Que faire lorsqu'une réclamation concerne le même évènement qu'un signalement ayant déjà fait été fait par un établissement ou un professionnel ?

☞ *Dans ce cas, les deux signaux doivent faire l'objet d'un traitement différent. La réclamation en provenance de l'utilisateur doit être traitée comme une réclamation. Il convient cependant de mentionner que cela a fait l'objet d'un signalement par l'établissement et/ou professionnel et que dans ce cadre un traitement spécifique est en cours. Dans le cadre de l'outil SIREC, il conviendra de renseigner le numéro du signalement émis par le SI-VSS, afin de faire le lien entre les deux dossiers (n° de signalement associé à saisir dans l'espace dédié, dans la partie relative au traitement). Il conviendra de transmettre à la CVAGS, le numéro d'enregistrement de la réclamation pour enregistrement dans le SI-VSS.*

Point n°4 : Quelle est la procédure s'appliquant aux signaux en provenance des élus, du ministère et de la préfecture ? Doit-on suivre les mêmes étapes de qualification ?

☞ *Les signaux en provenance du cabinet font l'objet d'une procédure spécifique. C'est le cabinet qui est en charge de leur qualification et de leur orientation.*

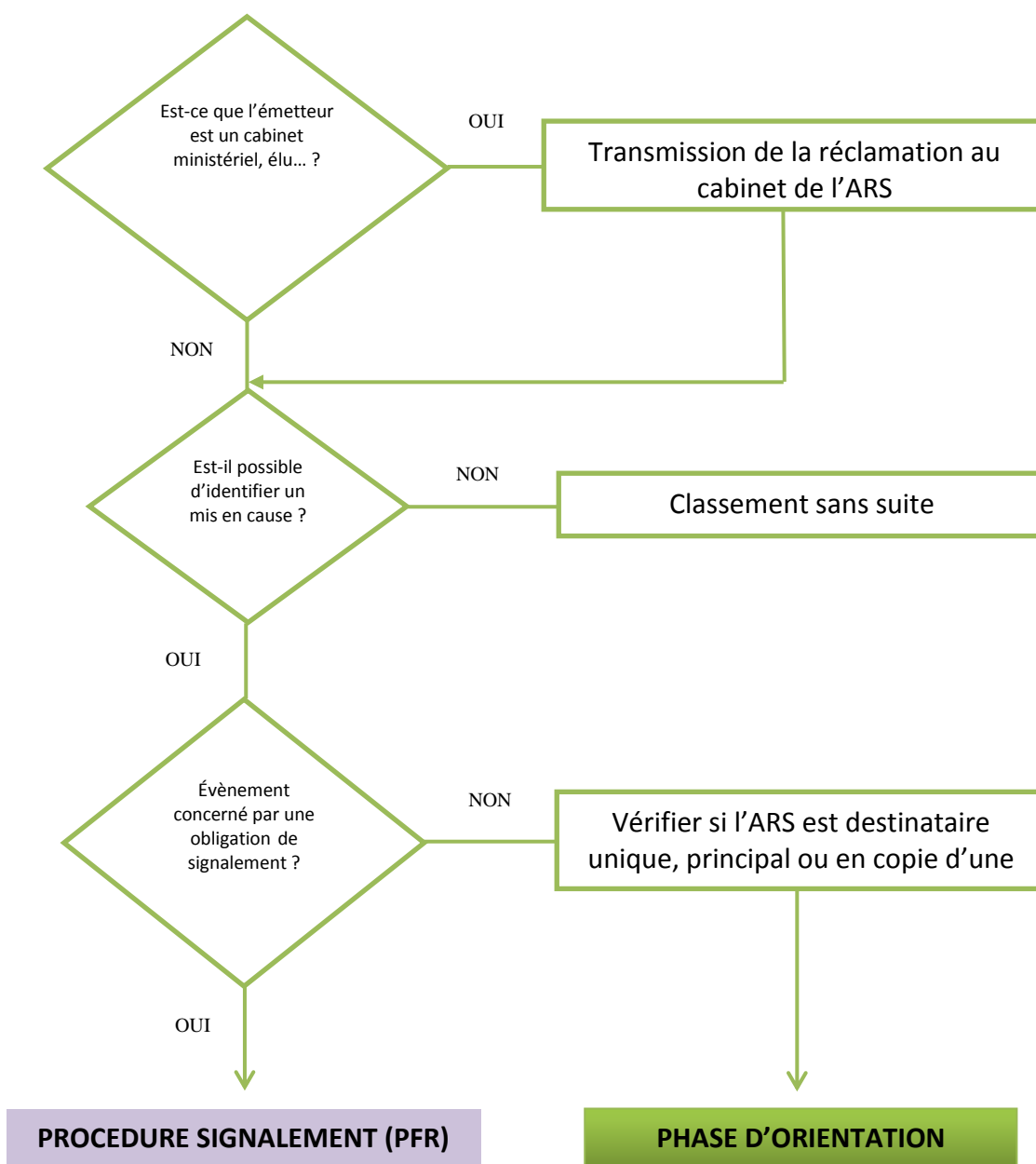
Point n°5 : La procédure de qualification s'applique-t-elle aux signaux relatifs au champ de la santé environnementale et de la pharmacie ?

☞ *Oui, la procédure s'applique à l'ensemble du champ de compétence de l'ARS. Les signaux relatifs au champ de la santé environnementale et de la pharmacie peuvent également être des signalements ou des réclamations et doivent donc faire l'objet d'une qualification et d'une orientation conforme. Leurs modalités de traitement relèvent des procédures de gestion relatives aux réclamations et aux signalements. Des spécificités peuvent cependant exister concernant le système d'information utilisé, notamment sur le champ SE.*

Point n°6 : Comment doit-on traiter les signaux en provenance de la plate-forme nationale de signalement en provenance des usagers ?

☞ Ces signaux ne sont pas forcément des signalements. Il convient de vérifier si les faits rapportés concernent une situation individuelle directement liée à la prise en charge du signalant ou d'un de ses proches. En effet dans ce cas, il s'agit d'une réclamation. Par contre si le signal correspond à une alerte d'un usager sur un risque pouvant avoir des impacts sur la qualité du système de soins, il s'agit dans ce cas d'un signalement et non d'une réclamation.

Schéma 2 - Procédure « d'identification des réclamations »



Une deuxième analyse doit être réalisée, afin de définir si la réclamation concerne le champ de compétence de l'ARS.

Concernant le champ de compétence de l'ARS, 4 cas de figure peuvent se présenter :

Cas 1 : L'ARS n'est pas compétente : la réclamation doit être transférée vers l'administration concernée avec un courrier de redirection et une information au réclamant. Cette possibilité est prévue par l'outil SIRCE (cf. en annexe 3 un tableau des services instructeurs compétents par thématique).

Cas 2 : La compétence est partagée avec une autre administration : l'administration compétente doit être identifiée et une copie de la réclamation doit lui être envoyée.

Cas 3 : L'ARS est compétente et procède à l'instruction de la réclamation.

Cas 4 : L'ARS est compétente et la réclamation nécessite un traitement urgent : le Directeur de la Délégation départementale doit être informé dans les meilleurs délais de la suite à donner.

Lorsque l'ARS est compétente, le référent réclamation joue un rôle important d'orientation de la réclamation en interne en s'assurant du transfert de la réclamation vers le service en charge de son instruction (DD ou DM en fonction de la nature de la réclamation).

Afin de permettre un traitement harmonisé et rapide de la réclamation sur le territoire, une clé de répartition devra être définie afin de déterminer les réclamations devant être traitées par les DD et les DM.

Les réclamations hors du champ de compétence de l'ARS doivent faire l'objet d'une traçabilité et d'un traitement. Il convient d'informer l'utilisateur de la transmission de sa demande à l'administration compétente.

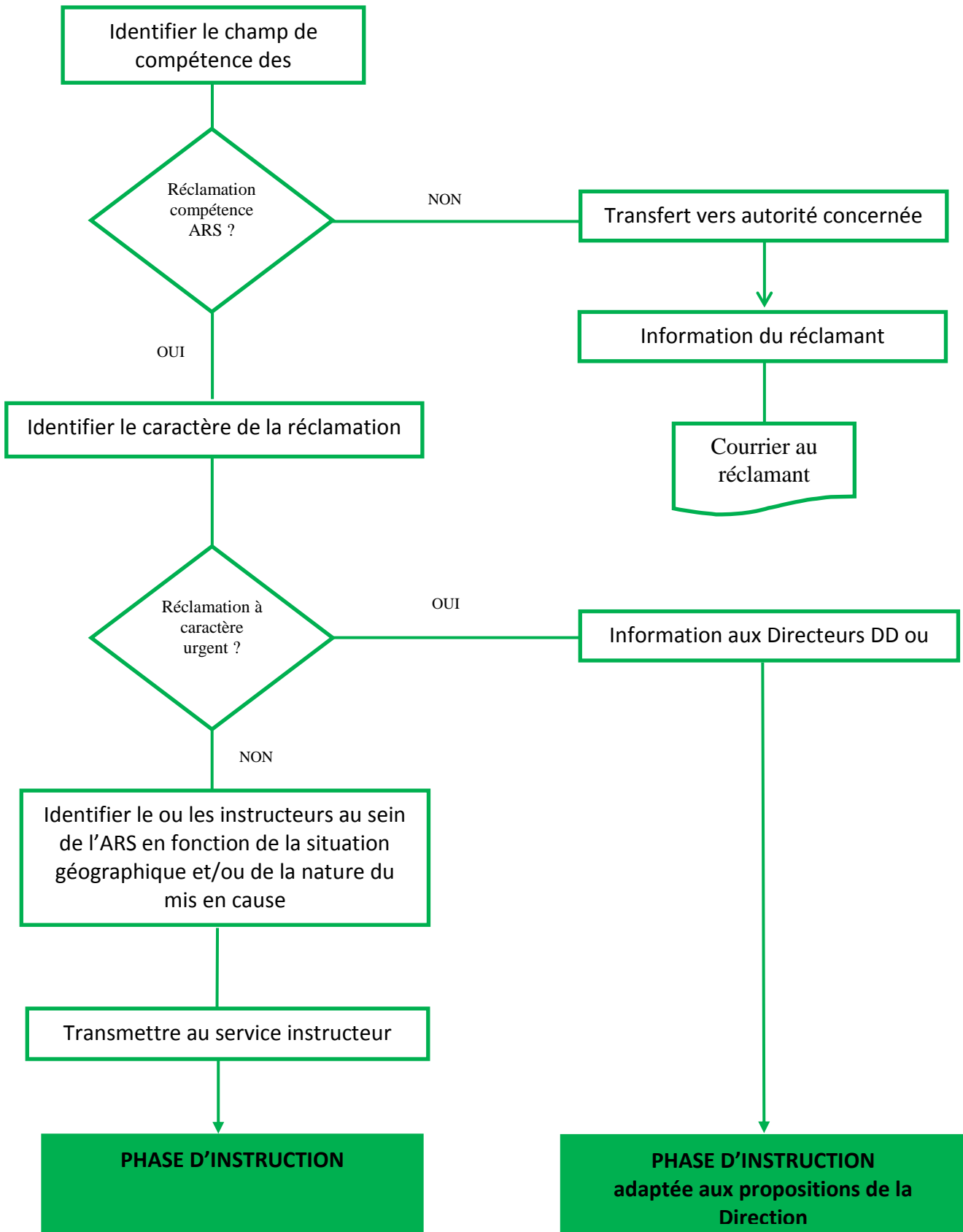
En parallèle à l'identification de l'instructeur, le référent réclamation procède à l'enregistrement des pièces du dossier dans SIRCE (numérisation des courriers...).

Dans le cas de réclamations d'utilisateur(s) dans les domaines suivants :

- Officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale ;
- Problématiques concernant le circuit du médicament en établissement de santé ou en établissement médico-social ;
- Opérateurs dispensant de l'oxygène à domicile.

👉 Les réclamations sont à adresser aux référents « Réclamations » de POLQUAS, point d'entrée unique de ces réclamations, y compris pour les réclamations arrivant en DD. Le présent guide ne détaille pas la procédure de POLQUAS qui est décrite en annexe 4.

Schéma 3 - Procédure « d'orientation des réclamations »





3.3 L'instruction des réclamations en ARS NA

3.3.1 L'enregistrement de la réclamation

Une réclamation peut avoir 3 portes d'entrée : le cabinet, une délégation départementale ou une direction métier. Elle doit être transmise au référent réclamation de la DD, dont la mise en cause dépend géographiquement, sauf exception¹⁰⁸. Cela permet au Directeur de la Délégation départementale d'être informé de toute problématique ayant lieu sur son territoire.

Le référent Réclamations¹⁰⁹ procède à la création d'un dossier sur SIRCE.

Pour la création d'un dossier Réclamation dans l'outil SIRCE, il convient de préciser les informations suivantes :

- Le mode de transmission de la réclamation,
- Les dates de réception (date du courrier, date de réception à l'ARS, date d'arrivée au service instructeur),
- Le domaine fonctionnel de la réclamation (sanitaire, médico-social PA, ambulatoire etc.),
- Les acteurs concernés (personne adressant la réclamation, victime, mis en cause), qui peuvent être des personnes physiques, morales, des professionnels de santé ou des établissements au sens FINESS,
- Le niveau de gravité estimé, s'il est identifié avant instruction,
- La description brève de la réclamation.

3.3.2 Qui instruit ?

Le traitement d'une réclamation est réalisée principalement par un binôme composée par :

- Le référent réclamation, qui joue le rôle de porte d'entrée en assurant l'interface entre l'ARS, le réclamant et le mis en cause.
- Un instructeur ou effecteur (administratif ou médical) en charge de l'analyse de la réclamation et de la réponse à apporter au réclamant.

Pour assurer le traitement de la réclamation, une commission *ad hoc* doit être constituée au sein de la DD à l'initiative de chaque DD.

¹⁰⁸ CHU, Institut Bergonié, pharmacie...

¹⁰⁹ En DD, DM.

Le référent réclamation s'assure de l'actualisation du dossier dans SIRCE tout au long de la phase d'instruction.

3.3.3 Comment instruire une réclamation ?

Il y a 5 étapes principales d'instruction :

- Accuser réception de la réclamation
- Effectuer une 1^{ère} analyse de la criticité de la réclamation
- Analyser les éléments transmis par le mis en cause
- Définir les modalités d'instruction
- Répondre au réclamant et communiquer au mis en cause les conclusions du traitement

Etape 1 : Accuser réception de la réclamation

La première étape d'instruction consiste à envoyer l'accusé réception au réclamant, dans un délai de 15 jours, l'informant qu'une procédure d'instruction est lancée

Le classement sans suite du dossier dans les cas suivants :

- Il n'est pas possible d'identifier le mis en cause ;
- Pas d'identification possible du réclamant et du mis en cause ;
- Réclamant « harceleur ».

La règle du parallélisme des formes doit être retenue. Aussi, lorsque l'ARS est saisie directement par courriel par un usager, un accusé de réception l'informant de la prise en compte de sa demande peut être envoyé par messagerie électronique, ce qui permet de gagner du temps et ainsi de respecter les délais.

Par ailleurs, lors de l'envoi de l'AR, il convient de demander au réclamant s'il ne s'oppose pas à la révélation de son identité et de celle de la victime, auprès du mis en cause, afin de procéder à l'instruction de la réclamation.

Etape 2 : Analyse de la criticité de la réclamation et traitement associé

Pour l'analyse de la criticité, 3 éléments sont à prendre en compte :

- **L'occurrence** : elle se réfère au mis en cause, elle permet de prendre en compte la fréquence des réclamations relatives à l'opérateur ;
- **La gravité** : elle se réfère aux faits décrits et aux conséquences pour la victime, elle permet de prendre en compte les effets sur la santé ou les désagréments engendrés ;
- **La sensibilité** : elle se réfère aux risques encourus par l'opérateur ou l'administration de par la nature des faits décrits, la teneur des propos, la portée des événements....

A/ En cas de présence de critères de gravité nécessitant un traitement rapide → information au DG, DD ou DM pour suite à donner.

B/ Autre cas → Transmission de la réclamation au mis en cause, en conservant l'anonymat du réclamant (sauf si lui-même a levé l'anonymat) ET demande d'éléments d'explications sur la situation rapportée par le réclamant

La personne en charge de l'instruction du dossier en DD ou en DM rédige un courrier de saisine à l'établissement, indiquant les éléments demandés pour l'instruction (explications écrites, pièces justificatives nécessaires à l'instruction...), les délais de réponse souhaités.

La réponse de l'établissement devra donc permettre d'effectuer le traitement de la réclamation, avec le cas échéant, le recours à un avis médical pour l'analyse de pièces médicales confidentielles.

Un lien doit être recherché avec les différentes personnes au sein de l'ARS pouvant être utile au traitement de la réclamation (référént de l'établissement mis en cause, référént thématique...).

Etape 3 : Traitement de la réclamation

Etape 3.1 Analyse des explications apportées par le mis en cause

- Explications satisfaisantes ➔ communication au mis en cause des conclusions du traitement
- Explications insuffisantes ou non satisfaisantes ➔ demande d'informations complémentaires au mis en cause

Etape 3.2 Analyse du risque

- Si absence de risque élevé ➔ contrôle sur pièces

Le contrôle sur pièces a pour objectif d'examiner l'ensemble des informations communiquées par le mis en cause.

- Si risque considéré comme élevé ➔ réunion d'une commission avec le référént ICE et l'animateur territorial chargé du suivi de la structure ➔ proposition de suite au DD ou DM ➔ Selon les cas : Réunion de concertation, contact téléphonique, convocation du mis en cause, organisation d'une médiation, réalisation d'une enquête, ou inspection, ...

S'il est considéré nécessaire de réaliser une mission d'inspection, alors le référént réclamation s'assurera de récupérer auprès du référént ICE les informations utiles, afin de leur enregistrement dans SIREC (exemple : dates de la mission ICE).

Etape 4 : Finaliser l'instruction

- Communication au mis en cause des conclusions du traitement ;
- Réponse au réclamant : il est important d'adapter la réponse à la situation rencontrée et aux problématiques exprimées ;
- Un courrier de réponse au réclamant est rédigé, indiquant les mesures prises par l'établissement.

CAS PARTICULIERS

Cas 1 - L'ARS est en copie d'un courrier adressé en premier lieu à la direction de la structure mise en cause

Principes	<p>C'est à l'établissement d'apporter une réponse au réclamant directement.</p> <p>L'ARS adresse un courrier au réclamant pour l'informer de la décision de demander à la structure mise en cause de lui répondre directement dans un délai précis.</p> <p>L'agence doit s'assurer qu'une réponse a été apportée à l'utilisateur par la structure et que cette réponse est adaptée et répond aux motifs d'insatisfaction du requérant.</p> <p>Dans ce cas, l'agence adresse un courrier de réponse à l'utilisateur lui indiquant qu'il a pris acte de la réponse de l'établissement ; sinon l'instruction se poursuit.</p>
------------------	--

Cas 2 - Le traitement d'une réclamation effectuée par une personne différente de celle ayant subi le préjudice (parents, enfants, conjoints,)

Les ARS reçoivent régulièrement des réclamations où le réclamant est une personne différente de celle ayant subi le préjudice. Il s'agit le plus souvent d'un membre de la famille (enfant, parent, conjoint...) ou du tuteur légal, lorsqu'il s'agit d'un majeur protégé. Dans certains cas, la réclamation peut même être réalisée par plusieurs membres de la famille.

Principes	<p>Dans un premier temps, il convient de rappeler que les tiers n'ayant pas subi un préjudice sont fondés à formuler une réclamation, lorsque celle-ci concerne la situation d'un de leur proche.</p> <p>Les services de l'ARS doivent leur apporter une réponse. Il est important de rappeler également, à ce sujet, que les liens de parenté ne permettent pas d'accéder, sauf accord express de la personne concernée, à des données médicales personnelles. En outre, de façon générale, aucune information ne peut être communiquée, sans l'accord du patient, à un médecin n'ayant pas participé à sa prise en charge.</p> <p>La réglementation prévoit la communication des données médicales personnelles à une tierce personne dans plusieurs cas :</p> <ul style="list-style-type: none">- Un médecin participant à la prise en charge,- Le représentant légal lorsqu'il s'agit d'un mineur,- Le tuteur lorsqu'il s'agit d'un majeur protégé,- L'ayant-droit en cas de décès,- Une personne ayant été mandatée par le patient ou le représentant légal.
------------------	---

	<p>Dans tous les cas, la personne demandant l'accès au dossier médical, y compris le patient lui-même, doit pouvoir justifier de sa qualité.</p> <p>Aussi, il convient d'avoir une gestion au cas par cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le traitement de la réclamation et la réponse apportée ne nécessitent pas de communiquer des données médicales personnelles, rien ne s'oppose à la communication des éléments de réponse au réclamant même lorsqu'il s'agit d'une personne différente de la victime ; • Lorsque la réponse nécessite de communiquer des données médicales personnelles, la réponse doit être communiquée directement à la victime. Il convient de préciser dans le courrier que l'ARS a été sollicitée par telle personne et que cette saisie a donné lieu à une instruction par l'ARS. La victime concernée a le libre choix ensuite de communiquer au réclamant le résultat de l'enquête. Toutefois, il est important, en parallèle, d'informer le réclamant que compte tenu des restrictions d'accès liées au secret médical, les éléments de réponse ont été communiqués directement au patient. • Dans le cas où la personne est décédée, les informations médicales doivent être communiquées à son ayant-droit (le successeur légal) sous réserve de demande motivée.
--	--

Cas 3 - Le traitement des réclamations portant sur une demande d'un usager de trouver un établissement adapté à la pathologie ou au handicap de lui-même ou d'un proche

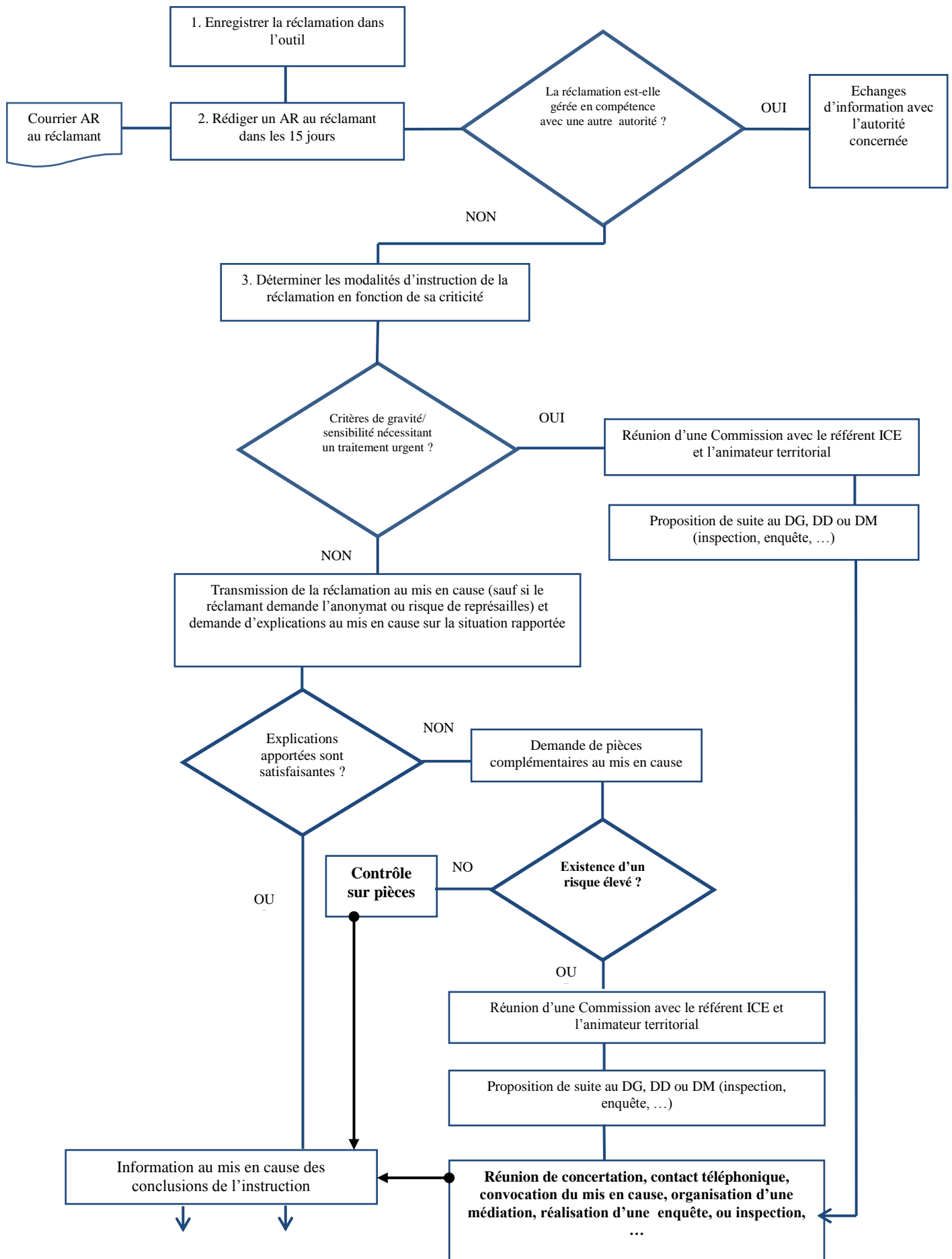
Principes	<p>Il convient de distinguer plusieurs situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le défaut de prise en charge dans le champ du handicap ou les problématiques de placement, qui sont à traiter par la MDPH dans le cadre du dispositif « Réponse adaptée pour tous » ; - Le défaut de prise en charge ou d'offre de soins (accès aux soins en cas d'urgence, déplacement des personnes âgées pour des soins...), qui sont des problématiques locales et doivent être traitées par les délégations départementales.
------------------	--

Cas 4 – Le traitement des réclamations mettant en cause les pratiques médicales d'un professionnel (lien avec les ordres professionnels)

Un groupe de travail régional a été constitué en mai, afin de définir les modalités de gestion des réclamations relatives à un professionnel de santé.

Ce groupe de travail formalisera prochainement une procédure spécifique pour le traitement de ce type de réclamation, dont la diffusion est prévue au mois de septembre 2018.

Schéma 4 - Procédure « d’instruction d’une réclamation »



Courrier au réclamant pour l'informer du résultat de la procédure d'instruction

Gérer les suites et archivage

3.4 Gestion des suites d'une réclamation et archivage

Le contrôle des enregistrements des étapes sur SIRCE

Avant la clôture du dossier sur SIRCE, la complétude et l'enregistrement de la réclamation et des courriers reçus et émis relatifs au dossier doivent être vérifiés.

Les différents échanges de courrier peuvent être téléchargés dans l'outil, afin d'avoir accès à ces pièces à tout moment et par tout agent ayant une habilitation dans l'outil.

Contrôle a posteriori des actions demandées au mis en cause

Si dans le courrier adressé au mis en cause, celui-ci doit mener des actions, l'instructeur de la réclamation doit en faire le suivi et le communiquer au référent réclamation. Il est conseillé au référent de tracer le suivi dans le dossier.

Clôture et archivage du dossier sur SIRCE

L'archivage est la dernière étape dans la gestion d'une réclamation.

Il intervient lorsqu'il ne reste plus d'action à mener et que les résultats du traitement ont été complétés.

L'agent, qui dispose du droit d'archivage dans l'application, s'assure d'archiver chaque dossier une fois la clôture effective.

La personne, qui a les droits d'archivage, a la possibilité également de désarchiver un dossier à tout moment.

Cadre juridique de l'archivage

Pour la gestion des archives en ARS N-A, les textes de référence sont :

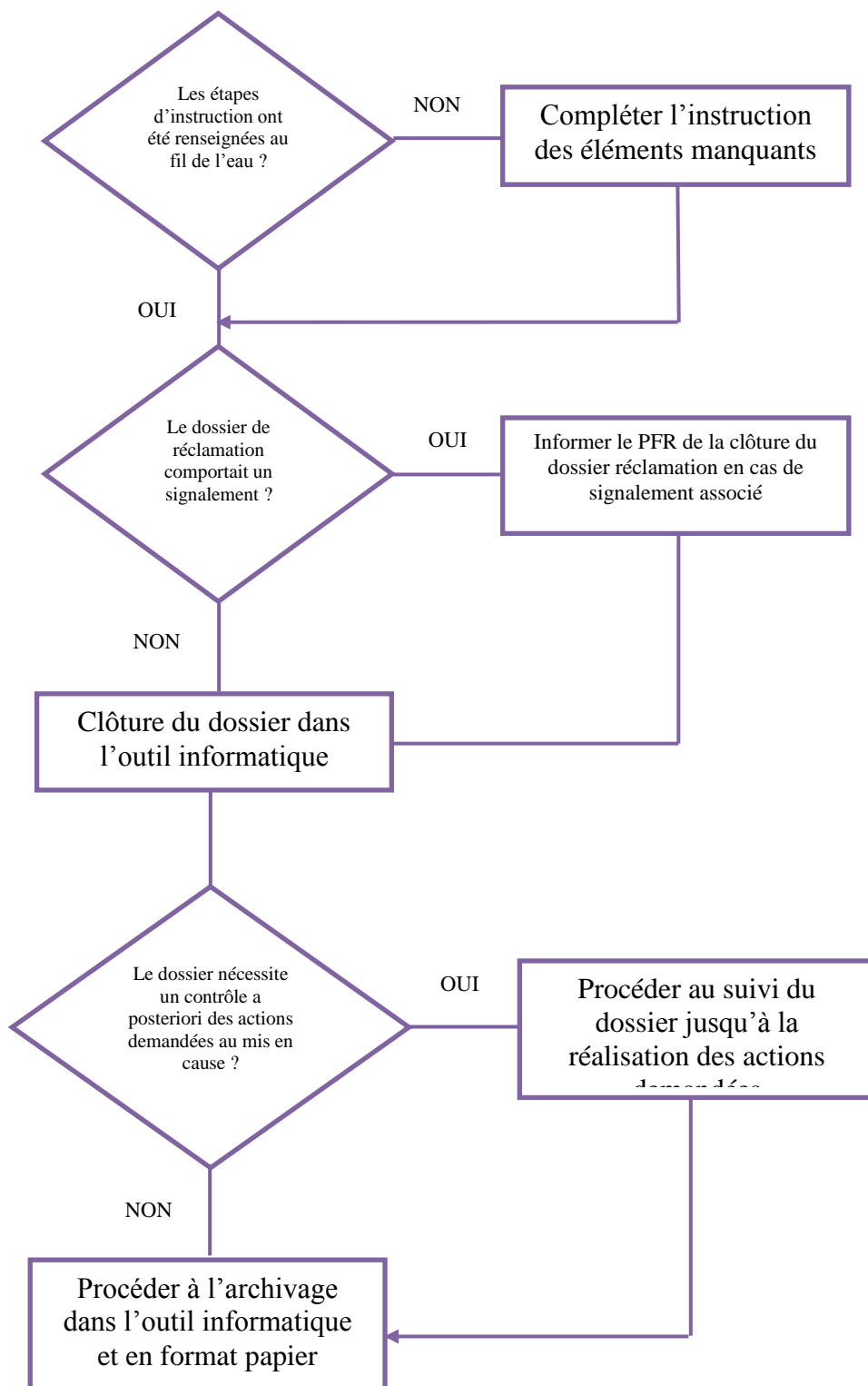
- La circulaire DGP/SIAF/2013/001 du Ministère des affaires sociales et de la santé du 25 avril 2013, relative au tri et à la conservation des archives des anciennes DDASS, qui définit les documents qui doivent être conservés définitivement à l'expiration de leur durée d'utilité administrative (DUA¹¹⁰).

- La Charte d'archivage DRASS-DDASS Nord-Pas-de-Calais datant de 2008

Dans ces textes, les règles d'archivage des dossiers de réclamations disposent que la DUA est de 10 ans, qu'elles aient donné lieu ou pas à une inspection, et ce, quel que soit le domaine d'intervention (santé-environnement, sanitaire, médico-social, ...).

¹¹⁰ Durée légale ou pratique de conservation des documents au terme de laquelle leur sort final est appliqué. Durant cette période, les documents sont susceptibles d'être utilisés par le producteur. Aucun document ne peut être éliminé durant cet intervalle (source Service des archives de l'EHESS).

Schéma 5 - Procédure de gestion des suites d'une réclamation et archivage



Annexes

Annexe 1 – Liste des référents réclamations

Annexe 2 – Liste des évènements indésirables devant être déclarés à l'ARS

Annexe 3 – Tableau d'identification des instructeurs par thématique

Annexe 4 – Procédure de gestion des réclamations relevant de POLQUAS

Annexe 5 – Procédure de réponse aux saisines des cabinets ministériels et des élus

Annexe 6 – Focus juridique sur le secret médical

Annexe 1 : Listes de référents réclamations

	Délégation départementale	Nom du référent Administratif	Téléphone	Nom du référent Médical
16	Charente	Mme Catherine MARCHAT suppléant : GAUTEREAUD, Frédéric	05.45.97.46.22 05.45.97.46.42	Dr Frédérique ALLAIRE
17	Charente-Maritime	Corinne REIMBERT	05.46.68.49.72	Dr Caroline ALBERQUE Dr François MARCHE Dr Alain LE VIGOUROUX
19	Corrèze	Françoise CARRIERE	05.55.20.42.07	Dr Isabelle PLAS
23	Creuse	Véronique BARTHELEMY	05.55.51.81.02	Dr Marie-Hélène DESBORDES
24	Dordogne	Sylvie ROURET	05.53.03.10.53	Dr Odile DIEDERICHS
33	Gironde	Sandrine SOUDEIX	05.57.01.45.31	Dr Mathieu NGUYEN, Dr Bénédicte LE BIHAN, Dr Catherine RAUTURIER, Dr Catherine CERFONTAINE, Dr Marie PILLOT-DEBELLEIX
40	Landes	Christiane MARTIN	05.58.46.63.59	Dr Martine LUGAT
47	Lot-et-Garonne	Laurence RICART	05.53.98.83.31	Dr Catherine FRANCOIS - Dr Catherine HERVY
64	Pyrénées-Atlantiques	Myriam BELASCAIN Bénédicte RAVAINÉ	05.59.52.62.58 05.59.52.62.50	Dr Marie-Pierre DUFRAISSE, Dr Jean-Bernard LAPORTE-ARRAMENDY ou Dr Daniel PEREZ selon le cas
79	Deux-Sèvres	Josette GARDELLE - Lucile SIMONNET	05.49.06.70.06 05.49.06.70.09	Dr Véronique CHAGNON
86	Vienne	Fabien LEJEUNE Dominique BLANCHARD	05.49.44.83.53 05.49.42.30.70	Dr Stéphane BOUGES
87	Haute-Vienne	Christine CHAMINADE et MC BOREL	05.55.11.54.64 05.55.45.80.89	Dr Michel BOULLAUD
	Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie	Nom du référent Administratif	Téléphone	Nom du référent Médical
		Sandrine BEDEAU-HADID (à confirmer) Cécile BABIN	05.57.01.44.43 05.57.01.44.35	
	Direction de la Santé Publique	Nom du référent Administratif	Téléphone	Nom du référent Médical
	POLQUASS	Raphaël AMBLARD Sophie BARDEY	05.57.01.44.95 05.57.01.44.72	

LISTE DES EVENEMENTS INDESIRABLES DEVANT ETRE DECLARES A L'ARS

Il s'agit d'événements indésirables, exceptionnels et dramatiques survenus dans les établissements de santé et médico-sociaux, et qui pourraient **menacer la santé ou compromettre la sécurité** des personnes accueillies au sein de la structure¹¹¹.

1. Les évènements indésirables concernant la santé

- les suicides et les tentatives de suicides,
- les décès de personnes prises en charge, consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge, décès suite à une chute, un accident de contention...
- les situations de maltraitance ayant une conséquence directe sur la santé et la sécurité, notamment les violences physiques (coups, violences sexuelles, meurtres...) ou psychologiques, violences morales, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...
- les erreurs médicamenteuses, traitement inadapté, retard dans la prise en charge ou le traitement apporté

2. Les évènements indésirables concernant la sécurité

- les fugues et les disparitions de personnes accueillies, disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne
- les vols récurrents à l'encontre des patients
- les actes de malveillance au sein de l'établissement
- les sinistres (incendies, inondations), tempêtes, rupture de fourniture d'électricité ou d'eau ...

3. Les évènements indésirables concernant le fonctionnement de l'établissement

- Les conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux, vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficulté de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turnover du personnel, grève..., mettant en difficulté l'effectivité de la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies
- Les défaillances techniques pouvant entraîner un risque pour la santé et la sécurité des personnes (telles que les pannes électriques par exemple), panne de chauffage, d'ascenseur ...

¹¹¹ <https://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-4>



- L'activation d'un plan au sein de l'établissement (plan blanc, plan bleu, cellule de crise interne)
 - Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure
 - Conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel, activités illicites...
 - Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure
- Manquement grave au règlement de fonctionnement
- Agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle...
- Non-respect des règles de vie en collectivité, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux...
- Actes de malveillance au sein de la structure
- Détérioration volontaire de locaux, d'équipement ou de matériel, vol

112

Attention !


Les signalements de fugue de patients admis en soins psychiatriques sans consentement ne sont pas concernés (autre procédure).

¹¹² La liste des thèmes des événements indésirables provient du site internet national des Agence Régionale de Santé (<https://www.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-4>) et des différents sites régionaux

Annexe 3 - Tableau d'identification des instructeurs par thématique

RECLAMATIONS NOUVELLE-AQUITAINE
IDENTIFICATION DES INSTRUCTEURS

Thèmes des réclamations	COMPETENCE A.R.S.				HORS COMPETENCE A.R.S.		
	POLQUAS	DD	DOSA	SANTE-ENVIRONNEMENT	DDCSPP	CONSEIL DEPARTEMENTAL	ASSURANCE MALADIE
CHU et Institut Bergonié (sauf réclamations relevant d'un parcours de soins)			X				
Défaut d'offre de soins		X					
Structures dispensant de l'oxygène à domicile	X						
Circuit du médicament	X						
Officine de pharmacie	X						
Laboratoire biologie médicale	X						
Pharmacie à usage intérieur	X						
Détenus			X				
Bruit				X			
Eaux de consommation				X			
Eaux de baignade				X			
Eaux Thermales				X			
Qualité de l'air				X			
Environnement				X			
Hygiène et salubrité des ERP				X			
Amiante				X			
Sécurité sanitaire des aliments					X		
sécurité alimentaire, protection des consommateurs					X		
Santé et protection animale					X		
Logement/Foyer - unité de vie						X	
Protection des personnes vulnérables à domicile						X	
Tarififications des soins							X
Autres thématiques (EHPAD, MAS, services à domicile, médecine de ville, centres hospitaliers...)		X					

	PROCEDURE DE GESTION DES RECLAMATIONS RELEVANT DU POLE QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS	V2 13/11/2017
---	--	----------------------

Préambule

Cette procédure a pour objet de formaliser le circuit de traitement des réclamations¹¹³ en interne.

Pour rappel, les réclamations gérées par POLQUAS concernent :

- les officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale ;
- les problématiques concernant le circuit du médicament en établissement de santé ou en établissement médico-social ;
- les opérateurs dispensant de l'oxygène à domicile

1- Réception des réclamations

Toutes les réclamations reçues par l'ARS (Délégations départementales, directions métiers...) dans les champs ci-dessus définis sont transmises à POLQUAS sur la BAL : ARS-NA-POLQUAS@ars.sante.fr.

Les référents réclamations POLQUAS sont Raphaël AMBLARD et Sophie BARDEY. Ces deux agents ont accès aux 3 bases régionales de SIRCE.

Le référent Inspection Contrôle Evaluation (ICE) du pôle, (en attente de désignation) assure l'appui technique et méthodologique sur cette thématique.

2- Validation de la réclamation

La réclamation est validée dès lors qu'elle concerne un usager.

Les autres signaux¹¹⁴ en provenance de professionnels de santé ou d'un établissement sont traités suivant une procédure spécifique.

3- Décisions de 1^{er} niveau

L'analyse de 1^{er} niveau est réalisée par les référents réclamations en lien avec le référent ICE du pôle.

Elle peut donner lieu aux décisions suivantes :

- Réponse type pour les situations connues (ex : Levothyrox)

¹¹³ Une réclamation est l'action pour un particulier de demander des explications sur un événement dont il estime qu'il fait ou pourrait faire grief à lui-même ou à autrui, et ayant pour finalité le respect de l'exercice d'un droit (Guide de gestion des réclamations – IGAS – Septembre 2011)

¹¹⁴ Une procédure est en cours de rédaction par le pôle ICE en lien avec le PFR pour distinguer les réclamations des autres signalements

- Classement sans suite (AR simple au plaignant)
- Transmission à une autre institution compétente (AR et information de la transmission au plaignant + bordereau de transmission)
- Transmission à un effecteur spécialisé pour instruction et suites à donner (AR d'attente au plaignant)

Si la réclamation évoque un évènement concerné par une obligation de signalement à l'ARS, les référents informent le Point Focal Régional (PFR) : transmission de la plainte et du courrier de réponses.

4- Accusé de réception au déclarant et enregistrement des réclamations

Les référents accusent réception de la réclamation dès que possible et au maximum dans un délai de 15 jours.

L'enregistrement est réalisé dans SIRCE ainsi que dans un tableau de suivi, enregistré dans le dossier « réclamations » sous la thématique « Pharmabio » de la nouvelle arborescence de POLQUAS.

5- Instruction des réclamations

Liste des effecteurs en fonction du territoire :

Dpt	Nom	Prénom	mail
16	LUSAMVUKU	Aurélié	aurelie.lusamvuku@ars.sante.fr
17	DANIEL	Arnaud	arnaud.daniel@ars.sante.fr
19-23-87	ESPOSITO	Guy	guy.esposito@ars.sante.fr
	GUYONNET	Thierry	thierry.guyonnet@ars.sante.fr
24	MURAT	Philippe	philippe.murat@ars.sante.fr
33	SANCHEZ	Marie-Pierre	marie-pierre.sanchez-largeois@ars.sante.fr
	FISCHER	Aurélié	aurelie.fischer@ars.sante.fr
40	MARTIN	Odile	odile.martin@ars.sante.fr
47	BARDET	Elisabeth	elisabeth.bardet@ars.sante.fr
64	MEHINTO	Vincent	vincent.mehinto@ars.sante.fr
79	DELPECH	Jean-Maurice	jean-maurice@ars.sante.fr
86	HARRIS	Florence	florence.harris@ars.sante.fr

En cas d'absence, la désignation de l'effecteur est réalisée au cas par cas par la responsable du pôle en lien avec les référents.

Compte tenu de la taille du département de la Gironde, les 2 instructeurs désignés sur ce secteur se voient attribuer les dossiers à tour de rôle.

La réclamation est instruite dans un délai de **90 jours** (sauf problématique particulière). Elle peut comprendre :

- L'analyse des éléments transmis par le mis en cause,
- L'évaluation de la criticité de la réclamation,
- Le courrier adressé au mis en cause (contrôle sur pièces),
- La validation collégiale de la décision d'un contrôle sur site, en lien avec le référent inspection contrôle du pôle,
- La communication au mis en cause des conclusions du traitement (sensibilisation sur certains points...).

Pour toute réclamation relative aux établissements sanitaires ou médico-sociaux, l'effecteur informe la délégation départementale concernée des actions envisagées.

L'effecteur transmet aux référents tous les éléments attestant du traitement de la réclamation : courriers, éléments de réponses, rapport d'inspection. Ceux-ci sont enregistrés dans des dossiers classés par ordre numérique et situés sous « Pharmabio/Réclamations ».

L'effecteur assure le suivi de la réclamation, notamment le contrôle de la mise en œuvre des actions demandées au mis en cause.

6- Enregistrement des étapes d'instruction

En fonction des éléments transmis par l'instructeur, les référents :

- renseignent SIRCE, en intégrant notamment dans le logiciel l'ensemble des documents transmis par l'instructeur,
- clôturent le dossier (SIRCE + tableau de suivi).

7- Information du résultat de l'instruction

Les référents réclamations adressent un mail pour information au référent réclamation de la délégation départementale dont le mis en cause dépend géographiquement confirmant :

- la date et le contenu de la plainte
- les suites données par l'effecteur.
-

8- Suivi de la procédure

La responsable du POLQUAS avec l'appui du binôme de référents, est chargée de s'assurer :

- de la bonne application de la procédure,
- de la qualité du traitement des réclamations,
- de la mise à jour de la procédure d'organisation interne de traitement des réclamations.



— Direction générale / Cabinet

Dossier suivi par : Vincent CAILLIET

Téléphone : 05 57 01 44 07

— Courriel : ars-alpc-cabinet@ars.sante.fr

— Bordeaux, le 11 MAR, 2016



Procédure de réponse aux saisines des cabinets ministériels et des élus

L'agence régionale de santé ALPC est, depuis sa création début janvier 2016, fortement et régulièrement sollicitée par divers cabinets ministériels (notamment ceux de la Ministre des affaires sociales et de la santé Marisol TOURAINE, de la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion Ségolène NEUVILLE et de la Secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie Pascale BOISTARD), mais aussi par des élus (maires, parlementaires, présidents d'exécutifs départementaux ou régional, conseillers départementaux et régionaux).

Compte tenu de la sensibilité des demandes et du caractère souvent urgent des réponses à donner, ces dernières doivent être formalisées et mises en œuvre de façon rigoureuse. Dans ce but, je vous demande d'appliquer les règles de procédure et consignes de rédaction mentionnées ci-dessous :

- Le cabinet transmet la saisine par messagerie à la délégation départementale ou à la direction métier concernée, **pour préparation du projet de réponse** ;
- Ce destinataire assure, si nécessaire, le recueil des informations et, dans tous les cas de figure, prépare le projet de réponse à transmettre au cabinet pour suite à donner ;
- Le projet de réponse doit être préparé sous la forme demandée par la saisine, selon les cas :
 - ⇒ Une note d'information à la ministre signée par mes soins (ou par la directrice générale adjointe en mon absence),
 - ⇒ Un projet de courrier en réponse à la personne ayant interrogé la Ministre, soumis à sa signature (voir exemple en pièce jointe),
 - ⇒ Un courrier de réponse à l'élu concerné, signé par mes soins.
- Transmission du projet de réponse au cabinet par messagerie électronique afin qu'il soit validé par la cheffe ou le directeur de cabinet.



Espace Rodesse - 103 bis, rue Belleville – CS 91704 – 33063 BORDEAUX Cedex

www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr

Standard : 05 57 01 44 00 – Horaires d'ouverture au public : 08h30 – 16h30, vendredi 16h15

J'insiste sur la nécessité d'une **transmission électronique** des projets de réponse, y compris pour les services géographiquement présents sur le site de Bordeaux (DD 33 et directions métiers) :

- D'une part, cela permet une traçabilité et un suivi informatiques des dossiers concernés ;
- D'autre part, cela permet de procéder aux modifications éventuelles avant signature par le directeur général ;
- Par ailleurs, cela évite que des parapheurs puissent être soumis directement au directeur

	FOCUS JURIDIQUE SUR LE SECRET MEDICAL	Version : 1.1 Date : 24/04/2018
---	--	--



Date :	24/04/2018
Emetteur :	Jérémy ATALAYA Ingrid STAMANE DSP - Pôle Inspection Contrôle Évaluation
Validation/Visa :	Direction de la santé publique Pôle Inspection Contrôle Evaluation
Destinataires :	Agents en charge des réclamations des usagers de la santé
Objet :	LE SECRET MEDICAL ET SES OBLIGATIONS

- Historique des versions

Version	Date	Auteur(s)	Objectif
1.1	24/04/2018	Jérémy ATALAYA Ingrid STAMANE	Préciser les obligations en matière de respect du secret médical pour le traitement des réclamations

Cadre juridique

Le secret médical est une des composantes de la notion de secret professionnel qui découle du secret de la vie privée prévu à l'article 9 du code civil. La violation du secret professionnel est sanctionnée pénalement (article 226-13 du code pénal).

Le secret médical, défini à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, est une obligation à la charge du professionnel de santé et avant tout un droit du malade. Il s'étend à toutes les informations d'ordre privé venues à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, que ces informations soient ou non d'ordre médical.

Les dispositions de l'article R. 4127-72 du code de la santé publique, selon lesquelles « le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment », s'appliquent à tous les modes d'exercice de la profession de médecin.

Cette règle est fixée à l'article R.1421-14 du code de la santé publique relatif aux médecins inspecteurs de santé publique, qui prévoit notamment que « dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles ».

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique prévoient une application large de la notion de secret médical dans le cadre des organismes participant à la prévention et au soin. En effet, il s'applique au-delà des seuls professionnels de santé à l'ensemble « du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes » et il « s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».

À cet égard, il convient de rappeler que l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 dispose que « les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. Cette règle concerne également les agents non statutaires de la fonction publique, conformément à l'article 1-1 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

Le respect du secret médical dans les ARS dans le cadre de la gestion des réclamations

Le secret médical peut se définir comme l'obligation pour un professionnel de santé de ne pas divulguer des informations de nature médicale, dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

En vertu de ce principe, les médecins de l'ARS ne doivent pas divulguer des informations médicales qui leurs sont directement adressées. Aussi, pour rappel, les éléments médicaux doivent être transmis sous pli cacheté avec précisions sur le destinataire. **Ces points doivent être précisés à l'établissement lors de la demande de transmission des pièces nécessaires à l'instruction.**

Ce principe n'est pas absolu et doit s'adapter aux besoins et à l'organisation des services. En conséquence, une approche pragmatique doit être recherchée avec une limitation du nombre de personnes susceptibles d'avoir accès à des informations de cette nature.

De façon générale, il convient de rappeler que les agents exerçant en Agence Régionale de Santé, quel que soit leur statut, sont soumis à une obligation générale de **secret professionnel dont le secret médical est une des composantes**. Aussi, lorsque des personnels non médicaux interviennent dans le traitement des réclamations, les médecins en charge de l'instruction doivent rappeler à ces personnels leurs obligations en matière de secret professionnel.

Les Délégations Départementales n'ont globalement pas fait état de difficultés concernant le respect du secret médical. Dans la plupart des cas, les réclamations nécessitant une instruction médicale sont instruites par un binôme médico-administratif.

Attention :

1. Lorsque l'utilisateur adresse des informations médicales le concernant sans l'adresser de façon explicite à un médecin, on peut considérer qu'il lève le secret médical et autorise tout destinataire à prendre connaissance de son courrier. On peut cependant considérer comme une bonne pratique de mettre sous pli cacheté les pièces jointes de nature médicale (compte rendu opératoire, bilan sanguin...).
2. Lorsque un établissement transmet à l'ARS des données médicales sans précaution en matière d'accès à des données (pli cacheté, mention du médecin destinataire...), il s'agit d'une rupture du secret médical par l'établissement que l'on se doit de corriger en mettant, dès réception l'ensemble des pièces sous pli cacheté).

II- Les outils à l'appui de la diffusion de la bientraitance

II- A. Guide La maltraitance, comment en parler dans une équipe ?

Réflexion pour action à l'attention de nos intervenants

Croix-Rouge française 2018 (Annexe 3, pp.185-195)



LA MALTRAITANCE, COMMENT EN PARLER DANS UNE ÉQUIPE ?

REPÈRES

2018

**Réflexion pour action à l'attention de
nos intervenants**

Direction de l'Audit, du Contrôle Interne et de la Qualité, Département Qualité
Direction des Métiers et de la Formation
Décembre 2018

PRÉAMBULE

Ce guide sur la maltraitance a été élaboré par des professionnels de la Croix-Rouge française à des fins de sensibilisation et de prévention. Il n'a pas vocation à être un outil de gestion de crise, mais à aider à ouvrir le dialogue sur une thématique difficile à aborder, complexe et parfois négligée.

Le constat que nous faisons est que la plupart du temps, au sein des institutions, aucun de nous n'a l'intention de nuire aux personnes vulnérables, mais que pour autant, nous pouvons malgré cela avoir des comportements, des institutions, des locaux ou des organisations violentes. En ce sens, la maltraitance n'est pas seulement l'affaire des intervenants, mais bien celle de l'institution toute entière.

Nous pensons qu'il faut oser regarder ce problème en face pour pouvoir avancer. Face aux personnes vulnérables, les intervenants sont régulièrement mis en difficulté dans leur pratique et donc le risque de maltraitance est toujours réel : ce document doit nous aider à garder ce risque présent à l'esprit, pour mieux y faire face.

Ce support s'adresse à tous les intervenants de la Croix-Rouge française, tant aux professionnels qu'aux bénévoles, aux responsables, aux directeurs, et à l'association Croix-Rouge française dans son ensemble en complément des dispositifs de formation proposés au plan national par la Direction des ressources humaines.

Il a l'ambition d'aider les intervenants à être, les uns pour les autres, des tiers aidants dans la recherche de bienveillance. Il s'agit en effet d'accompagner professionnels comme bénévoles dans la compréhension que ce n'est pas tant la délation, signe d'une trahison de la solidarité d'équipe, qu'ils ont à redouter, mais le silence et la banalisation qui abandonnent la personne vulnérable à son sort, au risque de la répétition et de l'aggravation de l'acte, signes de l'abdication de toute responsabilité professionnelle et humaine.

Ce document s'inscrit dans le sillage de notre projet associatif, qui, pour nous tous, professionnels comme bénévoles, implique aussi de remplir notre mission dignement. Il pose aussi à nos yeux les éléments d'un projet de société puisque c'est bien dans son geste envers les plus fragiles d'entre les siens que se reconnaît l'humanité d'une communauté humaine.

Le groupe de travail Croix-Rouge française sur la maltraitance

La maltraitance, de quoi parlons-nous ?

La maltraitance est une forme de *violence* particulière, qui s'exerce d'une personne plus autonome ou plus forte, envers une personne plus fragile. Ainsi, toute forme de violence n'est pas de la maltraitance. La maltraitance suppose aussi un lien de *dépendance* entre la victime et l'auteur. C'est pourquoi, s'ils peuvent subir de la violence de la part de certains usagers, les professionnels ne peuvent être maltraités par eux.

La maltraitance ne touche pas que les personnes âgées et les enfants, comme les informations diffusées par les médias le laissent parfois penser. Toute personne fragilisée peut la subir.

Les exemples qui suivent sont des formes de maltraitance que nous avons rencontrées au cours de notre pratique professionnelle. La liste n'est bien sûr pas exhaustive, elle a simplement valeur d'illustration, et reprend les grandes classifications établies par le Conseil de l'Europe. Il revient à chaque équipe de compléter cette liste ou de la préciser à partir de sa propre expérience.

Les violences psychiques ou morales

Rentrer dans une chambre sans frapper, sans s'annoncer, ou en frappant mais sans attendre (hors situation d'urgence).

Effectuer une toilette ou un soin à deux en parlant entre professionnels sans associer la personne concernée.

Porter un jugement sur les proches d'un enfant accueilli.

Oublier quelqu'un sur les toilettes.

Accueillir ou faire un soin avec un téléphone à l'oreille ou un walkman.

Utiliser un langage humiliant ou insulter une personne.

Les violences médicales ou médicamenteuses

Disqualifier la plainte.

Adresser à un professionnel présent une parole médicale en excluant le malade de l'échange.

Faire une information thérapeutique sous des modalités infantilisantes.

Sédater pour être tranquille.

Les négligences actives

Ne pas avertir d'un changement d'horaire de visite à domicile.

Retirer la sonnette à une personne pour ne pas qu'elle dérange.

Priver quelqu'un de dessert.

Ne pas traiter une urgence malgré les informations reçues.

Les négligences passives

Ne pas dire bonjour.

Imposer la télévision ou la musique indépendamment des souhaits de la personne.

Faire les gestes à la place de la personne pour gagner du temps.

Laisser traîner des objets ou des vêtements chers à un enfant sous la pluie une nuit entière.

Faire attendre très longtemps une personne sans information.

Privation ou violation des droits

Pratiquer un soin ou un acte médical sans le consentement du patient ou malgré son avis explicite.

Restreindre le droit de visite arbitrairement ou par manque d'organisation ou de coordination.

Sanctionner un enfant pour un écart de conduite par un refus de retour à domicile.

Faire passer le souhait des membres de la famille au-dessus de celui de la personne alors qu'elle est en mesure de s'exprimer verbalement ou de se faire comprendre par la communication non verbale.

Les violences matérielles et financières

Accueillir des personnes dans des conditions qui ne leur permettent pas de garder avec eux des objets personnels ou de l'argent sans mettre à leur disposition un endroit où les déposer.

Recueillir des informations confidentielles concernant une personne dans un endroit exposé aux regards ou aux écoutes de tiers.

Contraindre des usagers à utiliser des lits et des matelas très usés ou souillés.

Héberger un nombre de personnes très élevé dans une chambre exigüe et inadaptée.

Laisser une personne vulnérable être dépouillée de ses biens par un tiers sans intervenir.

Abuser de la confiance d'une personne pour lui soutirer de l'argent.

Les violences physiques

Mettre ou enlever les vêtements à la personne de manière brusque.

Ne pas intervenir en cas de violences physiques entre les usagers.

Lors d'un repas, boucher le nez d'un résident pour qu'il ouvre la bouche et ainsi pouvoir le forcer à manger.

Face à un résident opposant, utiliser un jet d'eau pour le maîtriser en mesure de rétorsion.

FAQ sur la maltraitance

Où commence la maltraitance ?

Il n'existe pas un seuil pré-défini à la maltraitance : toute situation doit être examinée au cas par cas pour déterminer ce qu'il en est.

La maltraitance est-elle seulement envers les personnes âgées ?

Non, toute personne vulnérable peut la subir, c'est-à-dire toute personne qui a besoin de l'intervention d'un professionnel auprès d'elle pour l'aider ou l'assister dans ses besoins fondamentaux ou dans l'exercice de ses droits.

Est-ce qu'un professionnel peut être maltraité ?

Non : un professionnel n'est pas une personne vulnérable au même titre qu'un enfant, un patient, une personne âgée, etc. Un professionnel peut subir de la violence (de la part des usagers, de leurs proches, ou de ses collègues par exemple), il peut être harcelé au travail, subir des insultes, etc. Mais il ne faut pas utiliser le même mot pour tous ces phénomènes car chacun d'entre eux est différent et se traite de manière spécifique.

Est-ce que la maltraitance arrive simplement dans les établissements ?

Non, elle peut aussi survenir dans la sphère familiale, entre des parents et des enfants, ou bien entre des enfants adultes et leur parent âgé par exemple.

Que dois-je faire si je suis témoin d'une situation ou qu'on me la raconte ?

En parler au cadre de proximité ou au directeur d'établissement le plus rapidement possible et remplir la fiche événement indésirable décrivant les faits observés ou racontés. Être témoin d'un acte de maltraitance ou en être informé relève de la même responsabilité personnelle.

Qu'est-ce qui peut arriver à mon collègue si je témoigne qu'il a commis un acte de maltraitance ?

V- Cela dépend de la gravité de l'acte, de ses circonstances, de ses conséquences sur les personnes vulnérables. Le traitement disciplinaire de toute situation se décide de manière concertée par le directeur d'établissement, le responsable ressources humaines et la cellule maltraitance au siège (pôle qualité, délégué national, service juridique).

Que se passe-t-il quand on signale un acte de maltraitance au procureur de la République ?

VI- Lorsque le procureur est saisi d'une situation par un directeur d'établissement, il a plusieurs possibilités : soit décider de ne pas poursuivre l'enquête, soit initier une investigation pour obtenir davantage d'informations sur les faits. En fonction des éléments recueillis lors de l'enquête, il pourra ensuite décider de poursuivre la personne ou les personnes mises en cause, ou classer l'affaire sans lui donner de suites.

À quoi servent les numéros d'appel sur la maltraitance ?

Les numéros d'appels pour signaler des situations de maltraitance sont le 39 77 (pour les personnes âgées et les personnes handicapées) et le 119 (pour les mineurs). Ils permettent de remonter des informations de manière anonyme à des personnes formées à l'écoute, qui transmettront ensuite l'information aux instances capables de leur donner les suites appropriées, en fonction de la gravité des faits énoncés.

À quoi sert la CRIP ?

La CRIP est la Cellule de recueil des informations préoccupantes dont la responsabilité est confiée au conseil général. Elle est le destinataire privilégié de toutes les alertes qui concernent des mineurs, suite à la réforme de la protection de l'enfance de 2007. Lorsqu'un abus ou une suspicion d'abus concerne un enfant ou un adolescent, suivi en établissement ou à domicile, l'alerte doit être transmise à la CRIP directement, qui fait l'analyse des éléments recueillis et, si elle le juge nécessaire, les transmet au procureur de la République.

La maltraitance, pourquoi ce n'est pas si simple d'en parler dans une équipe ?

À cause de la dynamique de groupe

La loi du silence Je n'ai pas été le seul à voir, d'autres ont vu et n'ont rien dit. Je fais pareil, pour ne risquer d'être isolé ensuite.

Entre nous Entre collègues, on est proches, on se voit en-dehors du travail. On se ferait pas un coup pareil, je ne vais pas les dénoncer.

Donnant-donnant J'ai vu que tu travaillais mal, je ne dis rien, comme ça la prochaine fois si je fais une erreur, tu ne diras rien non plus.

Se fondre dans la masse Je suis nouveau professionnel, je veux m'intégrer dans l'équipe.

Pas de vague Mieux vaut ne pas remuer les sales histoires, on risque de s'attirer des ennuis.

On n'y peut rien C'est comme ça depuis toujours, pourquoi ça bougerait maintenant ?

Je suis pas une balance Ce n'est pas mon rôle de professionnel de dire ce que j'ai vu, ce serait de la délation. C'est au cadre de voir, de comprendre, de sanctionner.

À cause d'un problème d'encadrement

A quoi bon ? On en a parlé au cadre, il ne s'est rien passé ensuite, maintenant on n'en parlera plus.

L'ombre d'un doute On en a parlé au cadre, il nous a répondu « vous êtes sûrs ? » et ça s'est arrêté là.

Qui est responsable ? Personne ne sait qui fait quoi et ça arrange tout le monde.

Il n'y a pas de justice Ça tombe toujours sur les mêmes.

La justice aveugle Quand on a signalé, rien n'a été discuté, les sanctions sont tombées sans explications, donc on ne dit plus rien.

Au nom de l'excellence Dans cette équipe on n'a pas le droit à l'erreur, il faut toujours être le meilleur, je ne veux pas passer pour celui qui ne sait pas faire.

Par méconnaissance de ce qu'est la maltraitance

Ce n'est pas si grave Certains actes sont banalisés, on n'en parle pas parce qu'on n'a pas conscience que cela relève de la maltraitance.

On a toujours fait comme ça Une vieille pratique n'est pas toujours une bonne pratique, mais elle peut en avoir l'air.

Où ça commence et où ça s'arrête ? On n'est pas tout à fait sûrs de la limite entre maltraitance et bientraitance.

À cause d'une fragilité professionnelle

J'ai besoin de travailler Je ne veux pas risquer des ennuis avec la hiérarchie.

Je traverse une mauvaise passe Je ne veux pas accumuler les difficultés personnelles et professionnelles.

Je suis stagiaire, je risque ma validation Je ne veux pas mettre en danger la suite de mes études et mon diplôme.

Je suis dans une équipe qui gagne Je trouve que mon équipe est très bien comme ça, je ne veux pas la remettre en cause.

Je ne sais pas ce qui pourrait m'arriver avec mes collègues J'ai peur des représailles, je ne vais pas prendre le risque de me mettre mes collègues à dos.

La maltraitance, pourquoi c'est essentiel de prendre le risque d'en parler ?

Par éthique personnelle et conscience professionnelle

Pour pouvoir se regarder dans la glace Je ne peux pas vivre avec ça.

Tant pis, j'accuse C'est intolérable de voir une personne maltraitée, tant pis si je me mets tout le monde à dos.

Plus jamais ça Ce qui est arrivé est trop grave, il ne faut plus jamais que ça arrive.

La goutte d'eau Ça fait des mois que ça dure, maintenant je vais le dire.

Tout mais pas l'indifférence On a dépassé les bornes, ça me met en colère, je ne peux plus l'accepter.

La victime est fragile C'est pour elle que je suis là d'abord, pas pour l'équipe.

On ne peut pas cautionner Si je ne dis rien c'est comme si j'étais d'accord.

Elles nous font confiance Je sais que la personne compte sur moi, je ne peux pas la laisser tomber.

Pour remettre en route une dynamique de bientraitance dans l'équipe

Pour éviter que ça dérape Quand on parle des petites difficultés, elles risquent moins de devenir de grands problèmes.

Pour ne pas retomber dans la loi du plus fort Signaler, ce n'est pas de la délation, c'est prendre le parti du plus fragile. Si je ne le fais pas, la personne reste sans défense

Au nom de la bientraitance Ce n'est pas en se taisant que ça va aller mieux.

Pour prendre soin de l'équipe Une équipe maltraitante, c'est une équipe qui ne va pas bien : signaler, c'est lui permettre d'avancer à nouveau vers la bientraitance.

Pour se remettre en cause La maltraitance est parfois commise sans réfléchir, en parler c'est recommencer à penser à ses pratiques et donc, pouvoir les faire évoluer.

Oser le dire Beaucoup de professionnels ressentent la même chose mais n'osent pas le dire, en parlant je leur ouvre la possibilité de parler aussi.

La maltraitance, comment en parler dans une équipe ?

En s'appuyant sur un projet institutionnel clair sur le sujet

En référence au projet associatif de la Croix-Rouge française, aux procédures nationales de signalement des actes de maltraitance à la fin de ce guide et aux règles de traitement des situations de maltraitance validées par le Conseil d'Administration en mars 2011.

En se fondant sur le passage du projet d'établissement qui y fait référence.

En référence à des définitions de la maltraitance qui ont été précisées pour tous les professionnels dans des documents internes (projet d'établissement, charte, réflexion éthique...) ou des recommandations de bonnes pratiques externes.

Avec l'horizon de tous les textes de référence sur les droits des usagers et des patients, repris dans les documents de référence dans l'établissement.

Avec l'appui d'un encadrement cohérent avec les valeurs énoncées et qui encourage l'exigence réciproque entre les acteurs.

En s'appuyant sur des dispositifs internes ou externes qui facilitent la prise de parole

À l'occasion de la démarche d'évaluation interne ou de certification.

Au sein du Conseil de la vie sociale ou de la Commission de relation avec les usagers.

Pendant des discussions d'équipe classiques (synthèses, transmissions, réunions de projets...).

À l'occasion d'une réflexion éthique.

À chaque occasion où l'on retravaille l'organisation de l'accompagnement.

Au sein d'un dispositif au sein de l'établissement (cellule de veille sur la maltraitance, comité bientraitance...).

Avec l'aide de tiers extérieurs

À l'occasion d'une formation sur la bientraitance ou sur la maltraitance pour les professionnels.

Avec l'appui de l'équipe mobile « Paroles pour la bientraitance » pour les professionnels.

En donnant la possibilité aux usagers ou aux patients de s'exprimer confidentiellement sur le sujet sans risquer de représailles, par exemple auprès d'un référent identifié pour cela dans la structure.

En respectant certaines règles du jeu

En commençant par la tolérance zéro sur les incivilités et la violence verbale entre professionnels.

En laissant parler les professionnels relativement librement sur le sujet.

En favorisant une approche distanciée des problèmes, avec par exemple l'appui d'un arbre des causes.

En laissant la place à la complexité dans l'analyse des causes.

En acceptant que le risque de maltraitance existe dans toutes les équipes.

En évitant les jugements de valeur dans les échanges sur le sujet.

Sans stigmatiser un corps de métier plutôt qu'un autre, une personne plutôt qu'une autre.

En évoquant d'abord le problème en tête à tête avec la personne concernée si l'on constate un acte de maltraitance.

En confiant le problème à l'encadrement si l'échange avec la personne concernée n'a rien donné et que la maltraitance se répète, ou si le problème est grave.

En permettant à chaque personne de réfléchir à ses pratiques, de manière préventive, avant de risquer l'épuisement professionnel et la dérive de ses pratiques.

En rappelant clairement, si un événement de maltraitance a eu lieu : La loi et les droits des usagers ou des patients. Le projet d'établissement et la raison d'être de l'accompagnement. Les bonnes pratiques d'accompagnement.

En donnant la possibilité aux usagers ou aux patients de s'exprimer confidentiellement sur le sujet sans risquer de représailles, par exemple auprès d'un référent identifié pour cela dans la structure.

Comment utiliser ce document ?

Ce support a vocation à ouvrir des échanges au sein des équipes. Pour cela, le remettre aux professionnels de la structure n'est pas suffisant : il faut les encourager à le lire et à y réfléchir ensemble.

Par exemple, il peut être intéressant qu'il soit remis aux professionnels et que dans un second temps, les cadres organisent des échanges à ce sujet au sein de leurs unités. Les débats doivent être une occasion de réaction spontanée des professionnels, avant l'affirmation d'une politique institutionnelle.

Les questions suivantes peuvent par exemple être posées pour amorcer le débat.

Sur le paragraphe « La maltraitance, de quoi parlons-nous ? » : Les exemples cités vous semblent-ils pertinents ? Pensez-vous que le risque de tels comportements existe dans l'établissement ? Pourquoi ? Avez-vous d'autres exemples pour chaque forme de maltraitance ?

Sur le paragraphe « La maltraitance, pourquoi ce n'est pas si simple d'en parler ? » : Au sujet de chaque point, demander par exemple : Qu'en pensez-vous ? A votre avis, ce type de raisonnement peut-il exister dans l'établissement ou dans le service ? A votre avis, que pourrait-on faire pour changer cela ?

Pour toute question de méthode, n'hésitez pas à solliciter les personnes ressources au siège (direction métier, direction des affaires juridiques et pôle qualité national).

Intervention de la cellule signalement du siège

Qui ?

Direction des Affaires Juridique et du contentieux

Département qualité

Pourquoi ?

Dans un but de prévention, en apportant un appui ponctuel de sensibilisation.

Pour ouvrir le dialogue et la réflexion avec les professionnels avec le support de ce guide.

Pour construire ensemble, dans chaque équipe, une culture partagée de bientraitance.

Dans un but de gestion de crise post-événement pour identifier les causes et mettre en œuvre des actions de prévention.

Comment ?

En intervention ponctuelle.

Sur demande du directeur d'établissement.

Documents ressources

Recommandations HAS/Anesm :

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ; Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile

Résultats de l'enquête qualitative auprès de cadres des établissements sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la recommandation sur la maltraitance de l'Anesm

Documents disponibles sur le site de la HAS (www.has-sante.fr)

Documents ressources de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

Rapport de la HAS : La maltraitance 'ordinaire' dans les établissements de santé

Guide HAS FORAP - Le déploiement de la bientraitance

Documents disponibles sur le site de la HAS (www.has-sante.fr)

Films et documentaires :

L'esprit des lois (Croix-Rouge française)

Enfants en pouponnière demandent assistance (Danielle Rapoport, Jeannine Lévy)

La rencontre du visage (Croix-Rouge française)

Merci aux professionnels de la Croix-Rouge française qui ont bien voulu permettre la participation de leurs collaborateurs à ce travail commun