



*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

janvier 2019

Présentation

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.

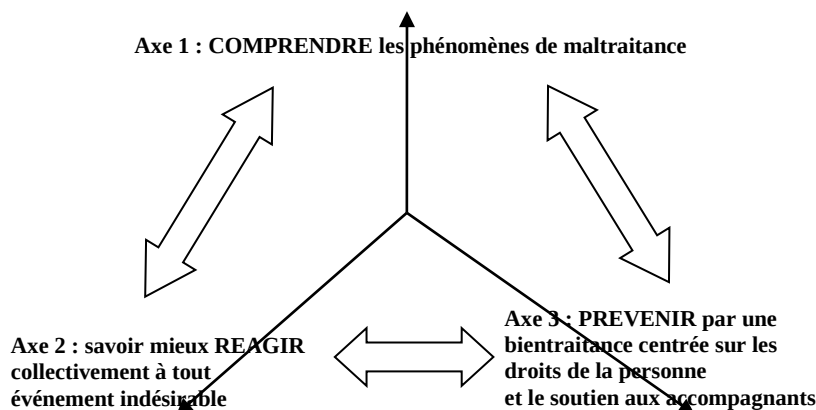
Forte de cette conviction, qui place haut l'ambition, la Commission a considéré trois « axes » - ou, si l'on préfère, trois dimensions - de ce que devrait être une politique globale d'appui à la bientraitance, dans l'aide à l'autonomie :

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 ...

*

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

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

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.

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.

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.

*

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

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.

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.

*

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 **blesures 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.

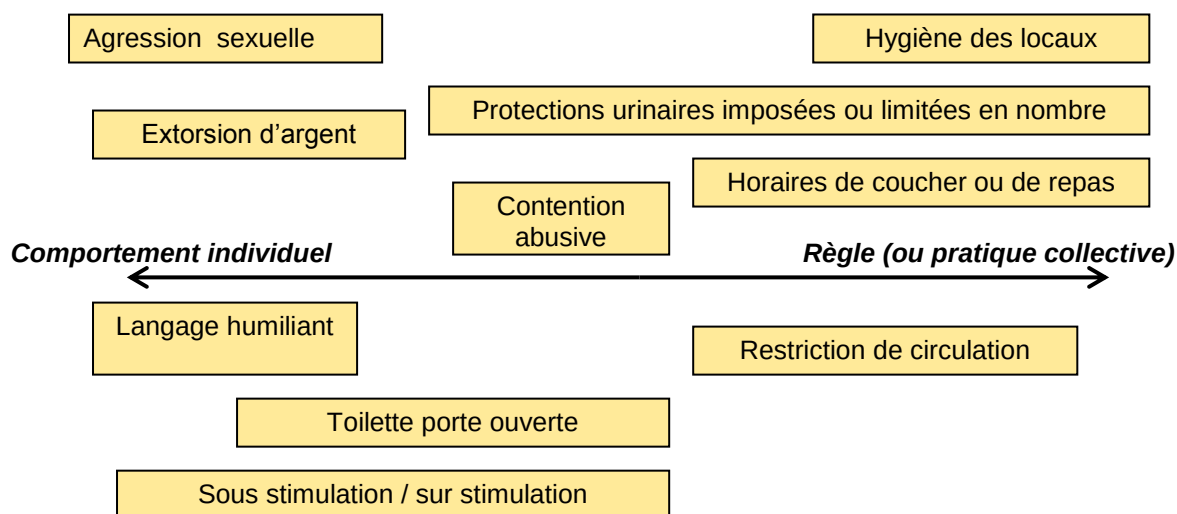
⁸ On peut ici renvoyer à la triade « victime – persécuteur – sauveur (ou sauveteur) » de l'analyse transactionnelle (triangle dit « de Karpman »)

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

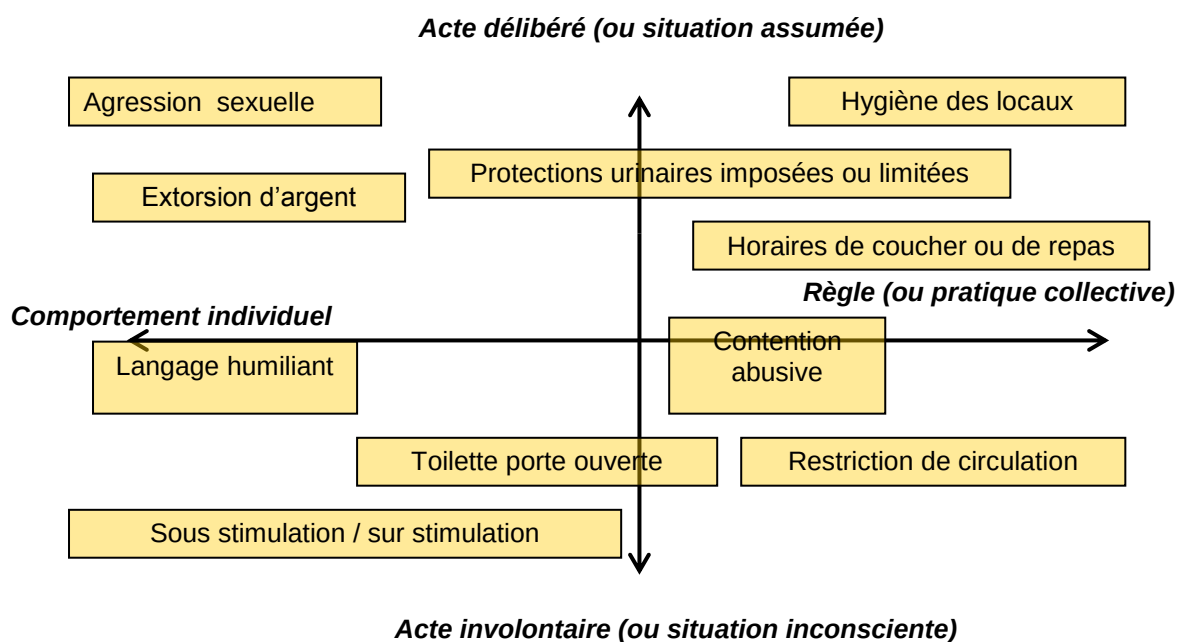
46. La présentation qui suit n'est pas une classification académique, mais a pour seul souci de dégager les différents mécanismes à l'œuvre, afin de concevoir, pour y répondre, des dispositifs efficaces.
47. Plusieurs critères de distinction des actes ou situations de maltraitance peuvent en effet être 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.

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.

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.



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.

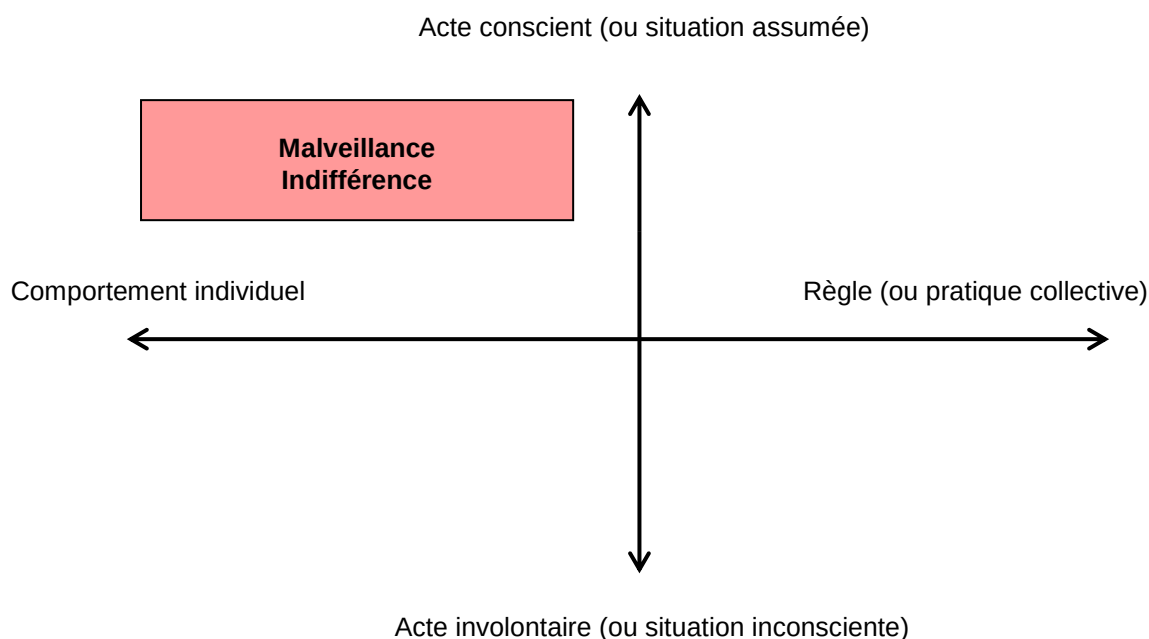


55. **Du croisement de ces deux critères** émergent ainsi ce qu'on pourrait appeler **quatre « modes-type » de maltraitance, qui appellent des ordres de réponses très différents :**

Le mode de la « malveillance » : l'acte « individuel » et « conscient ».

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.

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.



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.

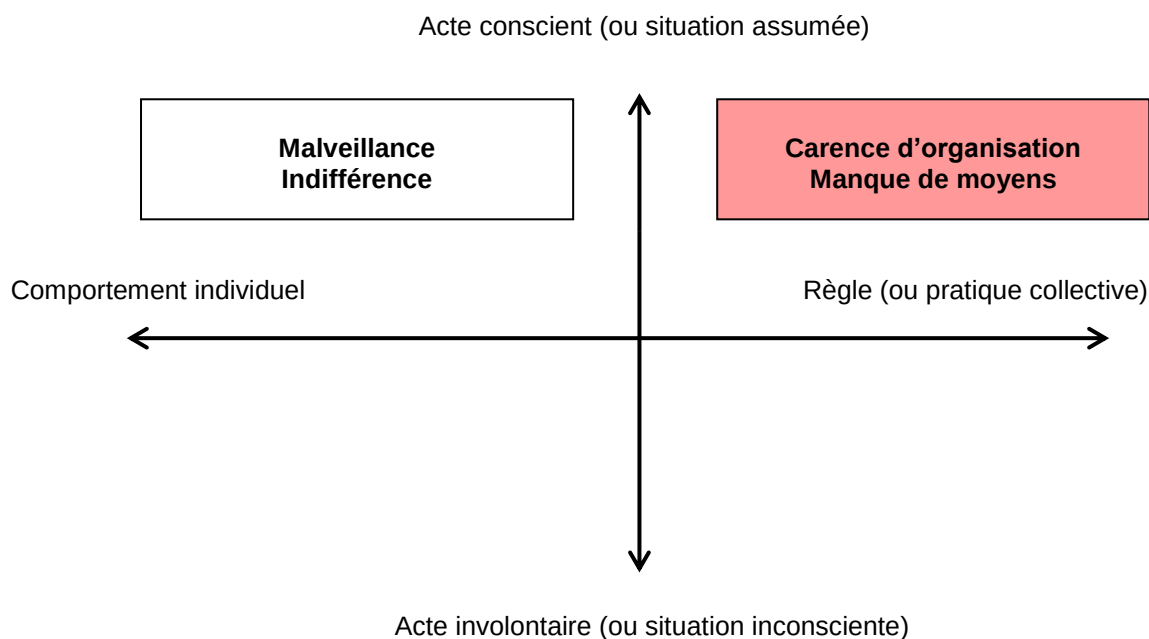
Un homme de trente-cinq ans est hospitalisé pour troubles schizophréniques régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans. Récemment sorti de l'hôpital, il a des ressources modestes : l'allocation aux adultes handicapés est complétée par une petite somme que lui verse sa sœur chaque mois. Il vit dans un 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.

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 ».

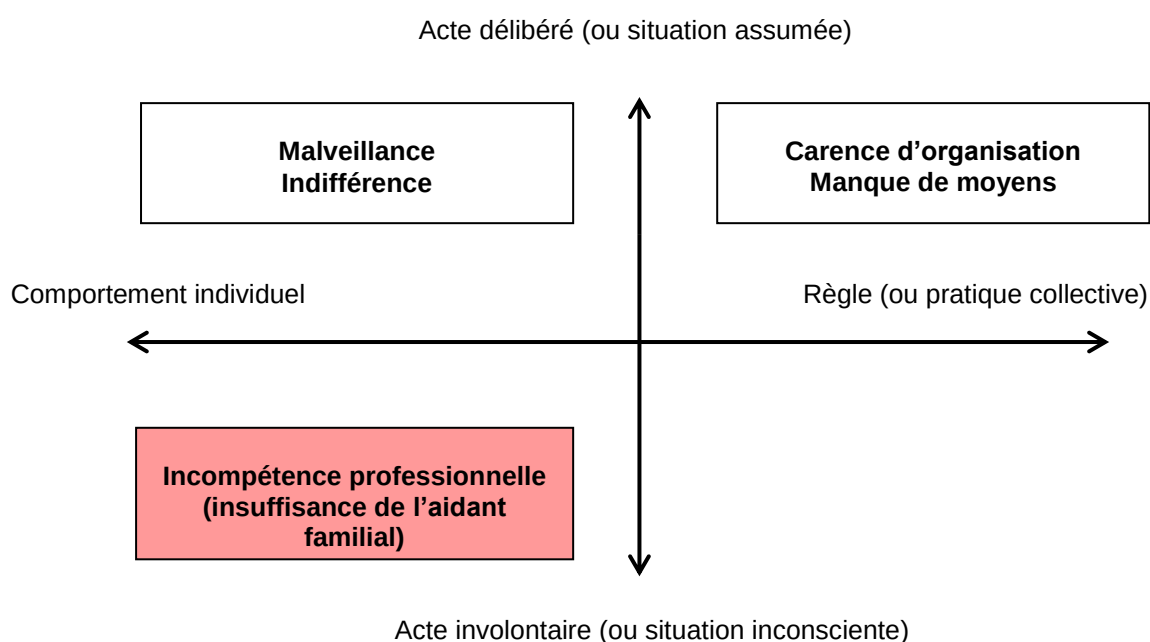
L'aide-soignante indique à sa collègue qu'elle va alerter l'infirmière coordinatrice sur ce qu'elle considère comme un acte inacceptable. La collègue semble peu impressionnée par ces propos et ne montre aucun regret de son geste.

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.

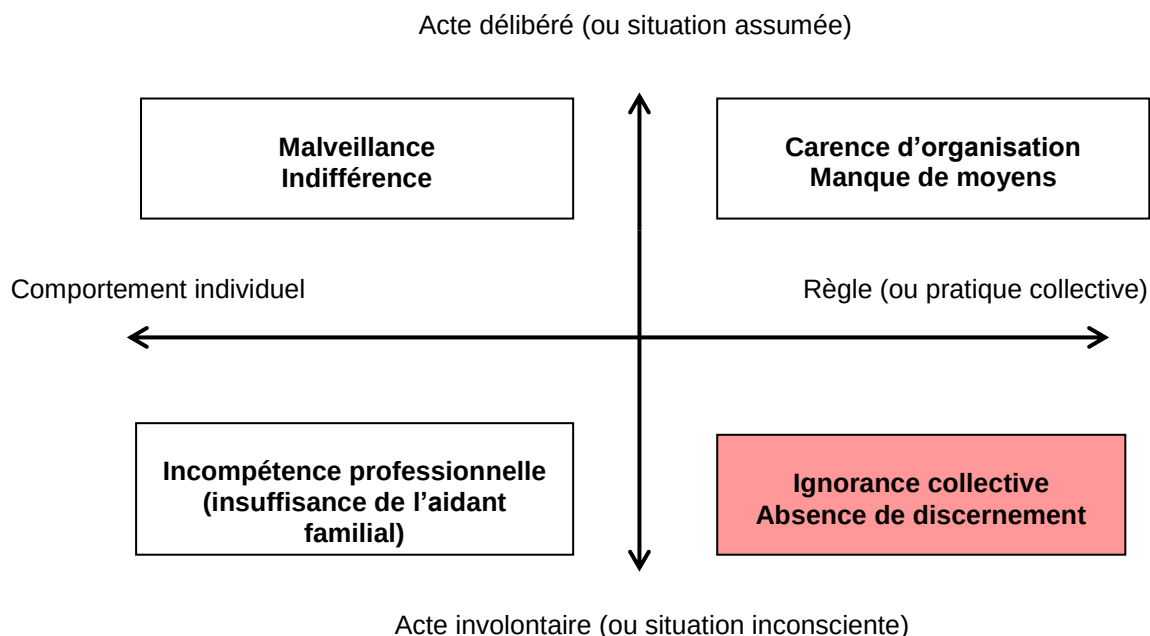
Défaut dans la prise en charge

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.

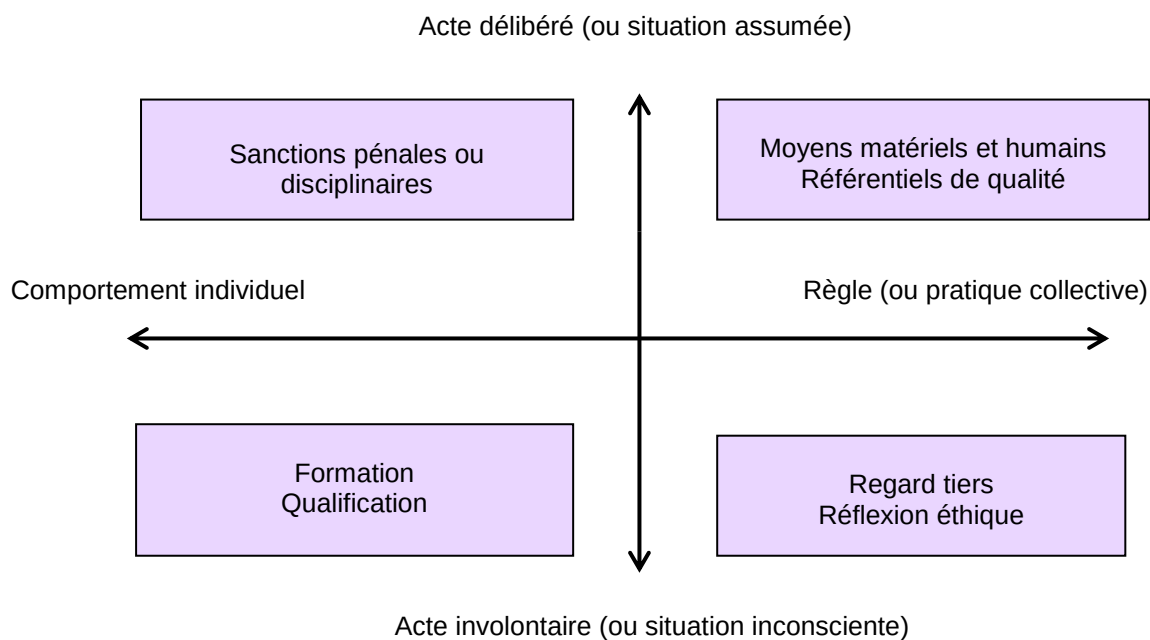
Les parents sont informés de la situation et n'ont pas de proposition ni de critique à émettre : ils constatent eux-mêmes à la maison le week-end que l'enfant peut se montrer très colérique et violent à leur égard, ils sont reconnaissants aux professionnels de poursuivre la prise en charge dans ces conditions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



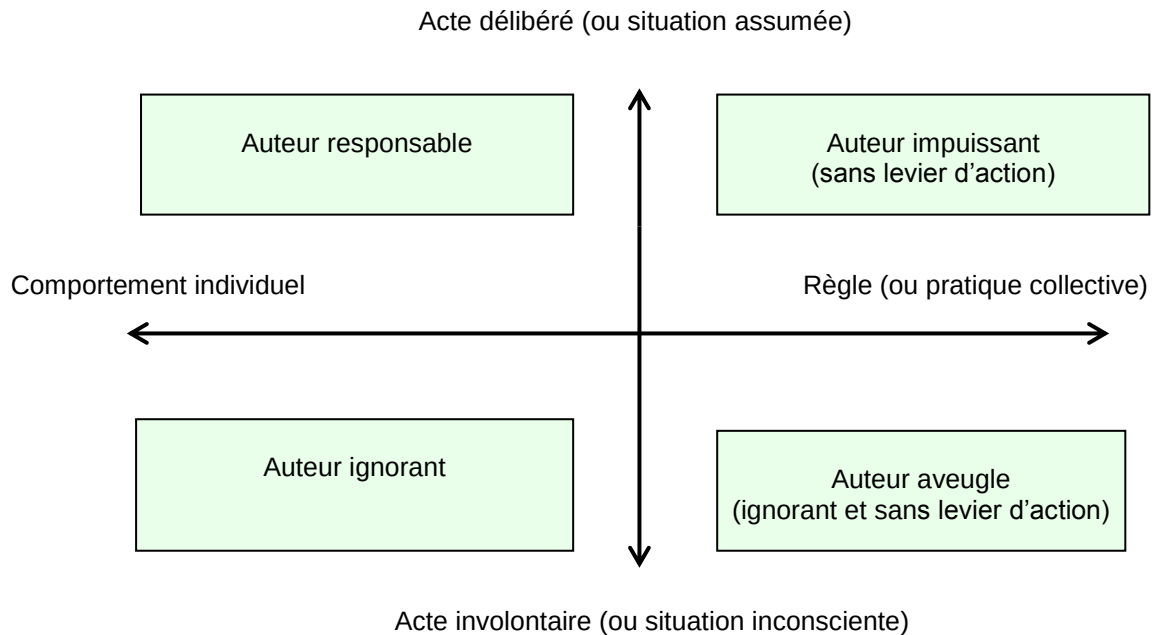
69. Par ailleurs, la position de l'accompagnant, familial ou professionnel, de proximité, est là aussi extrêmement contrastée selon la ou les causes identifiables de la maltraitance. D'où ce malaise - ce mal-être – qui tient à ce que, dans un très grand nombre de situations, l'auteur apparent et l'auteur 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.**

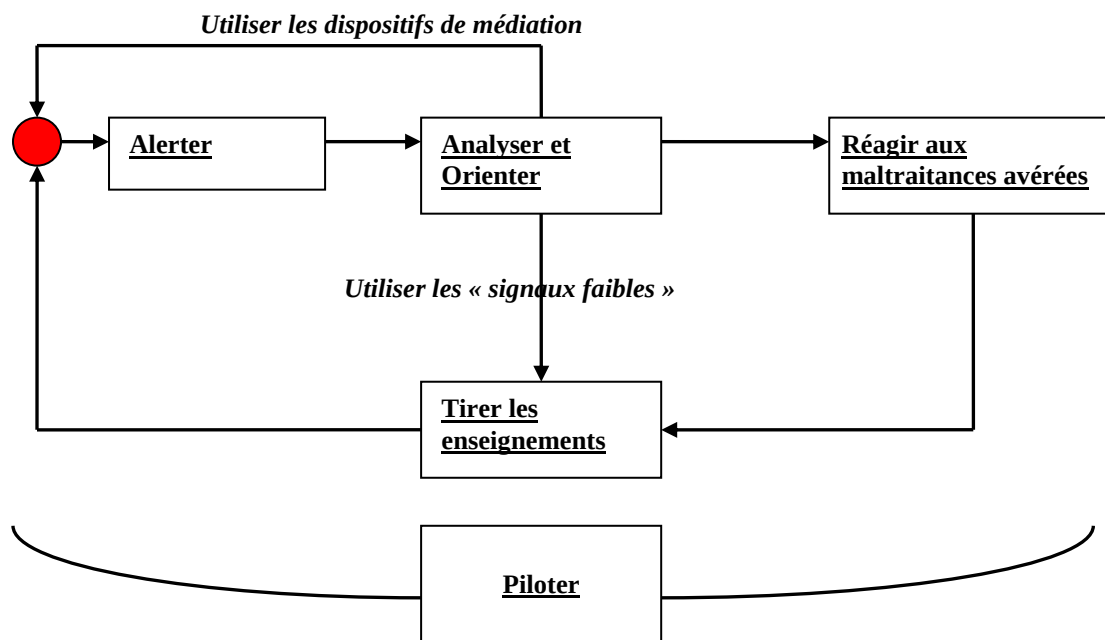
Axe 2 : « REAGIR »

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

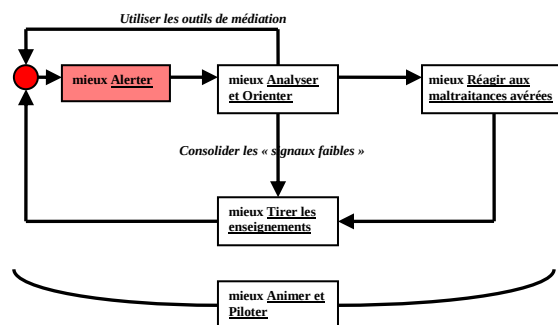
A court et moyen terme, il est possible d'obtenir collectivement de meilleurs résultats dans le repérage et le traitement des actes ou situations de maltraitance.

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

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.

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

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 :

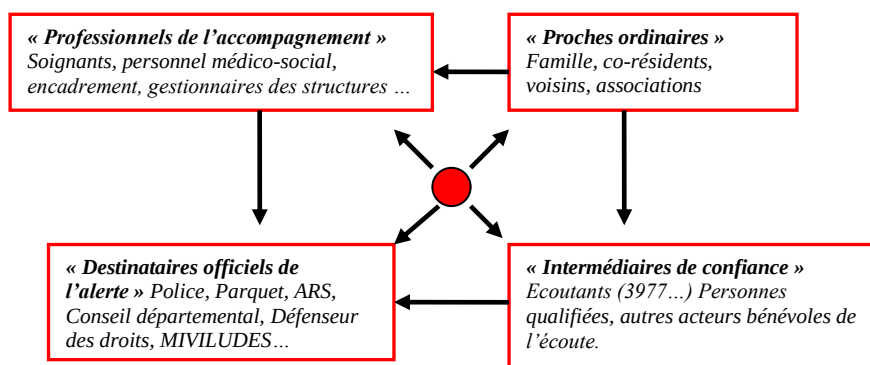
- « L'information préoccupante » : (vocabulaire jusqu'ici surtout en vigueur dans le champ de la protection de l'enfance, et émanant en principe d'un professionnel) toute information relative à un événement ou situation susceptible de présenter un caractère maltraitant.
- La « réclamation » ou la « plainte » : 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** ;

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.

- d'intégrer ces indicateurs (qui peuvent croiser certaines grilles existantes²²) dans les différentes démarches d'évaluation généralistes²³ ;
- 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 maltraitements 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 maltraitements 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.

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

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.

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

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.ecovillelejeu.com/>) ou « Ehpap Panic » dédié aux personnels d'EHPAD (<http://www.ehpap-panic.com/fr/accueil/>).

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.

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.
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**

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 »,

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.
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 « sévice 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.

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.

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 recoupent 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 l'action sociale et des familles.

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

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.
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 ».

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.

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.

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.
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.).

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.

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),

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 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),
 - 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 maltraitances financières) ;
- 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).

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.

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

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**

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'utilisateurs 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.

de principe de son financement relèvent naturellement de l'Etat (DRJSCS au niveau local, DGCS au niveau national)⁴⁷.

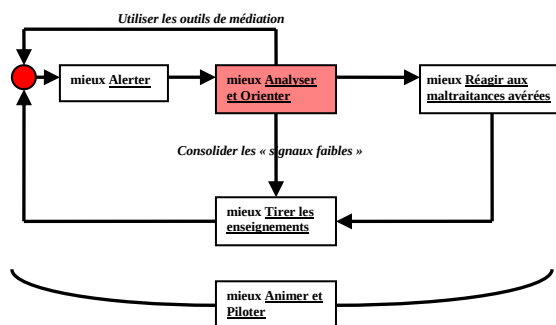
187. Pour autant, son périmètre n'est pas forcément régional : une échelle départementale paraît plus appropriée ou, plus précisément : soit l'échelle départementale, soit l'échelle alternativement retenue pour le « Groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes » (GTCIP) dont 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.

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

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), DD(CS)PP⁴⁹, 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

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.

« lanceurs d'alerte » qui peut également concerner ces situations, pourrait également convenir, avec les mêmes autorités, des protocoles de travail locaux.

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, DDCS),
 - 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

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.

lacunes – à éviter que des informations soient renvoyées d'un service à l'autre, ou que, faute d'apparaître suffisamment significantes, 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.

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 »

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).

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.**
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 bientraitance ».
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.

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* ».

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.
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, DDSCS, 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

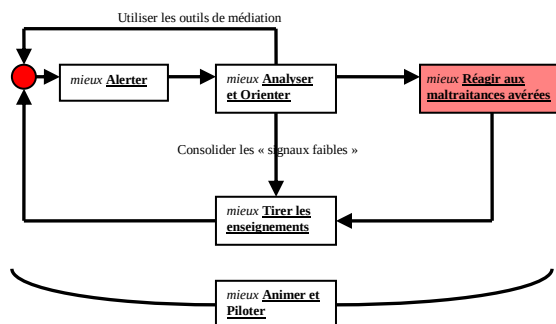
B3. Savoir tirer profit des informations « de faible intensité ».

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.



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 incompetence, 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 réitération.
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 préfectures 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)

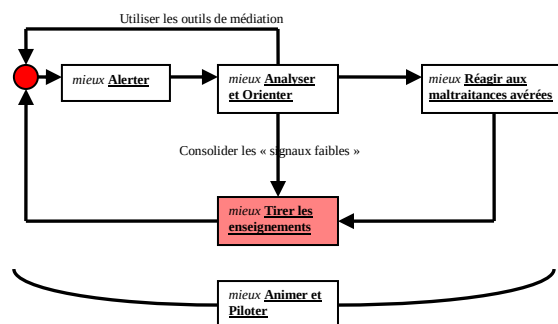
⁶⁴ Cette combinaison, qui se heurte à des obstacles culturels mais aussi à de nombreuses difficultés pratiques, s'inscrit dans le mouvement long d'une administration qui se veut davantage à l'écoute des personnes accompagnées.

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.

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).

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.

D1. 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 **défait 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'efficacité, 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.

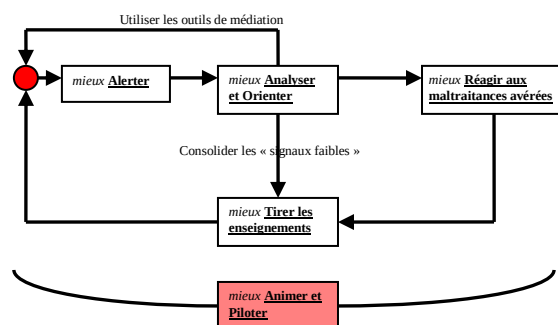
D5. Faire profiter les formations initiales des retours d'expérience sur les situations traitées.

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.

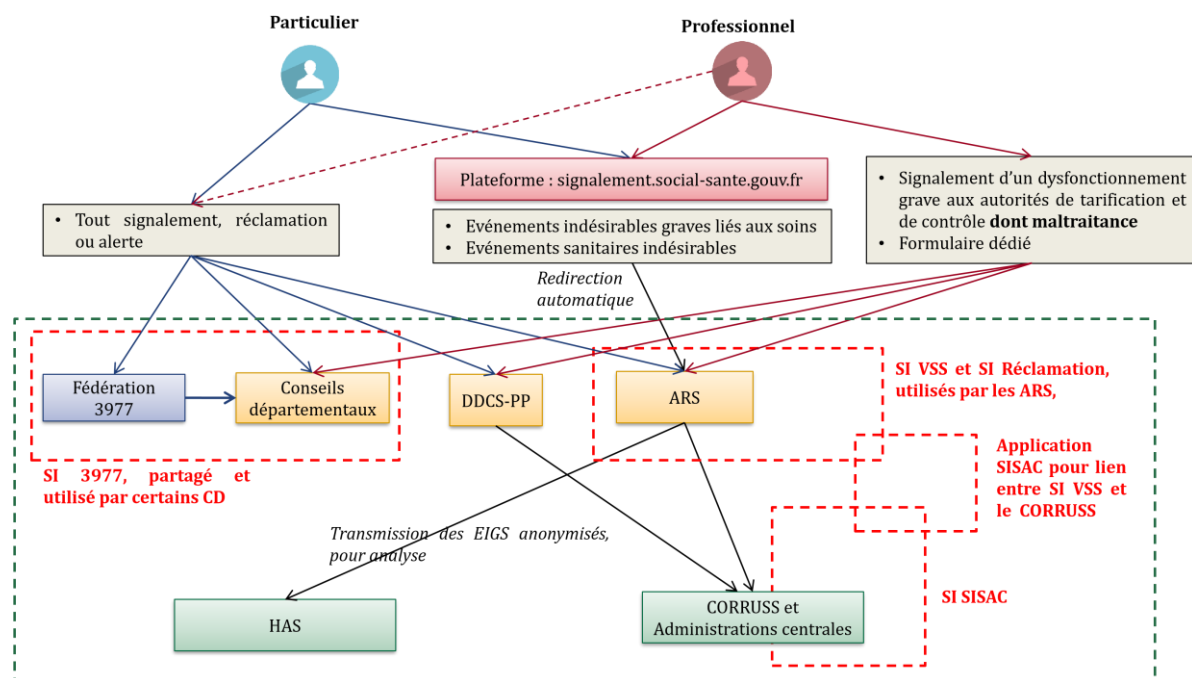


321. Comme on l'a vu, aucun « chef de file » ne peut s'imposer au niveau territorial, compte tenu de la répartition complexe des compétences entre les différentes autorités de l'Etat et des collectivités territoriales. Raison pour laquelle la Commission propose de structurer les partenariats et de formaliser 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 recueillies 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.

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.

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).
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

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.

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

face à face, comme a pu le faire la DREES en 2007⁷⁴, ou par d'autres modes de collecte (formulaire 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.

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.

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>

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

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 CNCPH et à la CNSA.

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.

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 » :

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

- **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.**

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

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.

décider plutôt que de décider à sa place (B1).

- 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 prodiguées 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

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 procurer 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)...

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.**

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,

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 ».

la Commission peut toutefois citer ici quelques manières, parmi beaucoup d'autres, d'en assurer la concrétisation :

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 assistants 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.

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.

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.
412. Or, comme le souligne le récent plaidoyer « Associations 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 « Associations 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 maltraitances est d'être amené 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 réside⁹⁶**, 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.

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 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.
- 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 bientraitance, 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.

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

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.
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 CNCPH, 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.

ANNEXES

Annexe 1

Membres de la Commission

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

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.

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.

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°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.