



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

**RAPPORT
D'ELABORATION**

Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement

Mise en œuvre en milieu sani-
taire, médico-social et social
-personnes majeures-

Validée par le Collège le 3 octobre 2024

Le guide d'amélioration des pratiques est un ensemble de propositions développées méthodiquement pour aider les professionnels, le patient ou la personne accompagnée, à adapter des pratiques les plus justes dans des circonstances données.

Les préconisations du guide résultent d'un accord d'experts (AE), d'une relecture et d'une phase de test. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Ce guide d'amélioration des pratiques a été élaboré selon la méthode résumée dans le rapport d'élaboration.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans le rapport d'élaboration.

Ce dernier ainsi que la synthèse du guide sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social -personnes majeures-
Méthode de travail	Accord d'experts : groupe de travail, groupe de lecture, groupe test, analyse bibliographique
Objectif(s)	Déployer la bientraitance et prévenir la maltraitance dans les établissements accueillant des personnes adultes en situation de vulnérabilité
Cibles concernées	Tout professionnel exerçant en établissement sanitaire, médico-social et social (direction, professionnel de santé, personnel administratif, technique et logistique, intervenant extérieur, autre)
Demandeur	Cabinet du ministre
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Mme Laurence Chazalette, cheffe de projet, unité du développement des compétences et amélioration des pratiques (UDCAP) au sein du service des bonnes pratiques (SBP) Dr Marie-José Moquet, responsable de l'UDCAP et adjointe au chef du SBP Dr Pierre Gabach, chef du SBP au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) Dr Amélie Lansiaux, directrice de la DAQSS Assistante gestionnaire : Mme Samantha Tan
Recherche documentaire	M. Aurélien Dancoisne, documentaliste, Mme Estelle Divol-Fabre, assistante documentaliste
Auteurs	Mme Laurence Chazalette
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 22 août 2024
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
 5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
 © Haute Autorité de santé – octobre 2024 – ISBN : 978-2-11-172651-2

Sommaire

1. Saisine et enjeux	7
1.1. Saisine	7
1.2. Enjeux	7
2. Méthode d'élaboration du guide	9
2.1. Phase exploratoire	9
2.2. Recherche et analyse bibliographique	9
2.3. Groupe de travail	9
2.3.1. Questionnement de départ	9
2.3.2. Identification des freins et les leviers de mise en œuvre	10
2.4. Groupe de lecture	11
2.5. Groupe test	12
2.6. Elaboration des documents usagers	12
3. Déployer la bientraitance	13
3.1. Définition de la bientraitance	13
3.2. L'approche éthique	13
3.3. Place dans les démarches qualité	14
3.3.1. Critères de certification des établissements de santé	14
3.3.2. Critères d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux	15
3.4. Guides, outils d'aide au déploiement de la bientraitance	18
3.4.1. Développer une culture de la bientraitance	19
3.4.2. Diffusion et mise en pratique des chartes	20
3.4.3. L'enjeu de la formation des professionnels	20
3.4.4. L'information des usagers sur leurs droits	21
3.4.5. Déploiement de la bientraitance, éléments retenus par le groupe de travail	21
3.5. Propositions du groupe de travail	22
3.5.1. Garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d'agir et les considérer comme actrices de leur prise en charge	22
3.5.2. Les informer de leurs droits et s'assurer de leur compréhension	23
3.5.3. La direction de l'établissement formalise et porte les actions	24
3.5.4. La direction de l'établissement identifie des personnes référentes	24
3.5.5. Repérer les risques professionnels, organiser les ressources humaines et assurer une qualité de vie au travail	25
3.5.6. Promouvoir le signalement, communiquer régulièrement et organiser un rendez-vous annuel	26
3.5.7. Former l'ensemble des professionnels de l'établissement	26
3.5.8. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des usagers	26

3.5.9. Prévoir des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles	27
4. Lutter contre la maltraitance	28
4.1. Définitions de la maltraitance	28
4.1.1. Définition du Conseil de l'Europe [1987]	28
4.1.2. Définitions de l'OMS [2002]	28
4.1.3. Une définition légale française en 2022	28
4.1.4. Typologie des situations de maltraitance	29
4.1.5. Définition de la maltraitance d'origine « institutionnelle »	30
4.1.6. Illustrations en vidéos réalisées par la FORAP/SRA par thématique	31
4.2. Place dans les démarches qualité existantes	32
4.3. Données statistiques et recherches sur les situations de maltraitance	33
4.3.1. Les données statistiques à l'international	33
4.3.2. Les données statistiques en France	34
4.3.3. Les données de la Fédération 3977 contre les maltraitements	35
4.3.4. Le projet de recherche « traitement des alertes de maltraitance en coopération sur les territoires (TACT) »	35
4.4. Problématiques identifiées de maltraitance	36
4.4.1. Analyses de la Fédération 3977	36
4.4.2. Analyse de la commission nationale consultative des droits de l'homme	36
4.4.3. Analyse du défenseur des droits	37
4.4.4. Le rapport de la mission « droit de visite et lien de confiance »	38
4.4.5. Analyses des événements indésirables graves associés aux soins EIGS (base de données HAS)	38
4.4.6. Des problématiques de droits à l'image des personnes (CNIL)	39
4.4.7. Proposition du groupe de travail : problématique de la contention et de l'isolement	39
4.5. Constats issus de la concertation des états généraux de lutte contre la maltraitance (EGM)	41
4.6. Les facteurs de risques identifiés	42
4.6.1. Facteurs de risques identifiés au niveau international	42
4.6.2. Facteurs de risques identifiés dans les rapports français	48
4.6.3. Des situations de vulnérabilité	52
4.6.4. Des signaux faibles d'alerte	53
4.7. Les actions pour lutter contre la maltraitance	56
4.7.1. Des actions de lutte contre la maltraitance au niveau international	56
4.8. Les actions en France	61
4.8.1. Des dispositifs multiples pour les déclarations	61
4.8.2. Préconisations de la Fédération 3977 contre les maltraitements	64
4.8.3. De nouveaux indicateurs de suivi à compter de 2022 pour le secteur médico-social pour plus de transparence	65
4.8.4. Préconisations du rapport de concertation des EGM	65
4.8.5. La stratégie de lutte contre la maltraitance	65

4.9. De nombreux outils mis à disposition peu connus et utilisés	66
4.9.1. Outils de cartographie des risques	66
4.9.2. Des outils de repérage des situations	67
4.9.3. Outils de vidéosurveillance testés en France	67
4.9.4. Des outils de retour d'expérience	68
4.10. Propositions du groupe	69
Table des annexes	72
Références bibliographiques	84
Participants	88
Abréviations et acronymes	92

1. Saisine et enjeux

1.1. Saisine

Ce travail s'inscrit dans le cadre des **états généraux de lutte contre la maltraitance** (EGM) (1) qui ont eu lieu de mars 2023 à septembre 2023, et dont l'objectif était de co-construire avec les acteurs et les personnes concernées une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance.

Par courrier du 6 décembre 2022, deux saisines ont été adressées à la HAS : l'une concernant un outil d'évaluation des risques de maltraitance intrafamiliale à domicile, confiée à la Direction de la Qualité de l'accompagnement social et médico-social (DIQASM), l'autre demande concerne la réalisation d'un outil de retour d'expérience concernant les situations de maltraitance envers les personnes accueillies en **institutions sociales, médico-sociales ou sanitaires**, confiée à la direction de l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins (DAQSS).

Après analyse de la demande, la HAS a proposé au ministère (cf. courrier du 11 janvier 2023) de traiter ce sujet dans un cadre élargi de remise à jour de documents et en prenant en compte les outils déjà existants. Le travail va au-delà du périmètre du guide HAS/Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé (FORAP) publié en 2012 (2), puisqu'il s'agit de travailler à un cadre commun pour les institutions des secteurs sanitaire, social et médico-social et pour les différentes populations vulnérables adultes. Il prend en compte :

- la nouvelle **définition de la maltraitance, dont la maltraitance d'origine institutionnelle** ;
- le vocabulaire commun au champ et défini par la commission nationale ;
- les outils de retours d'expérience existants en déclinant leur usage pour le sujet.

Ce travail permettra d'actualiser certains documents de la HAS et de travailler à une culture commune de recours à des outils de retour d'expérience dans la continuité de travaux publiés par la HAS. L'analyse des situations de maltraitance s'appuiera sur une mise en application des outils de retour d'expérience identifiés dans les documents de la HAS pour la gestion des événements indésirables liés aux soins.

Ce travail s'effectue en même temps que d'autres saisines du ministère des Solidarités auprès des organismes suivants :

- le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour dresser un état des lieux des connaissances sur ce domaine (3) ;
- l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour proposer une amélioration des circuits de remontée de ces signaux de maltraitance ;
- la Conférence nationale de santé (CNS) pour éditer des recommandations pour la mobilisation des acteurs du territoire de santé sur ces questions (4).

1.2. Enjeux

Toute personne peut être concernée par une situation de maltraitance.

Le travail sur le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance revêt de nombreux enjeux :

- des enjeux de santé publique : une personne âgée sur 6 serait victime de maltraitance, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. La maltraitance est à l'origine de décès prématurés, de dépression, de lésions corporelles, déclin cognitif, etc. ;
- des enjeux de société : la population victime concernée est diverse, même si les différentes populations identifiées comme étant plus vulnérables sont les personnes âgées, les personnes en situation de handicap (ex. : troubles psychiques, troubles du spectre de l'autisme, les enfants, les femmes (violence gynécologique en périnatalité, autres violences faites aux femmes). Le rapport du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) (5) témoigne également du malaise et de la grande crainte de la population sur ce sujet. Il existe une crise de confiance de l'opinion publique envers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et leur gestion. La problématique du grand âge recoupe ce sujet ;
- des enjeux de prévention : la nécessité de repérer et de prévenir ces situations de maltraitance ;
- des enjeux liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces personnes impliquant les dispositifs de certification des établissements de santé et d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). L'alerte et le traitement de ces situations nécessitent des coopérations transversales et du partage d'informations ;
- des enjeux éthiques : prise en compte des principes d'auto-détermination et/ou d'autonomie de la personne, du principe de bienfaisance, de non-maltraitance... ;
- des enjeux juridiques : respect des droits des personnes soignées et accueillies, mobilisation des équipes en faveur de l'effectivité de ces droits, conditions d'évocation du non-respect de ces droits dans les instances dédiées et la gouvernance des établissements et services ;
- des enjeux politiques : dans un contexte marqué par l'enquête sur les EHPAD, les condamnations récentes de professionnels à la suite des violences gynécologiques faites aux femmes, le ministère a annoncé l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance.

¹ [Une personne âgée sur six est victime d'une forme de maltraitance, selon l'OMS | Nations unies](#)

2. Méthode d'élaboration du guide

La méthode de travail est un accord d'experts. Pour élaborer ce guide, une approche exploratoire a été menée, au moyen d'une recherche documentaire, d'une réunion d'information avec les acteurs du sujet, et de la mise en place d'un groupe de travail composé d'experts puis d'un groupe de lecture.

2.1. Phase exploratoire

Une phase exploratoire a été menée à travers une recherche bibliographique, des échanges avec des professionnels experts et des personnes qualifiées.

Afin d'identifier les principales problématiques et les grandes orientations à privilégier, une réunion d'échanges et d'information a été organisée avec différents acteurs associatifs, collègues professionnels, organisations professionnelles, fédérations, des domaines concernés (liste en fin de document). Cet échange a permis de confronter l'analyse bibliographique préliminaire et les points de vue des acteurs concernés.

Cette phase exploratoire a permis l'élaboration d'une note de cadrage des travaux, publiée sur le site de la HAS en mai 2023.

2.2. Recherche et analyse bibliographique

La stratégie de recherche documentaire réalisée est présentée en annexe 2.

2.3. Groupe de travail

Un groupe de travail pluriprofessionnel composé d'experts, dont de nombreux représentants des usagers des trois secteurs, a été constitué (composition en fin de document) pour élaborer le guide d'amélioration des pratiques et les fiches. La première analyse documentaire et les échanges avec les experts externes et internes ont permis d'aboutir à un premier questionnement de départ qui a été soumis au groupe de travail.

2.3.1. Questionnement de départ

- Le développement de la bientraitance
- Comment définir un cadre commun de déploiement aux trois secteurs (sanitaire, médico-social et social) ?
- Qui est concerné (professionnels soignants, techniques, administratifs, accueil, direction, encadrement, le patient/résident, la famille, etc.) ?
- Quelles sont les spécificités par population en situation de vulnérabilité (personnes rencontrant des difficultés d'élocution, ou des troubles cognitifs ou psychiques, personnes en situation de handicap par exemple) ? Leurs besoins spécifiques sont-ils recueillis et réévalués régulièrement ?
- Comment mieux assurer le respect des droits des personnes (RETEX post-Covid, rapport du défenseur des droits) ?
- Comment rendre les personnes co-acteurs de leur prise en charge ? Quelle est la place de l'entourage ?
- Quel est le rôle de la gouvernance et de l'encadrement pour mobiliser les équipes ?
- Prévention, repérage et lutte contre la maltraitance

- Comment qualifier les situations de maltraitance ?
 - Comment traiter notamment les risques de maltraitance institutionnelle et de maltraitance non intentionnelle ?
 - Comment repérer ces risques de maltraitance, ainsi que les moments clés à risques dans les parcours de soins et de prise en charge ? Quels sont les facteurs de risques permettant un repérage des situations (situation de vulnérabilité, place de la famille, etc.) ?
 - Quels rôles des professionnels au niveau individuel et collectif dans les parcours de soins pour favoriser le dialogue au sein des équipes sur ce sujet/la libération de la parole et comment engager le management de proximité et la direction générale ?
 - Quels rôles peuvent avoir les patients, leur famille et les représentants des usagers dans les instances, dont la commission des usagers (CDU) et le conseil de la vie sociale (CVS) ? Comment assurer des liens constructifs entre les professionnels et les familles ?
 - Comment sensibiliser, informer et former les usagers et les professionnels ?
 - Quelles médiations existantes ou à construire pour traiter ces situations et les prévenir ?
- Analyser et agir : veiller, signaler et traiter
 - Comment impliquer les instances de veille (CDU et CVS) ?
 - Comment instaurer une culture positive du signalement, clarifier l'utilisation des outils des retours d'expérience, assurer le retour d'informations aux équipes, maintenir la dynamique dans l'établissement, le suivi de la personne ? Quel rôle de l'encadrement/management ?
 - Comment inciter les patients au signalement ? Comment gérer la peur des représailles ? Prise en situations spécifiques de personnes avec des personnes avec déficits cognitifs ou troubles psychiques ou des personnes ne pouvant pas s'exprimer ?
 - Comment articuler les préconisations du guide avec les démarches qualité existantes (outils utilisés, certification des établissements de santé, évaluations des ESSMS, autres démarches) ?

2.3.2. Identification des freins et les leviers de mise en œuvre

Compte tenu du nombre important de documents, vidéos, outils, et guides d'amélioration des pratiques professionnelles existants sur le sujet, une démarche complémentaire a été engagée pour débiter les travaux. Un questionnement du groupe de travail a été initié sur les freins et les leviers de la mise en œuvre des recommandations déjà existantes.

Ce questionnement a été adressé en amont de la première réunion de travail afin d'identifier les principaux obstacles à l'appropriation des outils et recommandations existants. Il a permis d'aborder le sujet de manière plus pragmatique et plus ciblée.

Cette approche pragmatique a été privilégiée compte tenu des premières recherches exploratoires ne permettant pas de dégager facilement les interventions particulièrement efficaces et de la grande diversité d'interventions. En effet, selon l'OMS, on ne dispose que de peu de données quant à l'efficacité de la plupart des interventions de prévention de la maltraitance, notamment envers les personnes âgées.

Sur la thématique de la bientraitance, il a été soulevé tout d'abord des difficultés de représentation du concept et de sa mise en œuvre concrète sur le terrain, un manque de connaissance et d'appropriation des outils. De plus, compte tenu d'un contexte de moyens insuffisants (ressources humaines et financières), il a été identifié des problématiques de formation/sensibilisation insuffisante de la gouvernance et des professionnels sur ce sujet, de manque d'espaces dédiés d'échanges, d'engagement de la

gouvernance et de l'encadrement, de méconnaissance des droits des personnes, de la démarche d'éthique à développer et de la prise en compte des souhaits et de l'implication des usagers.

Sur la thématique de la maltraitance, les principaux obstacles identifiés ont été la problématique de qualification d'une situation de maltraitance, la méconnaissance du concept, les problématiques du manque et du défaut important de formation/sensibilisation sur la maltraitance et la bientraitance en lien avec les besoins spécifiques des personnes, la méconnaissance de l'organisation et des circuits d'alerte et de gestion des signaux. Sur ce sujet, il a été soulevé un défaut d'information des droits des usagers et de la famille, un manque de transparence et de communication, voire dans certains cas une certaine inertie de l'établissement, un manque de feed-back aux équipes ayant constaté ou signalé les situations, une crainte des représailles des déclarants, un climat de travail peu propice, la nécessité d'engagement de la direction, une parole non libérée, une question taboue.

De manière globale, un des leviers est d'articuler le déploiement de la bientraitance avec la lutte contre la maltraitance en établissement et de privilégier une approche préventive. En effet, la bientraitance constitue un axe de prévention de la maltraitance. Parallèlement à cela, une véritable gestion des signaux d'alerte et des facteurs de risques doit s'opérer pour agir précocement et pour s'inscrire dans une prévention.

Le guide d'amélioration des pratiques professionnelles est le document final proposé par le groupe de travail. Il est accompagné d'une synthèse et de 4 fiches :

- Fiche 1. Reconnaître une situation potentielle de maltraitance envers les personnes accueillies ;
- Fiche 2. Rappel de postures professionnelles bientraitantes à adopter avec la personne accueillie ;
- Fiche 3. Aide au repérage des facteurs de risques et des signaux faibles d'alerte ;
- Fiche 4. Prévenir les situations de maltraitance en établissement (Résumé du guide en un page).

Un document pour les usagers pouvant être téléchargé séparément a été décliné selon les secteurs.

2.4. Groupe de lecture

Un groupe de lecture multidisciplinaire et multiprofessionnel composé de 63 personnes concernées par la thématique (composition en fin de ce document) a été constitué pour relire les travaux réalisés par le groupe de travail. Les relecteurs ont été questionnés sur les notions d'utilité, de lisibilité et de pertinence des critères. Les membres se sont exprimés à titre personnel sur une version antérieure du guide, qui était différente de la version publiée après prise en compte des avis et validation finale par le Collège de la HAS.

Les avis du groupe de lecture sont disponibles, sur le site HAS, dans un fichier avec l'ensemble des documents de ce travail.

Les avis des relecteurs ont été globalement favorable au guide et aux fiches proposées. La phase de relecture a fait ressortir la nécessité de prévoir une information à destination des usagers et de leurs proches ainsi qu'une déclinaison par secteur (sanitaire, médico-social et social).

Les représentants des usagers du groupe de travail ont alors proposé un document court (quatre pages) destiné aux usagers, aux personnes accueillies et à leurs proches aidants. Une version pour chaque secteur a été proposée compte tenu de la spécificité du vocabulaire et des voies de recours qui sont différentes d'un secteur à l'autre. Une relecture de ces documents a été réalisée durant

l'été 2024. Une version en FALC (facile à lire et à comprendre) est fortement demandée par les associations et représentants des usagers.

2.5. Groupe test

Un groupe a été mis en place pour tester les trois fiches pratiques (fiche 1, 2, 3). L'objectif était de tester la faisabilité, la lisibilité des items proposés, le cadre d'utilisation en pratique de ces fiches.

Il était composé de 29 professionnels de terrain issus de trois secteurs (sanitaire, social, médico-social) n'ayant pas participé aux travaux (composition en fin de document). Ce test a permis d'ajuster et d'améliorer la compréhension des items et de rajouter des précisions d'utilisation de ces fiches.

2.6. Elaboration des documents usagers

Les documents destinés aux usagers, aux personnes accueillies et à leurs proches, ont été élaborés par un sous-groupe composé des représentants des usagers du groupe de travail. Puis, ils ont été soumis à une phase de relecture par les associations des usagers durant les mois de juillet et août 2024.

3. Déployer la bientraitance

3.1. Définition de la bientraitance

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service.

C'est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'utilisateur et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance (6).

Promouvoir la bientraitance, c'est renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs besoins, leurs attentes, leurs préférences. C'est favoriser l'implication des usagers dans leurs soins en les resituant dans le processus de décision les concernant (2).

La démarche de bientraitance représente une **dimension majeure de la démarche d'amélioration continue de la qualité**.

Elle **implique tous les acteurs d'un établissement** : personnes accueillies et proches, représentants des usagers, travailleurs sociaux, professionnels du soin et équipes d'encadrement, personnel administratif, gouvernance de l'établissement. Finalité du soin et de l'accompagnement des personnes et de leurs proches, la bientraitance se fonde sur le respect de la personne humaine et de sa dignité, la participation des personnes aux projets de soins qui les concernent. La bientraitance ne se réduit pas à la lutte contre la maltraitance, mais elle ne peut se mettre en œuvre sans une politique active de prévention et de lutte contre la maltraitance est organisée.

La promotion de la bientraitance des personnes et de leurs proches est inséparable du bien-être des professionnels et de la valorisation des actions relatives à la qualité de vie au travail dans l'établissement.

Elle s'appuie sur l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et doit être **reliée à la démarche éthique** (cf. critère 3.4.04 de la certification des établissements de santé), dont les principes sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et l'équité/justice. La démarche éthique contribue à la mise en œuvre de la bientraitance à travers un questionnement sur le comportement ou la décision la plus appropriée à prendre lors d'une situation complexe.

3.2. L'approche éthique

Tout d'abord, il importe de rappeler que l'approche éthique est fortement liée au concept de bientraitance. L'éthique peut se définir comme une réflexion sur le sens et la valeur de nos actions. Dans le domaine du soin et de l'accompagnement, elle vise à rendre les pratiques plus responsables, justes et respectueuses de la personne. Elle intervient au cours d'une relation entre des personnes en situation de vulnérabilité et tous ceux – professionnels, bénévoles, aidants familiaux, proches aidants – qui sont présents au plus près d'elles. Par conséquent, loin de donner des leçons de morale, l'éthique vise à éclairer et soutenir la démarche de celles et ceux qui s'efforcent, au quotidien, d'accompagner les personnes ayant besoin d'aide et de soins.

Les principes d'éthique sont le respect de l'autonomie du sujet (capacité du sujet à décider, consentement), de la bienfaisance (obtention de conséquences favorables), de la non-malfaisance et de l'équité. Ils recouvrent certaines dimensions de la bientraitance.

La commission nationale de lutte contre la maltraitance (7) précise que la « bientraitance » suppose une **pratique nourrie par une démarche de réflexion éthique**.

Un guide (8) et une charte proposent des repères pour le déploiement de la démarche éthique en EHPAD (9). Cette dernière traite des valeurs et des principes de l'accompagnement des personnes âgées.

De plus, la notion de consentement a évolué ces dernières années sous l'effet de situations nouvelles engendrées par les progrès de la médecine et des techniques, et par la confrontation des personnels du soin et du social à de nouvelles vulnérabilités. De nouvelles questions éthiques sont posées. C'est l'objet de l'avis 136 du CCNE « Les nouveaux enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin », centré sur les personnes vulnérables (10). Cet avis préconise de redonner toute sa place aux « humanités » dans le soin.

Cet avis recommande de :

- renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé et du social à l'information et à la communication. L'aide à l'élaboration du consentement devrait être reconnue comme un acte de soin à part entière ;
- recourir à plusieurs outils, y compris numériques ; limiter au maximum la subjectivité en fondant la décision sur une argumentation plurielle. Valoriser des formes de directives anticipées non réduites à l'écrit ;
- établir, comme élément de preuve, la traçabilité de l'information et du cheminement de la personne pour aboutir à son consentement ou son refus ;
- mettre en place des actions à destination du grand public ; notamment par l'organisation d'une « Journée nationale des personnes de confiance ».

Par ailleurs, la nécessité de réflexions éthiques dans les établissements des secteurs sanitaire, social, médico-social est rappelée également dans les référentiels de certification des établissements de santé et d'évaluation des ESSMS.

Le groupe de travail retient la nécessaire articulation entre la démarche éthique et la démarche de bientraitance. Il retient également la nécessité de prévoir un temps d'analyse des pratiques professionnelles, telles que les retours d'expérience où l'approche éthique permettra d'éclairer les décisions relatives aux mesures préventives à mettre en place.

3.3. Place dans les démarches qualité

La démarche de bientraitance constitue une dimension majeure de la démarche de qualité des soins et inversement. Les différents dispositifs d'évaluation des ESSMS en place et la certification des établissements de santé font référence à ce concept à plusieurs niveaux.

3.3.1. Critères de certification des établissements de santé

Deux critères issus du référentiel de certification des établissements de santé (11) sont répertoriés.

Critères	Éléments d'évaluation
Critère n° 3.2-04 L'établissement veille à la bientraitance	– La gouvernance évalue les risques impactant la bientraitance, notamment dans les secteurs en difficulté (gouvernance). – Les risques impactant la bientraitance (sous-effectifs, turnover, instabilité, encadrement, formation,

	matériel, protocole de prise en charge) sont identifiés (professionnels). – Les conditions d'exercice des pratiques sont réunies pour assurer la bientraitance dans les moments sensibles (accueil, prise en charge de la douleur, toilette, annonce...) (professionnels). Il est important que les professionnels puissent apprécier dans la situation qu'ils connaissent si leur condition d'exercice n'impacte pas la qualité des soins.
Critère relatif à l'éthique, critère n° 3.4-04 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs Certaines situations cliniques <i>a fortiori</i> complexes peuvent engendrer des conflits de valeurs pouvant prendre la forme de dilemmes éthiques rendant les décisions parfois difficiles par le choix qu'elles imposent aux professionnels dans la recherche de solutions les meilleures pour le patient et ses proches. Ces situations appellent une réflexion collective et interdisciplinaire conduite en temps opportun et fondée sur des modalités structurées et partagées tant au niveau de l'établissement qu'au plus près du terrain. Ces modalités, adaptées à la nature des activités de l'établissement, associant le patient et ses proches, sont protectrices tant des droits du patient que de la pratique des professionnels. Elles peuvent prendre appui sur des ressources externes.	Éléments d'évaluation – Un état des lieux des questionnements éthiques est réalisé et partagé avec l'ensemble des acteurs. – Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique. – Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés, notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés. – Les professionnels disposent d'un cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun. – L'équipe, en cas de besoin, dispose de ressources externes identifiées d'aide à la prise en compte des problématiques éthiques. – Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement.

3.3.2. Critères d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux

Parmi les neuf thématiques du référentiel d'évaluation des ESSMS (12), une thématique s'intitule la bientraitance et l'éthique.

De plus, de nombreux critères impératifs relatifs au respect des droits fondamentaux font partie du concept de bientraitance.

Objectifs du référentiel	Critères du référentiel
Objectif 1.1 La personne accompagnée s'exprime sur la bientraitance.	La personne accompagnée exprime sa perception de la bientraitance (elle est sollicitée pour exprimer sa perception, elle est écoutée, respectée dans cette expression au quotidien).
Objectif 1.2 La personne accompagnée est informée de ses droits de façon claire et adaptée. Sa compréhension est recherchée et favorisée.	1.2.1 à 1.2.7 Les personnes sont informées : – du rôle des professionnels et intervenants et peuvent les identifier ; – de leurs droits et devoirs dans le cadre de la vie collective et du fonctionnement du service ; – de la possibilité de désigner une personne de confiance. La personne a accès aux informations relatives à son accompagnement : – la personne peut s'adresser à un professionnel pour être orientée, accompagnée et soutenue dans l'exercice de ses droits individuels ; – les professionnels informent la personne de ses droits et de leurs modalités d'exercice, ou l'orientent vers le bon interlocuteur. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne.
Objectif 3.1 L'ESSMS définit et déploie sa stratégie en matière de bientraitance.	Critères 3.1.1 L'ESSMS définit sa stratégie en matière de bientraitance et en partage une définition commune avec les acteurs. Critère 3.1.2 L'ESSMS définit l'organisation et les modalités de déploiement de sa démarche de bientraitance et met à disposition les outils adaptés. Il organise des actions de sensibilisation pour tout nouvel arrivant. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés/formés à la bientraitance.
Objectif 2.1 Les professionnels contribuent aux questionnements éthiques.	Critères 2.1.1 à 2.1.4 Les professionnels identifient en équipe les questionnements éthiques propres à la personne accompagnée, ils associent la personne et son entourage aux questionnements éthiques liés à son accompagnement, les professionnels sont régulièrement sensibilisés/formés au questionnement éthique. L'ESSMS organise le questionnement éthique en associant l'ensemble des acteurs et participe à des instances de réflexion sur le territoire.

	Critères impératifs du référentiel
Objectif 2.2 Les professionnels favorisent l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée.	Critère 2.2.1 Les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée. Critère 2.2.2 Les professionnels respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée. Critère 2.2.3 Les professionnels respectent la vie privée et l'intimité de la personne accompagnée. Critère 2.2.4 Les professionnels respectent la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée. Critère 2.2.6 L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée. Critère 2.2.7 L'ESSMS garantit la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée.
Objectif 3.11 L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence.	Critère 3.11.2 L'ESSMS traite les signalements de faits de maltraitance et de violence, et met en place des actions correctives. Critère 3.12.1 L'ESSMS organise le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations. Critère 3.12.2 L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes. Critère 3.12.3 Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et mettent en place des actions correctives. Critère 3.11.1 L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées.

3.4. Guides, outils d'aide au déploiement de la bientraitance

Il a été identifié de nombreux guides, recommandations, rapports, outils, démarches qualité sur ce sujet, produits en particulier par l'ANESM, l'ANAES et la HAS en partenariat avec la FORAP. Ces nombreux outils et guides abordent notamment la question sous l'angle positif de la promotion de la bientraitance. A titre d'exemple, un premier guide HAS-FORAP (2) assorti de sept outils élaborés par différentes structures régionales d'appui (SRA) a été proposé en 2012.

Ce guide HAS-FORAP (2) est accompagné d'une grille d'auto-évaluation qui propose vingt-cinq critères répartis en 8 thématiques permettant de cerner les différentes composantes. Cela comprend le respect de la dignité, la confidentialité, l'intimité, la prise en charge de la douleur, le confort de la personne, la fin de vie, la communication, le respect de la personne et de l'autonomie, en enfin l'organisation des services. La bientraitance est une approche positive, mais n'est pas le contraire, ni l'absence de maltraitance ; elle constitue, selon ce guide, un facteur de protection contre la maltraitance.

Ces outils existants ont servi de base initiale de travail pour le groupe de travail.

Hauts-de-France	Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_guide_carto_risques.pdf	Lutte contre la maltraitance
Pays de la Loire	Cahier des charges organisme de formation bientraitance	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_guide_dutilisation-cahier_des_charges.pdf	Promotion de la bientraitance
Bourgogne-Franche-Comté	Auto-évaluation promotion de la bientraitance	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_epp.pdf	Promotion de la bientraitance
Normandie Bourgogne– Franche-Comté	Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf	Promotion de la bientraitance
Pays de la Loire	Regards croisés sur la bientraitance	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_support_de_presentation.pdf	Promotion de la bientraitance
Auvergne-Rhône- Alpes	Auto-contrôle des pratiques	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_protocole_grille_cep-pral.pdf	Lutte contre la maltraitance

Nouvelle-Aquitaine	Bientraitance en situation de vie	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_outilceecqa.pdf	Promotion de la bientraitance
--------------------	-----------------------------------	---	-------------------------------

Certains outils sont considérés en 2024 comme obsolètes selon la FORAP du fait de leur sous-utilisation sur le terrain. Seuls les trois derniers outils sont déployés en régions. L'outil « Regards croisés » (13) est un outil de déploiement de la bientraitance particulièrement utilisé par les établissements selon la FORAP. Les trois questionnaires ont fait l'objet de validation psychométrique. Cet outil est mutualisé par la FORAP. Une plateforme informatisée eFORAP permet de recueillir les résultats des établissements. Trois versions sont disponibles : une version pour les établissements de santé, une pour les EHPAD, et une pour le domicile. Un groupe de travail est en cours pour établir une version en santé mentale. Sur cet outil, des campagnes régionales (Pays de la Loire) sont réalisées tous les deux ans.

3.4.1. Développer une culture de la bientraitance

Le défi identifié réside dans la mise en œuvre de la bientraitance. Cela passe par l'acquisition d'une culture de bientraitance, la valorisation du savoir-être et du savoir-faire bientraitant en favorisant le pouvoir d'agir de la personne, le fait de tenir compte de ses capacités et de ses limites, la souplesse, une communication ouverte et adaptée à la situation, reconnaître et accueillir la diversité des personnes (ex. : handicap, LGBT+, culture spécifique, etc.).

Le guide précise que la bientraitance en institution requiert un équilibre entre la protection, l'autonomie, la sécurité et la prise de risques. Elle nécessite de s'appuyer sur une responsabilité collective partagée. Les périodes de transition (domicile-institution) sont des périodes de vigilance à avoir. L'engagement de la direction et une implication collective sont requis. Les intervenants doivent être impliqués. Il importe de promouvoir une collaboration et une constante communication (entre personnel, personnes hébergées, famille) pour la recherche de solutions. Un partenariat doit être mis en place.

Recueillir le point de vue et la satisfaction des personnes concernées est également une condition essentielle et un enjeu majeur en termes de bientraitance et d'amélioration de la qualité des soins en milieu sanitaire et de l'accompagnement par les ESSMS. Ce principe est déjà plus systématisé en secteur sanitaire (e-Satis) (14), mais il s'inscrit aussi pour les ESSMS (15) dans une dynamique globale qui vise à :

- considérer les personnes accompagnées comme des citoyens à part entière, capables de décider et d'agir pour elles-mêmes et autrui ;
- proposer un accompagnement sur la base de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs aspirations.

Le fait d'associer les personnes et leurs familles dans la vie de l'établissement et de recueillir leur point de vue à intervalle régulier fait également partie du déploiement de la bientraitance. Une recommandation centrée sur les EHPAD permet d'en indiquer les grands principes.

3.4.2. Diffusion et mise en pratique des chartes

Différents types de chartes peuvent contribuer au déploiement de la bientraitance en établissement. Par exemple : charte bientraitance, charte de confiance (16), charte relative aux droits des usagers (17, 18), charte spécifique développée par certaines professions (19).

- Une charte bientraitance peut se mettre en place également. Les principes de cet exemple de charte sont décrits dans le guide HAS-FORAP (2).
- Le principal frein à la déclaration d'évènement indésirable est la crainte des représailles. Il est alors recommandé la mise en place dans les établissements d'une « charte de confiance », également évoquée sous les termes de charte « d'incitation au signalement ». Dans ce texte, la direction s'engage à protéger des sanctions les professionnels qui déclarent et analysent les évènements indésirables.

L'objectif de cette charte est d'engager l'établissement à ne pas sanctionner les professionnels qui signalent une situation de maltraitance/EIAS dans lesquels ils sont impliqués ou qu'ils ont constatée. Ce principe de non-sanction ne s'applique pas en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité. Il vise à promouvoir en cas d'EIAS une attitude éthique et respectueuse à l'égard des patients et de leurs proches, par un comportement transparent, empathique et sincère, dans le plus grand respect de leurs droits et par une prise en compte de leurs besoins, et à l'égard des personnels et des équipes concernés, par un accompagnement professionnel non culpabilisant et si besoin, un soutien psychologique ou juridique.

La finalité est de développer une démarche centrée sur la notion que l'institution doit tirer les leçons de ses erreurs. Pour cela, elle doit se doter, au plus près du terrain, de méthodes, structures et moyens dédiés à l'analyse systémique des EIAS.

Différentes chartes de confiance sont proposées dans un guide issu de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du RREVA (16) : une charte générique dont la vocation est de porter la culture juste et une vision positive faisant progresser, une charte proposée par la Prévention médicale (20) pour les établissements de santé, une charte proposée pour les EHPAD.

- L'application des principes des chartes relatives aux droits des usagers est particulièrement importante (17). L'approche par les droits a été retenue à l'issue de la concertation des EGM (1).

3.4.3. L'enjeu de la formation des professionnels

La formation des professionnels exerçant dans ces secteurs, y compris la gouvernance de l'établissement (équipe de direction), constitue un axe essentiel des mesures à prendre. Cet axe est repris dans l'ensemble des publications des EGM. La formation doit être axée également sur les besoins et attentes spécifiques des personnes accueillies dans les établissements. C'est un point central sur lequel a insisté le groupe de travail.

Un guide de l'animateur de séances de sensibilisation/formation publié par la FORAP et la HAS (21), à partir d'analyse de scénarios et de témoignages vidéo, permet de promouvoir une culture commune pour les professionnels et les usagers des secteurs sanitaire et médico-social.

Un kit de formation en ligne promue par le ministère des Solidarités a été mis à disposition en avril 2023 (22).

Les nouveaux arrivants doivent aussi pouvoir bénéficier d'une formation relative aux situations de maltraitance pour les identifier et les prévenir. Les institutions doivent aussi permettre de faire des formations régulières et encourager une discussion ouverte sur ces sujets.

3.4.4. L'information des usagers sur leurs droits

Les états généraux de la maltraitance, à l'issue de la concertation (1), préconisent l'axe essentiel de mieux informer les personnes de leurs droits et des voies de recours et des concepts de bientraitance et de maltraitance.

Dans certains cas, les personnes peuvent ne pas avoir conscience de subir des maltraitances, il est alors important d'expliquer ces notions et différentes voies d'information (site internet, livret d'information, explications orales).

Destinées aux usagers et représentants des usagers, des informations traduites en FALC ont été également mises à disposition par des organismes tels que Coactis Santé. Elles ont l'avantage d'être accessibles à tous tout en relayant des messages essentiels, à l'exemple des bandes dessinées et dessins de santé (23).

3.4.5. Déploiement de la bientraitance, éléments retenus par le groupe de travail

Les éléments retenus par le groupe concernant le déploiement de la bientraitance sont explicités ci-dessous.

La bientraitance est une approche relationnelle positive se traduisant par des comportements respectueux des choix et des préférences de la personne. Elle concerne l'ensemble des professionnels de la structure (administratif, accueil, professionnels de santé, équipe de direction, etc.). Elle n'est pas le contraire ou l'absence de maltraitance. Elle s'applique à toutes les relations humaines, notamment envers la personne accompagnée, mais aussi envers les professionnels et les proches aidants. La bientraitance envers les personnes accompagnées en établissement requiert un équilibre entre la protection, l'autonomie, la sécurité et la prise de risques (24). Les obstacles à sa mise en œuvre relèvent le plus souvent de l'organisation du travail, la coordination des ressources, le manque de temps, la pression du collectif de travail, le manque de formation initiale et continue. C'est une notion large concernant autant les droits et les relations humaines, comme l'empathie, l'engagement d'échanges, le respect, l'écoute active, le sens des autres, que les règles de bon sens, de savoir-être, de savoir-faire, de savoir-vivre. Elle constitue le cœur de métier des professionnels sociaux et médico-soignants. Il s'agit finalement d'être attentif à la personne et d'accompagner son autonomie ; c'est-à-dire permettre à chacun d'être le plus capable d'exercer ses droits, de vivre ses projets et de participer à la vie sociale ou encore permettre à chacun de « bien vivre » toutes les dimensions de sa vie, malgré les déficiences physiques, sensorielles ou cognitives (7). Le principe directeur sous-tendu est l'auto-détermination.

Cela suppose un corepérage préalable à l'entrée des besoins et attentes spécifiques de la personne, leur formalisation à travers un projet personnalisé (de vie/de soins/d'accompagnement), qui sera actualisé chaque fois que nécessaire (au minimum une fois par an). Un temps dédié propice à la discussion sera prévu à cet effet, en veillant à mettre de côté les propres représentations et valeurs personnelles.

La bientraitance fait partie intégrante de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle s'appuie sur l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et doit être reliée **à la démarche éthique**, dont les principes sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et l'équité/justice. Le questionnement éthique contribue à la mise en œuvre de la bientraitance (questionnement sur le comportement ou la décision la plus appropriée à prendre lors

d'une situation complexe). Une vigilance extrême est à avoir sur les pratiques de restriction de liberté d'aller et venir en gériatrie² et en psychiatrie (25). Enfin les proches aidants et les bénévoles contribuent à la qualité de l'accompagnement ou de la prise en charge. Pour la personne, leur visite est essentielle sur le plan affectif pour maintenir une vie sociale et familiale. Il s'agit d'un droit fondamental. Ils constituent une ressource importante. Ils ont une connaissance approfondie des besoins et attentes de la personne. Ils peuvent aider aux tâches non techniques d'aide à la vie quotidienne comme la prise de repas, au rangement, à l'amélioration des conditions de vie, etc. Ils peuvent aussi contribuer aux mesures de prévention, etc.

Le groupe de travail a souhaité une formulation du chapitre relatif à la bientraitance sous la forme d'un tableau synthétique permettant de savoir ce que recouvre ce principe.

De plus, compte tenu de l'état des lieux des outils utilisés sur le terrain présenté au groupe par la FORAP, le groupe a retenu l'outil de déploiement de la bientraitance « Regards croisés » (13, 26). Il permet d'établir une auto-évaluation de la bientraitance du point de vue des usagers, de la gouvernance et des professionnels de l'institution. Il se déploie dans les établissements des secteurs sanitaire et médico-social.

3.5. Propositions du groupe de travail

Le groupe de travail souhaite **envisager le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance de façon complémentaire**. Une coordination des démarches permet la mise en œuvre d'actions de prévention. Le groupe de travail a été interrogé sur les leviers et les barrières relatifs à ce déploiement. Neuf principes ont été retenus par le groupe. Ils sont présentés dans les paragraphes de « 3.5.1 à 3.5.9 ».

Malgré les progrès réalisés et les multiples outils disponibles pour ces pratiques, de nombreux **freins persistent dans les pratiques** quotidiennes. Trois principaux leviers sont proposés : celui de garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d'agir, d'engager l'ensemble de l'établissement, puis d'impliquer les professionnels dans la prévention des risques.

3.5.1. Garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d'agir et les considérer comme actrices de leur prise en charge

Il convient alors d'associer la personne accompagnée, le patient, le résident le plus possible aux différentes démarches comme :

- recueillir en amont si cela est possible, ou dès son accueil, ses besoins et attentes spécifiques et notamment son moyen de communication, en lien avec les proches aidants ; cela permettra de coconstruire (avec elle) son projet personnalisé (objectif 1.10 ESSMS), comprenant également ses objectifs ;
- recueillir et solliciter régulièrement l'expression, l'avis, les souhaits, la satisfaction des personnes (14, 15) et en tenir compte (critère 1.1.1 du référentiel d'évaluation des ESSMS) avec des moyens de communication adaptés aux besoins des personnes (moyens alternatifs de communication en cas de difficultés d'expression orale ou écrite) ;
- les interroger sur leurs compétences et prendre en compte leur savoir expérientiel leur permettant de s'adapter à leur situation, d'atteindre leurs objectifs ;

² [Décret du 15 décembre 2016 relatif au contrat de séjour des personnes âgées en ESSM](#)

- pratiquer la décision partagée. L'équipe s'assure de la compréhension des informations fournies et de leur consentement ;
- interagir avec les personnes et favoriser leur participation à la vie sociale (ex. : les responsabiliser en rapport avec leur capacité et leurs intérêts, renforcer leur estime de soi, leur faire exercer leurs choix en fonction de leurs envies et besoins, leur faire prendre des décisions, en vue de maintenir leur autonomie (décisionnelle et fonctionnelle)).

Enfin, il faudra veiller à favoriser l'auto-détermination de la personne tout au long de son séjour, c'est-à-dire sa capacité à faire des choix.

3.5.2. Les informer de leurs droits et s'assurer de leur compréhension

Les personnes et leurs proches aidants ou les bénévoles référents doivent être informés de leurs droits et des voies de recours oralement et par le biais d'un support d'information écrit dès leur accueil en établissement. Un temps dédié est consacré à cette information dès l'accueil puis des rappels sont à effectuer lors de leur séjour. Cette information est formalisée via le livret d'accueil (encart spécifique). Cet encart rappelle les définitions des concepts de bientraitance et de maltraitance, la conduite à tenir en cas de problèmes, les numéros d'appel comme le 3977³ et leur flyer, les voies de recours, les coordonnées des personnes qualifiées, représentants des usagers, de la commission des usagers, du conseil de vie sociale, la possibilité de recours à un tiers, comme un médiateur ou un conciliateur.

Il est recommandé de diversifier les sources d'information sous plusieurs formes et de mettre à disposition les modalités de communication adaptées aux besoins des personnes : texte, visuel, application, affiche, infographie, animation, vidéo explicative, un document compréhensible en FALC remis en cas de besoin, autres. Cette information est également disponible sur le site internet de l'établissement et par un affichage dans ses locaux.

L'équipe s'assure de la bonne compréhension de ces informations.

Les personnes majeures sous protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde justice)

Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne (art. 415 du Code civil). Ces personnes conservent de nombreux droits communs et spécifiques (27)⁴. La finalité de la mesure de protection est de favoriser, autant qu'il est possible, l'autonomie de la personne (art. 415 du Code civil), sa sécurité et son intérêt, tout en préservant sa liberté et en respectant ses choix. Il importe de rappeler que **même lorsqu'une mesure de protection juridique est organisée, la personne prend seule les décisions relatives à sa personne**, si son état le permet, certains domaines très intimes ne relevant que de sa décision personnelle (art. 458, 459 du Code civil).

L'équilibre entre la protection et l'autonomie doit s'appuyer sur une démarche éthique. Une personne peut aussi anticiper sa perte d'autonomie en rédigeant un mandat de protection future (art. 477 et suivants du Code civil). Ce dispositif permet à un individu de choisir à l'avance la personne qui sera chargée de la protection de ses intérêts lorsqu'il n'en aura plus la faculté.

³ [3977_flyer.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

⁴ [Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice : quelles différences ? | Justice.fr](#)

3.5.3. La direction de l'établissement formalise et porte les actions

Le directeur de l'établissement et son équipe dirigeante s'engagent fermement à porter le sujet à travers des actions concrètes et visibles (28) (critères impératifs des référentiels qualité des établissements de santé et sociaux et médico-sociaux⁵). Il convient :

- d'inscrire l'axe de la « lutte contre la maltraitance » au sein du projet d'établissement/projet associatif accompagné d'actions concrètes, du plan de formation visant l'ensemble du personnel, y compris les nouveaux arrivants, du programme qualité et de gestion des risques, du projet des usagers ou des personnes accompagnées, des chartes (ex. : relative aux droits des usagers, charte d'engagement de transparence et de non-sanction et de culpabilisation des erreurs (16)) ;
- d'être au plus proche de ses équipes et des personnes accompagnées, de montrer son engagement régulier dans ce domaine ;
- de mettre en place une culture positive de signalements, de transparence et de prévention, un climat de confiance, une communication sur les mesures prises pour éviter la reproduction d'erreurs ;
- de prévoir un plan de gestion prévisionnelle des ressources humaines et de qualité de vie au travail (QVT) ;
- de faire respecter les libertés individuelles et les besoins fondamentaux des personnes, notamment pour les droits de visite des proches et les libertés d'aller et venir de la personne, tout en assurant le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (25, 29)⁶ ;
- de formaliser la coopération avec les CDU/CSV pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge, le traitement des plaintes et réclamations, le traitement des situations de maltraitance, les RETEX.

3.5.4. La direction de l'établissement identifie des personnes référentes

Deux référents bientraitance sont préconisés dans l'établissement (binôme : titulaire/suppléant). Ce sont des personnes ressources interne et externe plus spécialement formées à la lutte contre la maltraitance et au déploiement de la bientraitance. Ils sont particulièrement soutenus par la direction. Ils sont identifiés clairement dans chaque établissement ou mutualisés selon la taille de l'établissement, leur localisation géographique, leur organisation. Ils ne se substituent pas aux professionnels ; ils n'ont pas de rôle de supervision mais d'accompagnement et doivent être facilement joignables ; une permanence est mise en place lors des périodes de congés, week-ends. Le responsable qualité et gestion des risques ou le référent handicap en établissement de santé, s'il existe, peut être désigné référent ou être en appui de ceux-ci. Les référents peuvent être mobilisés pour la déclaration externe des situations sur décision du responsable de la structure.

Leur rôle est d'informer, d'aider ou d'orienter les équipes pour qualifier les situations, les aider à résoudre les situations et à appliquer la procédure de gestion des situations de maltraitance.

Ils animent la réflexion (21) d'analyse des causes immédiates et profondes des événements dans un objectif éducatif lors des réunions de retours d'expérience RETEX. Ils doivent être formés au RETEX et sensibiliser les membres participant à ces réunions.

⁵ Critères impératifs : n° 3.2-06 de la certification des établissements de santé : l'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein ; critères impératifs du référentiel d'évaluation des ESSMS 3.11.1 et 3.11.2.

⁶ [rbpp les espaces de calme retrait.pdf \(has-sante.fr\)](#) ;

Ils sont neutres, assurent l'animation et une pondération. Ils facilitent la transmission d'information et les informations des usagers et de leur entourage proche.

Leur activité peut être mutualisée entre plusieurs établissements et si besoin en lien avec une personne externe à l'établissement pour assurer la neutralité du regard (issue de l'instance représentative des personnes accompagnées, les CVS/CDU/Personne Qualifiée, ou du comité d'éthique par exemple, d'un autre établissement).

Ils sont aussi les contacts des personnes accompagnées s'interrogeant ou étant victimes de situation. Ils peuvent organiser, avec les cadres, un temps d'échanges avec les personnes accompagnées afin de recueillir leur point de vue, leurs expériences.

3.5.5. Repérer les risques professionnels, organiser les ressources humaines et assurer une qualité de vie au travail

Concernant le recrutement, une vigilance est à mettre en place sur les profils de professionnels recrutés (formation/compétence requise, diplôme requis à vérifier) en lien avec des fiches de poste par emploi. Les éventuelles délégations de tâches sont à clarifier et à faire connaître aux nouveaux arrivants. Une formation bientraitance/lutte contre la maltraitance est proposée aux nouveaux arrivants.

Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est à assurer afin de prévenir la pénurie de personnel.

Une vigilance est à mettre en place sur les indicateurs de turnover, de recours au personnel d'intérim et aux vacataires. En cas de recours momentané à du personnel non qualifié ou faisant fonction, un encadrement spécifique doit être prévu.

Des incitations à la fidélisation du personnel sont à mettre en place (évolution professionnelle, étudiants en cours de formation, reconversions, VAE, autres). Un parcours de formation est proposé, une proposition d'accompagnement à la formation qualifiante VAE, etc.

Les plannings de présence des professionnels doivent permettre de s'assurer d'un taux d'encadrement suffisant (personnel/personne) adapté en routine, et en particulier les week-ends, vacances, et jours fériés. La gestion du temps et des moyens humains est discutée entre l'encadrement de proximité et le service des ressources humaines : équipe en flux tendus, sous-effectifs, carences de personnels, etc.

Par ailleurs, l'encadrement de proximité est particulièrement attentif aux risques psychosociaux du personnel (RPS) pouvant être à l'origine de maltraitance (non intentionnelle notamment). Il s'assure de la bonne organisation et répartition de la charge de travail entre professionnels. Il repère l'usure professionnelle (bruit, charge mentale, trouble du comportement, démotivation, souffrances, etc.), les situations de burn out et met en place avec le service des ressources humaines un plan d'action. Ces risques sont identifiés dans le DUERP. Un plan de prévention des risques psychosociaux est mis en place en lien avec l'encadrement de proximité. Ce plan fait l'objet d'un dialogue social en lien avec la CSSCT et le CSE.

La reconnaissance du personnel doit être assurée ainsi qu'un plan de QVT en résonance avec le plan de développement professionnel continu (DPC) et de formation.

3.5.6. Promouvoir le signalement, communiquer régulièrement et organiser un rendez-vous annuel

Sur la base des signalements d'événements indésirables et des plans d'action entrepris, une communication interne régulière est réalisée auprès du personnel afin de maintenir une dynamique de prévention.

Par ailleurs, il est organisé un rendez-vous annuel systématique sur ce sujet (par exemple, à l'occasion de la « Journée mondiale de lutte contre la maltraitance » du 15 juin, ou lors de journée « droits et citoyenneté » ou « droits des usagers », ou le 6 octobre « journée des aidants ». Lors de cette journée sont abordés les courriers d'éloges de patients/personnes accompagnées, la valorisation des personnels, les actions de prévention réalisées à l'issue des retours d'expérience.

Un rappel de la culture juste (30) de signalement est également réalisé. Une charte de confiance est recommandée afin d'assurer les professionnels de l'absence de représailles (16).

Rappel important : la culture du signalement témoigne de l'engagement de l'établissement dans une démarche vertueuse de qualité.

3.5.7. Former l'ensemble des professionnels de l'établissement

La direction de l'établissement met en place un plan de formation et de sensibilisation obligatoire de l'ensemble des professionnels administratifs, médico-techniques, de l'accueil, médico-soignants, y compris l'équipe de direction sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance en lien direct avec les besoins et attentes spécifiques des populations accueillies.

Ces formations sont prises en compte/articulées dans le DPC des professionnels de santé.

Cette formation est régulière et continue et se met en place dès la prise de poste dans l'établissement (ex. : au minimum la formation en ligne du ministère (22)). Des rappels réguliers sont organisés.

Différentes approches sont à privilégier : par exemple, des sessions de simulation pièce de théâtre, des journées d'immersion, l'analyse de vidéos (21), autres. Ces formations associent les personnes accompagnées ou leurs représentants, les CVS/CDU, les associations de patients ou des tiers ; elles intègrent le savoir expérientiel (patient/proches) et des apports extérieurs. NB : une vigilance est à avoir sur le turnover du personnel (formation de personnes qui partent ensuite).

D'autres formations sur d'autres thématiques sont à prévoir sur les thèmes suivants : la formation de l'équipe de direction aux sciences humaines ; être préparé à un refus de soins pour les équipes médico-soignantes ; la communication interpersonnelle pour échanger sur les dysfonctionnements ; apprendre à reconnaître ses erreurs ; la gestion de conflits ; formations régulières des chefs de service et des médecins sur le thème du « management d'équipe », etc.

Concernant les personnels ou vacataires ou intérimaires non encore formés à ces pratiques, il est recommandé de prévoir, soit un encadrement suffisant de ces personnels, soit des personnes ressources auxquelles elles feront appel.

Enfin, il importe également de prévoir une formation et une montée en compétence sur ces questions des membres des CVS/CDU.

3.5.8. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des usagers

Dans les domaines sanitaire et médico-social, les proches aidants et la personne de confiance connaissent les besoins et attentes spécifiques de la personne en situation de vulnérabilité. Ils disposent

d'un savoir expérientiel et peuvent apporter une aide pour la co-construction du projet personnalisé de la personne. Il convient de considérer leur ressource, de les associer au long de la prise en charge (critère 1.1 ESSMS). Ils peuvent remonter des difficultés qu'il importe de prendre en compte.

Les personnes qualifiées, les personnes issues du CVS, les représentants des usagers de la CDU peuvent contribuer au déploiement des démarches qualité, à la promotion des droits, à l'analyse des plaintes, réclamations, et événements indésirables. Ils sont également associés pour co-construire des solutions ou plans d'action (critères impératifs ESSMS : 3.12.1, 3.12.2) en réponse aux dysfonctionnements. Ils peuvent être associés au projet d'établissement et associatif, par exemple à travers le projet des usagers en établissement de santé.

Un recours éventuel à un médiateur (31, 32) est à envisager en cas de conflits entre l'établissement, la famille ou les représentants des usagers. Le médiateur est un tiers neutre et indépendant qui joue un rôle d'interface temporaire.

D'autres démarches peuvent être proposées, comme le fait d'offrir la possibilité aux personnes représentant des usagers d'aller au-devant des situations, à la rencontre des services, et des personnes accompagnées.

3.5.9. Prévoir des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles

Des temps dédiés **d'échanges et d'analyse des pratiques** professionnelles **sont organisés régulièrement**. Les objectifs sont de permettre aux équipes de prendre du recul collectivement sur leurs pratiques et de libérer la parole entre professionnels pour résoudre des situations problématiques.

Le recours à un tiers interne ou externe à l'établissement, comme un psychologue par exemple, peut être initié pour l'animation des échanges. Une réflexion éthique est à encourager autant que nécessaire (espaces éthiques régionaux ou locaux).

Les RETEX sont des temps d'analyse des pratiques professionnelles. Ils se mettent en place dès que des signaux d'alerte ou des situations de maltraitance se produisent (au moins 4 fois par an). Ils ont un objectif éducatif et préventif.

Ces neuf principes ont été restructurés, dans le guide issu de ces travaux, en trois parties relatives aux usagers, aux professionnels et à l'établissement pour mieux correspondre aux exigences des référentiels qualité

4. Lutter contre la maltraitance

4.1. Définitions de la maltraitance

Sur le plan international, il n'existe pas de définition commune du terme de maltraitance. Cette notion est très complexe, dépendante de la culture du pays, de la perception, mais aussi du développement du pays. Les définitions du Conseil de l'Europe [1987] et de l'OMS [2002] sont rappelées ci-dessous. En France, les travaux issus de la commission nationale de lutte contre les maltraitances a permis d'aboutir à une définition légale en 2022. Elle est inscrite dans le CASF.

4.1.1. Définition du Conseil de l'Europe [1987]

Le Conseil de l'Europe en 1987 a tout d'abord proposé une première définition de la maltraitance comme une violence se caractérisant par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.

Cette définition a été complétée dans les années 90 par une classification des actes de maltraitance.

4.1.2. Définitions de l'OMS [2002]

L'OMS a également donné une définition internationale de la maltraitance des personnes âgées [2002] et des enfants.

Selon l'OMS, la maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en 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. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.

Selon l'OMS : « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

4.1.3. Une définition légale française en 2022

En France, des travaux ont été conduits sous l'égide de la commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la santé, mise en place en 2019. Les travaux de cette commission ont conduit à l'inscription d'une **définition légale de la maltraitance** instaurée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 avec la création de l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cet article dispose :

« La maltraitance au sens du présent du code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. »

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Cette définition concernant un large public (enfants, adultes), elle permet une meilleure qualification des situations de maltraitance et constitue aussi un préalable à tout programme d'action.

Le caractère de maltraitance « non intentionnelle » est à souligner dans cette définition de même que le caractère transversal à tous les publics (majeurs, mineurs) et quel que soit le lieu.

Les catégories de maltraitance ne sont pas cloisonnées et ni exclusives les unes des autres. Il peut y avoir des situations cumulatives. Il est à noter également que les notions d'omission ou de négligence (absence d'actions) sont présentes dans cette définition.

Enfin, la maltraitance n'est pas uniquement le fait d'une personne sur une autre. Elle peut être systémique, organisationnelle, institutionnelle. En effet, selon la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNDCH) dans son avis du 22 mai 2018 (33), « elle peut n'être que le résultat visible de dysfonctionnements systémiques dont on constate l'aggravation : dépenses contraintes, effectifs limités, elle peut être provoquée par des locaux insuffisants ou inadaptés à une prise en charge globale ; elle peut résulter d'habitudes ou de pratiques informelles ».

Le rapport du HCSP (3) insiste sur la **complexité de la notion de maltraitance** du fait de son caractère multifactoriel affectant la dynamique relationnelle et dépassant la relation maltraitant-maltraité. En effet, cette dynamique relationnelle est influencée par les facteurs organisationnels, sociaux, politiques et culturels, ainsi que par les facteurs propres aux personnes. La maltraitance soulève la question culturelle. La perception par les acteurs d'être maltraités ou pour les témoins de maltraitance implique des seuils de jugement selon leur contexte culturel, des seuils de tolérance et de sensibilité. Il est également soulevé la multiplicité des intervenants pour gérer des situations de maltraitance (professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social, justice, gendarmerie, police, etc.).

4.1.4. Typologie des situations de maltraitance

La commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance a produit deux documents qui ont servi de référence pour ces travaux (7, 34).

Il est identifié une typologie de situations de maltraitance classées selon la nature des actes ou des omissions dont il est question.

Sept types de maltraitance sont proposés (34) : physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, négligences, abandons, privations, discriminations, exposition à un environnement violent.

- Maltraitements **physiques**, notamment châtiments corporels, agressions physiques, gestes brutaux, enfermement (y compris au domicile), usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous-médication, usage de traitements à mauvais escient, intervention médicale sans consentement éclairé...
- Maltraitements **sexuelles**, notamment viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles, embrigadement dans la pornographie et la prostitution, attentats à la pudeur...
- Maltraitements **psychologiques**, notamment insulte, intimidation, harcèlement, humiliation, menace de sanctions ou d'abandon, mise à l'écart, relégation des espaces de vie ou des activités familiaux dans la vie quotidienne (repas, loisirs, fêtes, vacances...), chantage affectif, recours à l'arbitraire, déni du statut d'adulte, infantilisation, usage d'un vocabulaire dégradant, indifférence, silence systématisé, contraintes ou limitations alimentaires injustifiées, imposition de

règles d'utilisation de moyens de communication empêchant le maintien des liens sociaux et familiaux, privation d'équipements ou d'activités destinés à favoriser le développement et/ou les relations sociales de la personne, emprise mentale, déni du statut d'enfant et parentification (inversion des rôles entre l'adulte et l'enfant, attitude consistant à confier à un mineur des responsabilités inadaptées à son âge, notamment pour satisfaire aux besoins des adultes qui l'entourent), sous ou surprotection entravant l'exercice et le développement de l'autonomie...

- Maltraitements **matérielles et financières**, notamment fraude, vol d'effets personnels, d'argent ou de biens, privation de gestion de ses ressources ou d'accès à ses comptes bancaires, confiscation de cadeaux, dégradation des biens d'une personne, racket...
- **Négligences, abandons, privations** : notamment défaut, qui peut être répété, de soins, défaut d'adaptation de la prise en charge de la personne au regard de son diagnostic médical, absence de recherche d'un consentement éclairé pour toute décision qui concerne la personne (hors situation d'urgence), privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, obstruction ou restrictions abusives à l'égard des visites ou des contacts avec les proches, négligence éducative, négligence de l'hygiène personnelle, inaction conduisant à laisser la personne dans un état de dénuement ou d'isolement, absence de recherche de relais ou de continuité d'intervention à la suite d'un départ ou une rupture de prise en charge, en particulier à domicile, entrave ou insuffisance des moyens mis en œuvre pour permettre l'exercice du droit de vote ou l'accès à une aide, à une prestation, entrave ou refus de reconnaître le droit à vivre librement sa sexualité (dans les limites de l'âge et de la faculté de compréhension)...
- **Discriminations** : notamment accès difficile, dégradé ou impossible aux droits, au logement, aux soins, à l'éducation, au travail, aux prestations sociales, à une information loyale et compréhensible... qui survient notamment sur le fondement d'une particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, de l'apparence physique, de l'âge, d'une situation de handicap, de l'état de santé, de la perte d'autonomie...
- **Exposition à un environnement violent** : environnement familial ou institutionnel violent dans lequel la personne, mineure ou majeure, est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement.

4.1.5. Définition de la maltraitance d'origine « institutionnelle »

Lorsque des situations de maltraitance résultent, au moins en partie, de pratiques managériales, de l'organisation et/ou du mode de gestion d'une institution ou d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle sur un territoire, on parle de maltraitance institutionnelle (34).

La maltraitance institutionnelle peut trouver son origine notamment par :

- une politique institutionnelle inadaptée, des pratiques professionnelles ou des aménagements internes restreignant les libertés des personnes accompagnées de manière excessive au regard de leurs droits fondamentaux, sans que leur état ne le justifie ;
- des pratiques managériales inadaptées ou défaillantes ;
- une organisation conduisant à des situations de sous-effectif ou de sous-qualification récurrentes ou pérennes ;
- une politique de formation insuffisante ou inadaptée ;
- des insuffisances organisationnelles ;

- une absence de régulation des violences ou négligences subies par les personnes en situation de vulnérabilité, malgré l'existence de signaux d'alerte ;
- une absence d'organisation d'un circuit d'alerte et de traitement connu des personnes en situation de vulnérabilité, de leurs proches et des intervenants, ou par une absence de respect des obligations de signalement aux autorités administratives et judiciaires ;
- des intimidations envers des familles ou des personnes accompagnées sous forme de menaces ou de représailles (exclusion, rétention abusive...) ;
- un cadre de vie inadapté, des insuffisances en matière d'hygiène, de santé et/ou de sécurité ;
- un déséquilibre flagrant entre l'importance accordée aux impératifs collectifs et institutionnels au détriment du respect des libertés individuelles et de l'effectivité de personnalisation de l'accompagnement.

Il est à noter que cette définition française est unique sur le plan international, même si les rapports de l'OMS, de l'ONU et du Conseil de l'Europe ont abordé cette dimension.

4.1.6. Illustrations en vidéos réalisées par la FORAP/SRA par thématique

Un guide (21) rassemble différentes vidéos proposées à titre pédagogique. Il est destiné aux animateurs de formation ou de réunion sur le sujet de la maltraitance sur des personnes vulnérables.

- Annonce à l'hôpital : CAPPS Bretagne : <https://youtu.be/-hJfMadkKyY>
- Mme Rose en EHPAD : CAPPS Bretagne : <https://youtu.be/QR2k5jwHhjE>
- Et en ESAT ? : CCECQA : <https://youtu.be/MKzMK9wPaP0>
- En clinique : CCECQA : <https://youtu.be/V6WozA6Vh7M>
- L'aide au repas de la personne âgée : ORAQs-97.1 : <https://www.youtube.com/watch?v=g5hZ3tnY-k0>
- La prise en compte de la parole de la personne âgée : ORAQs-97.1 : <https://www.youtube.com/watch?v=0t-VGAQAvsA>
- Sensibilisation à la prévention de la maltraitance ordinaire : Qual'Va : <https://www.youtube.com/watch?v=Brc2cmJyUBk>
- Intimité et liberté d'aller et venir en EHPAD : Qualirel : https://youtu.be/n_SR4NWVW9I
- Regarde petit Ours : RéQua : https://youtu.be/q-2-xeQL_Ao
- Entre de bonnes mains : RéQua : <https://youtu.be/S1q4W3jOnkk>
- Bête de cirque : RéQua : <https://youtu.be/K85SKuJGdHA>

4.2. Place dans les démarches qualité existantes

La lutte contre la maltraitance figure parmi les critères du référentiel de certification des établissements de santé et celui de l'évaluation des ESSMS.

Liens avec la certification des établissements de santé (11)

Critères	Éléments d'évaluation
Critère 3.2-05 L'établissement de santé participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies.	La gouvernance diffuse les recos et outils permettant le repérage, le signalement et la prise en charge des situations de maltraitance et veille à leur appropriation. Les professionnels appliquent la conduite à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance.
Critère impératif 3.2-06 L'ES lutte contre la maltraitance en son sein.	Diffusion recommandation de repérage et prévention/appropriation Modalités d'écoute de l'expérience patient dans les moments sensibles Connaissance des circuits d'alerte selon le type de maltraitance

Liens avec le référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (critères impératifs) (12)

Le plan de prévention des risques de maltraitance constitue également un critère impératif du référentiel.

Objectif 3.11 L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence.	Critère 3.11.2 L'ESSMS traite les signalements de faits de maltraitance et de violence, et met en place des actions correctives. Critère 3.12.1 L'ESSMS organise le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations. Critère 3.12.2 L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes. Critère 3.12.3 Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et mettent en place des actions correctives. Critère 3.11.1 L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées.
--	---

4.3. Données statistiques et recherches sur les situations de maltraitance

L'absence de définition internationale limite la comparabilité des résultats d'un pays à l'autre et leur compréhension. Les travaux de recherche sont peu nombreux. Cette hétérogénéité engendre un pluralisme de réponses et des différences d'appréciation selon les pays.

4.3.1. Les données statistiques à l'international

Les **Nations unies** (35) se sont intéressées particulièrement à la question de la maltraitance des personnes âgées. Depuis le plan d'action international relatif à l'âge (Madrid 2002), la décennie de la santé des personnes âgées 2021-2030, puis l'agenda de développement durable 2023, cette réalité peu connue fait l'objet de nouvelles actions et orientations.

Il n'existe pas de données rigoureuses chiffrées mais il existe des **estimations de prévalence** relatives à la maltraitance issues des pays développés ; les chiffres issus des pays les moins avancés et en voie de développement restant très limités.

Selon les Nations unies, **une personne âgée sur 10 est confrontée chaque mois à la maltraitance**. C'est sans doute une sous-estimation, seulement 1 cas de maltraitance sur 24 étant notifié parce que les personnes âgées craignent souvent de signaler les cas de mauvais traitements à la famille, aux amis ou aux autorités. Par conséquent, il est probable que les **taux de prévalence soient sous-estimés**. Bien que les données rigoureuses soient limitées, les estimations de la prévalence pour les types les plus courants de maltraitance dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire :

- ➔ abus financiers : 1,0 à 9,2 % ;
- ➔ violences psychologiques : 0,7 à 6,3 % (sur la base de critères significatifs de seuil) ;
- ➔ négligence : 0,2 à 5,5 % ;
- ➔ violences physiques : 0,2 à 4,9 % ;
- ➔ violences sexuelles : 0,04 à 0,82 %.

À l'échelle mondiale, il est considéré que **le nombre de cas de maltraitance des personnes âgées risque de s'accroître**, compte tenu du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays et de l'impossibilité de répondre à leurs besoins du fait des contraintes budgétaires. **Ainsi, d'ici à 2055, le nombre des plus de 60 ans dans le monde devrait au moins doubler, passant de 900 millions en 2015 à quelque 2 milliards en 2050.**

Selon l'**OMS**, la maltraitance des personnes âgées constitue un **problème de santé publique important**⁷.

En 2017, une méta-analyse incluant 52 études concernant 28 pays de diverses régions (36) a confirmé ce constat. Les résultats ont montré qu'au cours de l'année précédente, **une personne âgée de plus de 60 ans sur 6 (15,7 %) avait été victime d'une forme de maltraitance dans un cadre communautaire chaque année.**

Ce taux semble être encore plus important en institution selon l'OMS⁸. À noter que les données sur l'ampleur du problème dans les institutions telles que les hôpitaux, les maisons de retraite et les autres établissements de soins de longue durée sont rares.

⁷Organisation mondiale de la santé. Maltraitance des personnes âgées [en ligne]. Genève: OMS; 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

⁸ [Prévenir la maltraitance des personnes âgées \(who.int\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people)

Selon une revue systématique et méta-analyse (37) relative à la prévalence de la maltraitance **des personnes âgées en institution, 64,2 % des membres du personnel ont déclaré avoir commis un acte de maltraitance au cours de l'année écoulée.**

Cette étude a rapporté les estimations suivantes de prévalence des types de maltraitance en institution pour les personnes âgées (données déclarées par les personnes âgées et leurs représentants) :

- **maltraitance psychologique (33,4 %) ;**
- physique (14,1 %) ;
- financière (abus financiers) (13,8 %) ;
- négligence/défaut de soins (11,6 %) ;
- abus sexuels (1,9 %).

Cette étude révèle que la prévalence en institution est haute ; elle préconise la mise en place d'un système de surveillance et de contrôle afin de mettre en œuvre des mesures de prévention.

De plus, de nouvelles données (38) ont indiqué que la prévalence de la maltraitance des personnes âgées tant dans leur environnement familial qu'en institution **a augmenté pendant la pandémie de Covid-19.**

La maltraitance des personnes âgées peut avoir de graves conséquences physiques et mentales, financières et sociales, y compris, par exemple, des lésions corporelles, des décès prématurés, la dépression, un déclin cognitif, la ruine financière et un placement dans une maison de retraite. Pour les personnes âgées, les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves et la convalescence plus longue (39).

La maltraitance des personnes âgées peut entraîner **de graves traumatismes physiques et avoir des conséquences psychologiques à long terme.** Il s'agit d'un problème qui risque de s'amplifier, compte tenu du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays.

4.3.2. Les données statistiques en France

En France, il n'existe pas de chiffres relatifs à la prévalence de la maltraitance en institution. Il existe une double difficulté de suivi statistique de ces situations en raison d'une définition récente [2022] et des circuits multiples de déclaration. Il n'y a pas de données publiées sur les déclarations reçues par les différentes institutions/administrations (ARS, CD, DREETS...). La Fédération 3977 contre les maltraitances dispose en revanche de données nationales relatives aux nombres d'appels reçus exploitables à partir de rapports annuels d'activité. Selon le rapport du HCSP (3), « la qualification et la quantification restent un défi ». « La maltraitance est dans la plupart du temps un processus et le moment de son signalement n'est souvent qu'une étape paroxystique d'un processus plus ancien qui aura des séquelles plus ou moins importantes durant plus ou moins longtemps. Enfin parfois la découverte d'un cas se fait par l'intermédiaire de sa conséquence souvent grave, voire fatale. ».

Selon ce même rapport, la fréquence, le type et le contexte de maltraitance sont différents suivant les classes d'âge que l'on considère. Pour les adultes, il existe des violences de genre. Elles désignent toutes les formes de violence commises sur les femmes et les hommes même si l'écrasante majorité des victimes sont des femmes. De plus, des travaux de recherche sont peu nombreux marquant un net retard français.

Il n'y a pas à l'échelon national de regroupement de données permettant de disposer de données précises de prévalence de la maltraitance. À ce stade, la fréquence des maltraitances n'est pas connue en France.

4.3.3. Les données de la Fédération 3977 contre les maltraitements

Seules sont disponibles les données des rapports d'activité de la Fédération 3977, plateforme nationale qui a pour mission de traiter les signalements de maltraitance.

Dans son rapport 2021 (40), 6 905 alertes de maltraitance, dont 2 360 à 2 576 seraient d'origine institutionnelle. Ces cas seraient mal évalués. **Les victimes sont les personnes âgées de plus de 60 ans (73 %), les femmes (65 %) et les personnes en situation de handicap (27 %).** Ces maltraitements ont lieu **pour 73 % à domicile et pour 27 % en institution.** Les personnes mises en cause sont l'entourage familial à 48 %, les professionnels à 34 % et les amis/voisins à 18 %.

Les maltraitements principaux les plus fréquentes sont les maltraitements psychologiques pour 32 %, physiques 18 %, négligences involontaires 15 %, financières 12 %, non-respect des droits 10 %, liés aux soins 7 %.

À l'occasion de la **Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées du 15 juin 2023**, la Fédération 3977 a indiqué une explosion du nombre d'appels à la suite de la publication d'une enquête journalistique fortement médiatisée. Elle a recensé une augmentation de plus de 62,5 % d'appels reçus (victimes, proches ou professionnels témoins), soit 82 000 appels **en 2022** avec la création de 8 920 nouveaux dossiers. Les maltraitements principaux déclarés ont été :

- les négligences (maltraitements institutionnelles) : 25 % des déclarations, en lien direct avec l'enquête journalistique ;
- les maltraitements psychologiques : 21 % (avec une augmentation des situations à domicile) ;
- les maltraitements physiques : 19 % (avec là aussi une progression des situations à domicile, certainement du fait d'une libération de la parole).

Les victimes sont âgées de plus de 60 ans pour 82 % d'entre elles, et 69 % sont des femmes. 41 % des cas de maltraitance ont lieu en établissement et 59 % au domicile. Les auteurs sont les professionnels (47 %), l'entourage (37 %), les voisins ou amis (13 %).

Le rapport d'activité 2023 de la Fédération 3977 confirme que **les femmes sont majoritairement victimes de maltraitance (67 %)**. L'analyse des chiffres évoque la grande difficulté pour les victimes de témoigner (21 % des appelants). Les professionnels quant à eux, craignant les retombées disciplinaires et autres conséquences sur leur travail, ne sont qu'à 14 % la source de dénonciations des actes de maltraitance. Enfin, la famille reste la part la plus importante des appelants (46 % des appelants). Ce rapport met en évidence que la maltraitance en institution ou dans le cadre du soin ou de l'accompagnement social représente tout cumulé 34,5 % des mis en cause. En 2023, les maltraitements ont eu lieu principalement pour 65 % des cas à domicile et pour 35 % en institution. Les maltraitements en institution sont surtout des négligences actives ou passives ou médicales. Le facteur principal de maltraitance est l'agressivité, notamment envers les personnes âgées ou en situation de handicap, arrivent ensuite les maltraitements institutionnels liés au dysfonctionnement de l'établissement.

4.3.4. Le projet de recherche « traitement des alertes de maltraitance en coopération sur les territoires (TACT) »

Le projet de recherche TACT est soutenu par la CNSA, porté par l'association PRISM (Promouvoir la recherche, l'innovation et la création de savoirs sur la maltraitance) et lancé par [le laboratoire de sciences humaines et sociales du GHU Paris](#) (lien : [TACT](#)) associé à la commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Ce projet réunit des acteurs majeurs de la politique publique de lutte contre la maltraitance sur les territoires : 3 agences régionales de santé, 2 parquets, 9 départements, 4 maisons de prévention et

protection des familles de la gendarmerie nationale, 5 antennes ALMA et 2 associations d'aide aux victimes.

Les objectifs sont d'améliorer le traitement concerté des alertes, informations préoccupantes et signalements de maltraitance sur les territoires et d'offrir un exemple de production de données probantes dans un champ qui en manque.

Au sein du projet TACT, des infographies illustrent les étapes théoriques à réaliser en cas de constatation d'une situation de maltraitance. Ces infographies présentent l'avantage d'illustrer en un coup d'œil les différentes actions à réaliser.

Une [bibliographie des cartographies de l'étude dresse un état des lieux précis des situations rencontrées | GHU Paris psychiatrie & neurosciences \(ghu-paris.fr\)](#).

Différentes cartographies ont été dressées avec notamment une cartographie relative au traitement théorique des cas de maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales, [infographie maltraitance institution v3 - a3 print 0.pdf](#) et celle relative au traitement théorique d'une situation de maltraitance envers des majeurs en situation de vulnérabilité élaborée par la CNSA, PRISM et le GHU, [infographie adulte vulnerabilite v3 - a3 print 0.pdf](#)

4.4. Problématiques identifiées de maltraitance

Différents rapports d'institutions ou associations (Fédération 3977, CNCDH, DDD, EGM, autres) font des constats allant dans le même sens.

Les problématiques identifiées relèvent des moyens insuffisants, des difficultés de caractérisation de la maltraitance, une formation insuffisante, des difficultés d'alerte et de traitement des situations, une mauvaise connaissance des outils, une culture de gestion des risques non homogène, des droits non respectés et amplifiés par la crise de la Covid-19.

4.4.1. Analyses de la Fédération 3977

Les causes sont le plus souvent multifactorielles : parmi les causes identifiées sur le terrain, une formation embryonnaire des professionnels, une organisation défaillante ou un management défaillant, des directives inappropriées selon la Fédération 3977, auxquels s'ajoutent le manque de moyens, d'effectifs, des professionnels épuisés.

Enfin, le secret et le silence sont les principaux obstacles à la lutte contre les maltraitances.

4.4.2. Analyse de la commission nationale consultative des droits de l'homme

La CNCDH dans son avis du 22 mai 2018 « Agir contre les maltraitances dans le système de santé » (33), a alerté les pouvoirs publics sur la nécessité de mieux respecter les droits fondamentaux des personnes. Elle fait notamment état de situation de **maltraitances en milieu psychiatrique** soulignée par le CGLPL. Elle met en lumière également des **faits préoccupants relatifs aux violences obstétricales**, ou encore **la prise en charge de patients autistes, l'accueil des personnes en EHPAD ou en établissement psychiatrique** sont également soulignés dans ce rapport.

Ce rapport se concentre sur un des **freins à l'effectivité du droit aux soins** : les phénomènes qui empêchent le système de santé d'être bientraitant à l'égard de tous. Ce rapport a pour objectif de souligner les souffrances subies par l'ensemble des acteurs du système médical, qu'ils soient soignants, patients ou aidants.

Il rapporte que les maltraitements peuvent se traduire par des paroles maladroites discriminatoires ou insultantes, des humiliations, des négligences ou encore des violences physiques pratiquées de façon volontaire ou non par le soignant. Elle mentionne, entre autres, le **non-respect des droits des patients**, notamment sur la question du **droit au consentement libre et éclairé** pouvant donner lieu à des actes maltraitants. La commission regrette dans son rapport que les maltraitements soient étudiés de façon segmentée, plutôt que globale. La confrontation de la parole des usagers et de celle des professionnels permet d'identifier un décalage de l'appréhension des phénomènes.

La commission évoque également la **difficulté d'évaluer l'acte maltraitant** qui nécessite la prise en compte des dimensions qualitatives et quantitatives et la perception de tous les acteurs, usagers inclus. La maltraitance peut n'être, selon la commission, que le résultat visible de dysfonctionnements systémiques : dépenses contraintes, effectifs limités, locaux insuffisants ou inadaptés à une prise en charge globale ; elle peut résulter aussi d'habitudes et de pratiques informelles.

La CNCDH souligne également la maltraitance dans **le parcours des patients**, comme dans certains cas le refus de soins en médecine libérale sans réorientation, des discours maladroits stigmatisants, à l'hôpital, la mauvaise prise en compte du consentement, le manque de lit, de personnel, le manque d'information, l'attente, pour des raisons de surcharge de travail. Elle relève aussi une maltraitance institutionnelle, comme **la suspension de prestations ou de couverture maladie sans préavis, la complexité des démarches administratives**.

Enfin, la CNCDH préconise un système de santé fondé sur l'humain qui puisse garantir des droits fondamentaux en s'adaptant aux spécificités de chacun.

4.4.3. Analyse du défenseur des droits

La défenseure des droits (DDD) pointe différentes problématiques de non-respect de certains droits fondamentaux, notamment au sein des EHPAD, mis en exergue par la crise sanitaire de la Covid-19.

Le rapport de suivi de janvier 2023 (41) faisant suite à son rapport de 2021 (42), observe que les signalements de maltraitance adressés à la défenseure des droits sont en hausse. Ces signalements font encore état d'atteintes aux droits, notamment au droit à une prise en charge et à un accompagnement adapté.

Ces saisines alertent sur les **entraves à la vie privée et familiale et à la liberté d'aller et venir** des résidents.

Les manquements s'expliquent en partie par un manque de personnel dans un secteur qui n'arrive plus à recruter. Le manque de moyens induit un glissement des tâches. Le DDD demande aux autorités publiques la mise en place d'un ratio de 8 professionnels pour 10 résidents.

Alors que les mesures prises pendant la crise sanitaire ont été allégées, **certaines résidents seraient encore confinés, en dehors du cadre réglementaire et de façon disproportionnée**. Ainsi, des restrictions de déplacements, mises en place lors de la crise sanitaire, seraient encore en vigueur dans certains établissements. **Les visites des proches sont encore parfois restreintes alors qu'elles constituent un droit humain fondamental**.

Il existe également des **difficultés à donner l'alerte, et à signaler les maltraitements**, analyse la défenseure des droits. Cela est dû au manque de formation, à la méconnaissance de ce qu'est un acte de maltraitance et de la conduite à tenir, et de la multitude d'acteurs impliqués. Elle préconise un **dispositif de vigilance médico-sociale** permettant de traiter les situations, éviter la déperdition des informations par les acteurs, encourager une culture partagée de vigilance, le suivi des situations complexes.

Il existe des problématiques d'équilibre entre les restrictions des libertés d'aller et venir (ex. : visites, situation d'isolement arbitraire), et de visites et les exigences de sécurité de la personne. Un guide retrace également cette difficulté exprimée par les représentants des EHPAD confrontés à une opposition fréquente entre assurer la sécurité des résidents et maintenir leur liberté d'aller et venir, dont le droit impose le respect, cela dans un contexte sociologique d'un « droit à la sécurité » souvent invoqué par les familles et parfois privilégié par les soignants sur le terrain. Ce guide constitue une aide à la réflexion (43).

Deux autres points de vigilance sont le **recueil du consentement de la personne ainsi que le projet d'accueil personnalisé à réévaluer régulièrement**. Le recours à la médiation est également préconisé par le DDD en institution ainsi qu'un recueil de l'expérience de la personne (questionnaire de satisfaction, autres).

Enfin, le **non-respect des droits fondamentaux** peut alors constituer une forme de maltraitance.

Ce rapport (41) permet d'aborder la maltraitance sous l'angle des droits humains universels.

4.4.4. Le rapport de la mission « droit de visite et lien de confiance »

Le rapport de Laurent Frémont (44) sur le « droit de visite et lien de confiance » en EHPAD contient une vingtaine de propositions visant à rétablir un « lien de confiance » entre les professionnels, les résidents et leurs proches, avec notamment la proposition d'instaurer un droit « absolu » de visite en EHPAD. En ce sens, il recommande l'ouverture de la structure quelle que soit l'heure, l'adoption d'attitudes éthiques en cas de situations de crise, la définition des conditions d'appui des bénévoles en cas de manque de personnel, l'information sur les droits fondamentaux avec une animation semestrielle ou un parrainage/marrainage. Ce rapport met l'accent sur l'alliance nécessaire entre les proches et l'institution et sur l'infléchissement des pratiques professionnelles (à travers une formation à l'éthique appliquée, une vigilance sur le recrutement des directions, l'amélioration de l'accueil, l'accompagnement de la fin de vie). Il préconise également l'aménagement de voies de médiation et de recours en vue de répondre rapidement aux résidents et à leurs proches, la sollicitation des associations représentatives des usagers pour instruire les plaintes et réclamations et enfin la co-construction d'un dispositif de recours avec les proches.

4.4.5. Analyses des événements indésirables graves associés aux soins EIGS (base de données HAS)

L'analyse des EIGS déclarés par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, durant la période mars 2017 à décembre 2022 (45), a identifié 16 cas d'EIGS de maltraitance de professionnels envers des patients, et 42 cas de violences entre patients (hors définition). Il est constaté une augmentation des déclarations.

Parmi les 16 déclarations de maltraitance des professionnels envers les patients, l'analyse des données des volets 1 et 2 a identifié des **facteurs liés à l'équipe de soins** tant dans le secteur sanitaire que médico-social, dont des « **problèmes de communication entre professionnels** », des « difficultés liées aux **informations écrites du dossier patient** », des « **problèmes de remplacements** ».

L'analyse des facteurs déclarés indique un **dysfonctionnement du travail en équipe, un manque d'effectif**, et des causes profondes concernant des « **problèmes de qualification ou de compétence des professionnels, des facteurs de stress physique ou psychologique** ».

Plus de la moitié des EIGS liés à des maltraitements (9 cas sur 16) sont survenus pendant une période « durant laquelle l'organisation des soins est plus vulnérable », soit le week-end (4 cas) ou la nuit (5 cas).

L'analyse des déclarations de maltraitance a mis en évidence les difficultés de l'organisation et du management, portant principalement sur « la gestion des effectifs ». La HAS souligne aussi « une insuffisance de la promotion de la culture sécurité des soins » ainsi qu'une « insuffisance de la politique de formation de l'établissement sur la prévention et la prise en charge des chutes ».

4.4.6. Des problématiques de droits à l'image des personnes (CNIL)

Par ailleurs, le droit à l'image des personnes fait également l'objet de préoccupations, comme le mentionne la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Une enquête publique sur le recours à la vidéosurveillance en EHPAD a été conduite dans la cadre d'une consultation faite par la CNIL (46). D'un point de vue global, au regard des conséquences sur les droits et libertés des personnes concernées (personnes âgées hébergées et salariés), la CNIL estime, d'une manière générale, que l'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans la chambre d'une personne hébergée est disproportionnée. Il apparaît cependant qu'en cas de suspicions fortes de maltraitance à l'encontre d'une personne hébergée, basées sur un faisceau d'indices concordants (hématomes, changements comportementaux, etc.), un organisme devrait pouvoir installer de manière ponctuelle un dispositif de vidéosurveillance pour la prévention des incidents, sous réserve de garanties appropriées (limiter l'activation dans le temps, restreindre la prise d'images dans les lieux d'intimité, etc.). Par ailleurs, le responsable de traitement devra s'assurer de la conformité de son traitement au regard du RGPD et de la loi Informatique et Libertés (information et respect des droits des personnes concernées, sécurité et confidentialité des données, etc.).

4.4.7. Proposition du groupe de travail : problématique de la contention et de l'isolement

Le groupe de travail a souhaité mettre l'accent sur une situation de maltraitance spécifique en psychiatrie notamment. Le recours à ces pratiques est strictement encadré dans le cadre des soins sans consentement. Il est souligné des pratiques professionnelles ne respectant pas toujours les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (25) ou les réglementations existantes (loi du 2 janvier 2016 ou encore les références de la certification des établissements de santé (11) en matière de recours à l'isolement ou la contention.

Le recours abusif, notamment en psychiatrie, à des pratiques de contention et d'isolement peut, dans certains cas, être vécu comme des situations de maltraitance. Ces constats sont documentés dans un rapport 2016 du CGLPL (47). Ce rapport souligne le développement du recours à la contention et l'isolement. « *Les pratiques de mise à l'isolement ou sous contention connaissent une recrudescence depuis une vingtaine d'années, dont les facteurs sont multiples : réduction des effectifs, changement dans la formation des professionnels, évolution de l'approche psychopathologique, présence insuffisante des médecins dans les unités de soin, manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients, etc. À cela s'ajoute le développement d'un impératif de sécurité publique imprégnant le débat politique qui a trouvé dans la présumée dangerosité du malade mental matière à rassurer le citoyen d'une crainte plus alimentée par le traitement médiatique d'événements dramatiques, mais exceptionnels, que par la réalité statistique d'un quelconque danger. Ainsi, le patient ne bénéficie pas de la représentation qui s'attache à toute maladie : souffrance, fragilité, besoin de soins et de compassion. Il évoque au contraire l'incompréhension, l'imprévisibilité, la violence et finalement, la dangerosité. Aucune instance scientifique ne recommande à proprement parler la mise en place de ces mesures de contrainte. Néanmoins, le CGLPL observe que parmi les établissements psychiatriques qu'il est amené à visiter, ceux qui ne recourent jamais à l'une ou l'autre de ces mesures font exception. La grande majorité des unités de soins visitées disposent d'une, voire de deux chambres d'isolement et de matériel de contention. Au regard du caractère de soin de l'isolement et de la contention affirmé*

par une partie de la communauté médicale, la diversité des pratiques laisse perplexe sur la cohérence de l'indication et de sa mise en œuvre. »

Il souligne aussi une diversité des motifs d'usage de l'isolement et de la contention. *« Il est attendu que l'isolement ou la contention soient décidés pour faire face à une situation de crise qu'aucun autre moyen ne permet de résoudre. La crise étant par définition limitée dans le temps, l'isolement et la contention devraient en tout état de cause être utilisés de façon brève, le temps strictement nécessaire à sa résolution ou à la mise en œuvre d'un autre moyen permettant d'y mettre un terme »*. Pourtant, le CGLPL constate très fréquemment des situations de mise en chambre d'isolement résultant de décisions qui ne sont pas guidées par l'état clinique du patient. Pire encore, il arrive que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires ou de sanction, certains services allant jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles fixées.

Certains règlements intérieurs d'établissement hospitalier prévoient un séjour systématique des patients à l'isolement au moment de l'admission. Cette pratique est constatée dans toutes les unités pour malades difficiles (UMD) à l'admission, pour des durées parfois de quelques heures, plus souvent de quarante-huit heures et pouvant atteindre quinze jours. De même, le CGLPL observe une pratique de placement systématique des personnes détenues en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour. Le CGLPL a également constaté le recours à l'enfermement de patients, dans leur propre chambre, aux fins de les mettre à l'abri des autres patients du service. Il s'agit généralement de mineurs en service de psychiatrie générale, de personnes atteintes de handicaps psychiques ou de personnes particulièrement vulnérables. Ces pratiques systématiques sont incompatibles avec une approche respectueuse des droits, de la nécessaire proportionnalité des mesures de restriction de liberté et de l'individualisation des soins.

Selon une étude publiée dans le bulletin « Questions d'économie de la santé de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), (48) en 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie. Parmi elles, 37 % ont été placées à l'isolement, soit 28 000 personnes ; 11 % ont été sujettes à la contention mécanique, soit 8 000 personnes. Des taux proches de ceux des années passées qui traduisent la difficile réduction de leur usage en France. Les autrices soulignent enfin de grandes variations (du simple au double) de recours à ces mesures entre les 220 établissements qui assurent des soins sans consentement, variations qui « dépassent les différences de besoins de soins des populations prises en charge ». Le taux moyen national de recours y est de 30 % pour l'isolement et de 8 % pour la contention mécanique. Mais 11 établissements n'utilisent jamais l'isolement, 32 jamais la contention : ce sont souvent des structures de taille réduite, rassemblant des équipes pluridisciplinaires. « Une autre réponse à la prévention de la violence est possible », commentent ainsi les autrices. À l'inverse, 14 établissements utilisent la contention pour plus de la moitié de leurs séjours, et 18 la contention dans plus de 20 % des séjours. *« Plus l'établissement est de taille importante, plus il peut être compliqué de mettre en place une politique volontariste de réduction de ces pratiques, partagée par l'ensemble des acteurs. »* Pour faire baisser ces taux, des leviers sont identifiés, comme celui d'inscrire ces objectifs dans les outils d'animation des politiques locales et d'évaluation de la qualité des soins, former à la gestion des situations de crise, diffuser les innovations organisationnelles qui fonctionnent, développer les dispositifs extrahospitaliers comme les équipes mobiles de crise, les maisons de répit ou le soutien à domicile. Au préalable, concluent les autrices, *« il est nécessaire de donner les moyens aux équipes soignantes d'atteindre ces objectifs dans le contexte démographique défavorable »*.

Compte tenu de ces éléments, le groupe de travail retient d'attirer l'attention des professionnels sur ce sujet nécessitant la mise en place d'une réflexion au sein de chaque établissement ayant recours à ces pratiques.

La problématique de restriction d'aller et venir et de mouvement en ESSMS est également posée. Seules des mesures particulières pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne, au sein des établissements et services qui accueillent des personnes âgées, sont prévues aux articles L.311-4-1 et R.311-0-5 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Ces dispositions précisent qu'une annexe au contrat de séjour du résident peut définir les mesures particulières à prendre pour assurer son intégrité physique et sa sécurité et pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir. De telles mesures doivent rester exceptionnelles. Elles sont à discuter avec la personne quand cela est possible. Elles sont à justifier et doivent être nécessaires et proportionnées aux risques encourus. Elles ne sont envisagées qu'après l'échec de mesures alternatives et doivent faire l'objet d'une évaluation bénéfice/risque en équipe pluriprofessionnelle. La durée d'une telle mesure doit être précisée. Les mesures sont réévaluées au moins tous les six mois.

Le groupe de travail souhaite alerter sur des pratiques non conformes à la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées dans certains cas.

4.5. Constats issus de la concertation des états généraux de lutte contre la maltraitance (EGM)

Le rapport de concertation des EGM (1) identifie des propositions opérationnelles issues de toutes les parties prenantes. Elles ont été synthétisées et soumises à une analyse critique des membres de la commission nationale pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance. C'est sur la base des remarques émises par les membres de cette commission que le comité de pilotage a élaboré la dernière synthèse de la concertation figurant au sein du rapport. Ce rapport contient un corpus de contributions ainsi que 70 propositions permettant de concrétiser une stratégie multidimensionnelle de lutte contre les maltraitements. Il souligne le rapprochement d'acteurs et une coopération essentielle à la mise en œuvre d'une stratégie. Ce rapport permet de disposer d'une « *compréhension plus fine et plus lucide des situations vécues, d'une intelligence collective plus profonde des difficultés rencontrées par les personnes et les organisations pour mettre fin aux violences et renforcer la prévention* ». Le rapport se termine par des propositions concrètes permettant d'orienter la stratégie de lutte contre les maltraitements lancée à l'automne 2023.

Le rapport est une synthèse de toutes les réflexions, des débats et contributions écrites. Il est complété par le rapport de mission interministérielle de Anne Caron Deglise (27) relatif à la protection juridique et sociale à partir des droits des personnes les plus vulnérables et le rapport de Laurent Frémont (44) relatif aux droits de visite en EHPAD. Il contient l'ensemble des contributions et avis afin que les réflexions notamment issues des débats autoportés soient accessibles à tous.

Le constat est le suivant :

- **la maltraitance est un sujet invisibilisé** (la peur est omniprésente, la parole n'est pas libérée, il existe un conflit de loyauté, les droits et les circuits d'alerte sont méconnus, il existe une stigmatisation des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, et de la précarité) ;
- elle ne trouve pas de réponse publique instituée ;
- l'absence de réponse est perçue comme un abandon des pouvoirs publics ;
- les maltraitements ne sont pas une fatalité, elles sont évitables et doivent être reconnues. L'épuisement des aidants constitue un facteur de risque. **La communication permet de prévenir la maltraitance. Il est recommandé de privilégier une approche par les droits.**

4.6. Les facteurs de risques identifiés

Selon, l'OMS un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Selon le Larousse médical, le facteur de risque ou facteur prédisposant est le facteur qui augmente les risques d'apparition d'une maladie.

En matière de gestion des risques de maltraitance, les facteurs de risques sont les causes probables de réalisation du risque (49).

Bien souvent, aucun facteur de risque n'est responsable à lui seul de la maltraitance. **Les causes sont en général multiples et associées entre elles. Plus le nombre de facteurs de risques auquel est exposée la personne est important, plus le risque global de maltraitance est grand.**

N'étant pas inscrite dans une dynamique de cause à effet, la présence de certains de ces facteurs de risque chez une personne n'implique pas qu'elle adoptera des comportements maltraitants à coup sûr. Une **importance accrue devrait donc être accordée aux facteurs de risques, qui englobent aussi les caractéristiques des organisations, pour expliquer l'apparition ou le maintien d'une dynamique de maltraitance.** C'est l'approche systémique qui a été retenue par le groupe de travail d'identifier différents niveaux d'intervention pour prévenir la maltraitance. Une distinction a été également faite sur les notions de facteurs de risques et de signaux faibles d'alerte. Les signaux d'alerte relèvent de la constatation (ce que le professionnel voit, observe). Les facteurs de risques relèvent de l'anticipation et permettent d'identifier des profils plus à risque que d'autres.

Les facteurs de risques reliés aux signaux d'alerte peuvent permettre une vigilance accrue et une démarche de prévention.

4.6.1. Facteurs de risques identifiés au niveau international

Différentes études étrangères relèvent les facteurs de risques de situations de maltraitance.

Le *National Health Council* aux USA⁹ a fait une étude en 2003 sur les différents facteurs de risques.

Ces **facteurs de risques ne sont pas uniquement liés aux profils ou situations des victimes (50), mais aussi aux caractéristiques et situations des personnes maltraitantes.** Les facteurs de risques des deux situations sont à prendre en compte car ils peuvent engendrer des formes de maltraitances. Cette étude croise les types de maltraitance et les facteurs de risques sans distinction du lieu de vie. Elle démontre que la relation maltraitant/maltraités **diffère selon** le type de maltraitance (physique, psychologique, financière, etc.), notamment dans le milieu domestique.

Cette étude indique que les réponses axées uniquement sur les victimes ne sont pas forcément les meilleures ; **les interventions sont préconisées sur les victimes et les personnes perpétrant des maltraitances.** Elle indique que la Grande-Bretagne s'est attachée à restaurer les relations entre les deux parties plutôt qu'à les punir, l'approche punitive n'étant pas la meilleure réponse selon les cas. Les réponses et actions à entreprendre doivent en revanche prendre en compte les aspects intentionnels ou non de la maltraitance.

L'OMS (51) identifie les caractéristiques à un échelon individuel qui augmentent le risque de devenir une victime de maltraitance, quel que soit le secteur (à domicile, en établissement). Il s'agit de l'état

⁹ [Elder Mistreatment – NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

de dépendance fonctionnelle de la personne, la situation de handicap, une mauvaise santé physique, un déclin cognitif, des troubles de la santé mentale, mais aussi des revenus faibles.

Les facteurs individuels qui engendrent le fait d'être maltraitant sont : la présence de pathologies psychiques, des situations de dépendance aux substances ou d'abus de substances, et souvent une situation financière difficile.

Elle se base, entre autres, sur une revue de littérature comprenant l'analyse de 20 études relevant que les facteurs de risques de maltraitance impliquent à la fois les personnes maltraitantes et les personnes victimes de maltraitance (52). Parmi les caractéristiques individuelles des victimes qui **augmentent le risque de faire l'objet de maltraitance** figurent notamment la **dépendance fonctionnelle ou le handicap, une mauvaise santé physique, une déficience cognitive ou démence, une mauvaise santé mentale et un faible revenu**. Les facteurs potentiels sont le genre, l'âge, la dépendance financière, les origines ethniques.

Les caractéristiques individuelles des **personnes maltraitantes augmentant le risque de commettre un tel acte comprennent la maladie mentale, l'usage de substances psychoactives ainsi que la dépendance (souvent financière) de l'auteur des actes de maltraitance à l'égard de la victime**.

Au niveau relationnel, le type de relation (par exemple, conjoint/partenaire ou enfant/parent) peut être associé à un risque élevé de maltraitance, mais ce facteur varie selon les pays et les régions. Les **facteurs communautaires et sociétaux** liés à la maltraitance des personnes âgées peuvent inclure l'âgisme à l'encontre des personnes âgées et certaines normes culturelles (par exemple, la normalisation de la violence).

Le fait de bénéficier d'un soutien social, d'être intégré socialement et de vivre seul réduit la probabilité de maltraitance des personnes âgées.

Une revue systématique spécifique (53) de la **maltraitance en institution relève** non seulement les facteurs de risques liés aux victimes, aux professionnels **maltraitants, mais aussi ceux liés aux institutions, maltraitance institutionnelle, et à l'environnement**. Elle relève aussi la notion de maltraitance inconsciente, à savoir celle de la subir ou d'en être à l'origine.

Une autre revue systématique incluant 198 études (54) liste également huit facteurs de risques de maltraitance des personnes : des risques liés aux personnes maltraitantes et des risques relatifs aux personnes maltraitées. Ces risques peuvent se recouper.

Il s'agit de **problèmes de santé physique** (ex. : maladie chronique, handicap physique, récent déclin de santé, incapacité fonctionnelle pour les activités de la vie courante, etc.), **les problèmes de santé mentale et les troubles psychiques** (troubles de la personnalité, de l'humeur, consommation de substances (ex. : alcool, médicaments)), **la dépendance de la personne vis-à-vis de son aidant** (ex. : financière, fonctionnelle, émotionnelle, autres), **le stress et la gestion du stress, l'incapacité à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, des problèmes d'attitude** (ex. : avec les aidants, proches, attentes irréalistes, comportement antisocial, etc.), **la victimisation** (expérience précédente de maltraitance durant l'enfance ou la vie) **et les problèmes relationnels** (relation conflictuelle, isolement, autres).

Le centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Creges), au Canada, propose un outil appelé « aide-mémoire » (55) pour permettre aux professionnels de repérer les situations à risques des personnes âgées à domicile, mais également en institution. Cet outil est complété par l'intervenant à partir des facteurs de risques et de protection identifiés dans la demande de service ainsi que les évaluations et les suivis subséquents. Il tient compte à la fois des caractéristiques de la personne aînée, de la ou des personnes maltraitantes, ainsi que du contexte relationnel et environnemental. Le but de l'aide-mémoire est d'obtenir un résumé visuel des facteurs de risques et de protection afin

d'appuyer l'identification des besoins d'évaluation et des mesures à mettre en place. Il distingue les facteurs de risques en milieu d'hébergement propres à la personne âgée, ceux propres aux membres du personnel, ceux propres à l'environnement. Il identifie les facteurs de protection à domicile ou en milieu d'hébergement propres à la personne aînée, qui sont l'estime de soi, la capacité à demander de l'aide, la compréhension des émotions, la participation sociale, la capacité d'apprendre sur soi-même et sur sa société, le maintien de bonnes habitudes de vie. Les facteurs de protection relatifs à l'environnement sont : la disponibilité d'un réseau social adéquat et soutenant, un environnement sécuritaire adapté aux besoins de la personne aînée, une capacité financière suffisante.

Par ailleurs, aucun facteur ne permet à lui seul d'expliquer pourquoi certaines personnes sont plus violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est davantage présente dans certaines communautés. La violence résulte plutôt d'une interaction complexe entre différents facteurs. L'OMS fait référence à un modèle écologique permettant d'aider à mieux comprendre et à prévenir la violence (56, 57). Ce modèle s'intéresse à l'interaction entre les différents facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux qui peuvent être la source de violence. Pour réussir à prévenir la violence, il est nécessaire de cibler des facteurs à différents niveaux de ce modèle : individuel, relationnel, communautaire, sociétal.

Les facteurs individuels correspondent aux caractéristiques d'un individu, comme les antécédents de la violence, les troubles mentaux, la consommation de drogue et l'usage abusif d'alcool.

Les facteurs relationnels renvoient aux relations entre un individu et son entourage, comme le dysfonctionnement familial, les problèmes relationnels entre les parents et les enfants et l'influence des pairs.

Les facteurs communautaires réfèrent aux particularités des différents milieux dans lesquels évolue un individu, comme les caractéristiques des quartiers en termes de pauvreté, de chômage, de capital social et de criminalité.

Les facteurs sociétaux renvoient au contexte social et culturel dans lequel un individu se développe, comme les normes sociales concernant par exemple les rapports entre les sexes ou l'usage de la force dans l'éducation, les inégalités selon le revenu, le sexe, la scolarité, ou l'accès aux services.

4.6.1.1. Les victimes de maltraitance

L'OMS (58) identifie les caractéristiques à un échelon individuel qui augmentent le risque de devenir une victime de maltraitance, quel que soit le secteur (à domicile, en établissement). Il s'agit de l'état de dépendance fonctionnelle de la personne, la situation de handicap, une mauvaise santé physique, un déclin cognitif, des troubles de la santé mentale, mais aussi des revenus faibles.

Parmi les caractéristiques individuelles des victimes qui augmentent le risque de faire l'objet de maltraitance (59) figurent notamment la dépendance fonctionnelle ou le handicap, une mauvaise santé physique, une déficience cognitive ou démence, une mauvaise santé mentale et un faible revenu. Les facteurs potentiels sont le genre, l'âge, la dépendance financière, les origines ethniques.

Le fait de bénéficier d'un soutien social, d'être intégré socialement et de vivre seul réduit la probabilité de maltraitance des personnes âgées.

Concernant les victimes, la situation de maltraitance est en lien avec le fait d'être une femme (notion de genre), le fait d'avoir des fonctions cognitives réduites, le fait d'être agressif et violent, le fait de ne pas avoir de visiteurs réguliers (53).

Enfin, l'aide-mémoire du centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, au Canada (55), identifie un facteur de risque principal de la victime âgée comme l'isolement social ou le fait d'avoir peu ou pas de visites de l'extérieur. Il mentionne aussi les facteurs de risques propres aux personnes

aînées immigrantes ou de minorités culturelles comme : le fait d'appartenir à une minorité ethnoculturelle est un facteur de risque possible de maltraitance, mais les données scientifiques disponibles ne permettent pas de le confirmer. Il reste que la compréhension du concept de maltraitance est influencée par la culture. Il est donc recommandé d'adopter une approche culturellement sensible dans les situations potentielles ou réelles de maltraitance auprès de personnes de minorités ethnoculturelles.

Un document canadien (60) a établi un résumé des facteurs de risques relatifs à la personne vulnérable selon le consensus scientifique établi.

Facteur à fort consensus scientifique Facteurs intrinsèques à la personne	Troubles neurocognitifs majeurs Faible revenu Problème de santé mentale – En particulier la dépression Incapacités sur le plan physique Historique de violence et de négligence (durant l'enfance, dans le couple ou maltraitance après 65 ans) Dépendance à l'alcool et aux drogues Isolement social et faible réseau social Partage de son milieu de vie
	Facteurs extrinsèques à la personne
Facteurs à consensus modérés	Genre (femme) Traits de personnalité (hostilité, stratégie d'adaptation passive ou d'évitement) Ethnie, âge, état civil, niveau d'éducation Dépendance envers autrui Haut degré de stress et faible capacité à le gérer Attitudes adoptées par la personne aînée maltraitée (se blâmer, se déprécier, excuser les comportements de la personne maltraitante, faire preuve de stoïcisme, etc.)
Facteurs à faible consensus scientifique	Faible état de santé général

4.6.1.2. Les maltraitances liées aux personnes ou professionnels

L'aide-mémoire du centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, au Canada (55), identifie plusieurs facteurs de risques en milieu d'hébergement propres aux membres du personnel qui sont : les connaissances inadéquates et formations limitées, les problèmes personnels, dont un historique de violence familiale, de problèmes de santé mentale, de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues, le stress, la fatigue émotionnelle ou l'épuisement professionnel, l'attitude négative envers les personnes aînées en général, les résidents en particulier ou envers le travail.

Les facteurs individuels qui engendrent le fait d'être maltraitant sont : la présence de pathologies psychiques, des situations de dépendance aux substances ou d'abus de substances, et souvent une situation financière difficile.

Les caractéristiques individuelles des **personnes maltraitantes** augmentant le risque de commettre un tel acte comprennent la **maladie mentale**, l'**usage de substances psychoactives** ainsi que la dépendance (souvent financière) de l'auteur des actes de maltraitance à l'égard de la victime.

Au niveau relationnel, le type de relation (par exemple, conjoint/partenaire ou enfant/parent) peut être associé à un risque élevé de maltraitance, mais ce facteur varie selon les pays et les régions. Les **facteurs communautaires et sociétaux** liés à la maltraitance des personnes âgées peuvent inclure **l'âgisme** à l'encontre des personnes âgées et certaines **normes culturelles** (par exemple, la normalisation de la violence).

Cette étude (50) indique que les réponses axées uniquement sur les victimes ne sont pas forcément les meilleures ; les interventions sont préconisées sur les victimes et les personnes maltraitantes. Elle indique que la Grande-Bretagne s'est attachée à restaurer les relations entre les deux parties plutôt qu'à les punir, l'approche punitive n'étant pas la meilleure réponse selon les cas. Les réponses et actions à entreprendre doivent en revanche prendre en compte les aspects intentionnels ou non de la maltraitance.

Concernant les professionnels maltraitants, le fait d'être un homme, de ne pas être formé et d'être en première ligne dans les soins et services apportés constitue un facteur de risque (53).

Facteur à fort consensus scientifique Caractéristiques de la personne maltraitante	— Faible réseau social et solitude — Hostilité — Dépendance à l'alcool et aux drogues — Dépendance fonctionnelle, émotionnelle ou financière envers la personne aînée — Perte d'emploi — Stress et fardeau associés au rôle d'aidant — Pertes cognitives et troubles neurocognitifs majeurs — Problème de santé mentale En particulier la dépression — Faible état de santé général et cumul de symptômes physiques
---	---

Le Centre national américain de santé publique pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC)¹⁰ a identifié des facteurs liés à la personne pouvant être à l'origine de maltraitance.

On retrouve le diagnostic de maladie mentale, l'abus de drogues ou d'alcool, un problème de santé physique, une expérience d'événements traumatisants ou de comportement perturbateur, des niveaux élevés de stress, une préparation à l'emploi ou formation médiocre ou inadéquate, une capacité d'adaptation inadéquate, une exposition ou témoin de violence dans l'enfance, un isolement social. Il est également identifié des facteurs de risques relationnels tels qu'une forte dépendance financière et émotionnelle vis-à-vis de la personne vulnérable, des conflits antérieurs familiaux, des difficultés de relations sociales positives, un manque de soutien social.

4.6.1.3. Les maltraitements en institution

Concernant les institutions, les facteurs qui semblent augmenter la maltraitance sont les suivants : le manque de culture interne de veille au sein des services, une supervision inefficace du personnel, un manque de procédures/règlements, des ressources financières insuffisantes, une formation insuffisante.

Une attention sur les situations de burn out et de stress du personnel est également à porter.

Des sensibilisations sur la gestion des situations difficiles ou conflictuelles sont à privilégier aussi. Les situations de contrainte ou de contention en psychiatrie doivent être réévaluées régulièrement en vue

¹⁰ [Risk and Protective Factors | Abuse of Older Persons | CDC](#)

d'identifier leur pertinence en milieu gériatrique ou psychiatrique. La mise à disposition d'espaces ou de salles calmes est recommandée également lors des situations de violence.

Les nuits, les week-ends et les transmissions doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière.

Une procédure de gestion des situations de maltraitance doit être disponible et implémentée. Il est préconisé des réunions régulières entre professionnels et patients pour comprendre, traiter ces sujets et éviter les récides. Les établissements doivent prévoir des environnements sécurisés pour la personne et des politiques de lutte contre l'intimidation pour les professionnels vulnérables. Enfin, le management a un rôle crucial à jouer pour mobiliser les équipes et doit répondre rapidement et efficacement sur ces situations (28).

L'aide-mémoire du centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, au Canada (55), identifie plusieurs facteurs de risques en milieu d'hébergement propres à l'environnement comme le manque ou la pénurie de personnel, la lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant.

Le rapport relatif à la maltraitance ordinaire (61) dans les établissements de santé identifie certains facteurs institutionnels pouvant être à l'origine de maltraitance. La maltraitance institutionnelle peut d'ailleurs se manifester dès l'accueil en établissement, moment générateur d'angoisse pour les patients. Le manque de disponibilité des professionnels, le rythme imposé des soins, le bruit, les dysfonctionnements d'une organisation complexe ou encore d'une sortie non préparée (le retour à domicile ou le passage dans une autre structure), mais aussi l'absence de réponses aux courriers de doléance sont à l'origine de maltraitements.

Selon le CDC américain²⁰, en institution, les problématiques de dotation en personnel et le manque de personnel qualifié, l'épuisement professionnel du personnel et des conditions de travail stressantes constituent des facteurs de risques.

Selon le rapport du HCSP (3), « la maltraitance des personnes âgées dans les institutions gériatriques constitue un problème à part entière » ; « le repérage de la maltraitance en milieu institutionnel doit faire appel à des indicateurs spécifiques ».

En l'absence d'outil de repérage faisant consensus, il convient de prendre en compte, de façon non exhaustive :

- les **manquements et interruptions de soins**, par exemple : les protections insuffisamment changées ou au contraire injustifiées ; des aides systématiquement insuffisantes pour accomplir les activités de base de la vie quotidienne et qui correspondent aux besoins de la personne (aide à l'alimentation, pour aller aux toilettes, absence de mobilisation en journée de patients déficitaires...) ;
- l'**utilisation inappropriée de moyens de contention physique ou médicamenteux** (utilisation non justifiée de psychotropes) ;
- les **problèmes liés à l'administration de médicaments** : absence de dispensation ou dispensation inappropriée ;
- la **maltraitance physique ou psychologique**, par exemple : comportements inappropriés de soignants (violences verbales, comportement agressif, blessures occasionnées, violation de la vie privée avec par exemple une intimité de la personne non respectée) ;
- les **abus sexuels**.

4.6.2. Facteurs de risques identifiés dans les rapports français

Plusieurs documents ont analysé les facteurs de risques :

- Guide du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées (49) ;
- Guide HAS/FORAP (2) ;
- Rapport de la CNDH (33) ;
- Fédération 3977 ;
- Rapport du HCSP (3).

4.6.2.1. Guide du comité national de vigilance

En France, un premier guide (49) réalisé par le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées identifie, en 2008, les risques potentiels en lien avec leurs facteurs de risques dans les établissements accueillant des personnes âgées et en situation de handicap. Il identifie trois grandes catégories de risques : les risques relatifs aux conditions d'installation, aux conditions d'organisation, aux conditions de prise en charge.

Les risques relatifs aux conditions d'installation

- ➔ Sur les risques liés à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie, les facteurs de risques sont les suivants :
 - non-respect des dispositions de l'autorisation, âge, caractéristiques de la population, espaces de vie insuffisants ou inadaptés ;
 - espaces privés ne permettant pas le respect de l'intimité ;
 - équipement insuffisant ou inexistant ;
 - absence de sanitaire et douche ou en nombre insuffisant, espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable (salle à manger, salon...) ;
 - entraves aux circulations ;
 - espaces rafraîchis ;
 - équipement inadapté ;
 - espaces de circulation non sécurisés (escaliers, rebords) ;
 - signalétique inadaptée (braille, contrastes) ;
 - éclairage, difficulté à accéder à l'interrupteur, la hauteur et la largeur des équipements, le mobilier mis à disposition ;
 - chauffage inadapté à la température extérieure.
- ➔ Sur le risque lié au manque de sécurité et d'entretien des équipements, les facteurs de risques sont les suivants :
 - absence de dispositif ou de protocole de surveillance des accès ;
 - défaut d'entretien et d'hygiène ;
 - absence de maintenance des équipements froids et chauds ; rupture de la chaîne du froid
 - organisation non formalisée ;
 - personnel non formé (notamment aux modes de communication non verbale avec les usagers) ;
 - locaux inadaptés ou insuffisants ;
 - élimination des déchets : circuits linge propre/linge sale ;

- absence règles « Hasard Analysis Critical Control Point (HACCP) » : marche en avant.
- ➔ Sur les risques de chute, les facteurs de risques sont les suivants :
 - matériel insuffisant ou inexistant ;
 - dispositif d'appel en cas de chute ;
 - barres d'appui : obstacles ;
 - protection des escaliers, rampe extérieure, bande de vigilance... ; exigüité des locaux
 - matériel inadapté ;
 - sols extérieurs et intérieurs ;
 - équipement et mobilier : non-accessibilité de l'appel malade dans la totalité de l'espace privatif, éclairage.

Les risques relatifs aux conditions d'organisation

- ➔ Sur les risques liés au pilotage de l'établissement, les facteurs de risques sont :
 - pas de projet d'établissement ou contenu non conforme à la réglementation et aux recommandations ;
 - pas de règlement intérieur des salariés ;
 - pas de règlement de fonctionnement ;
 - pas de procédure, pas de conduite à tenir, fonctionnement basé sur l'habitude ;
 - directeur non formé et/ou inexpérimenté ;
 - turnover important au poste de direction ;
 - vacance du poste de direction ;
 - pas de délégation claire, pas de contrôle de gestion ;
 - circuit de décision opaque ou non connu ;
 - pas de médecin coordonnateur ou absence de formation adaptée au public accueilli ;
 - pas de coordination des interventions médicales ;
 - insuffisance de coordination entre personnel médical et personnel paramédical ;
 - pas de gestion des événements indésirables ;
 - pas de politique de gestion des ressources humaines.
- ➔ Sur le risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission, les facteurs de risques sont :
 - pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonctions ;
 - pas d'information systématique sur les objectifs de prise en charge ;
 - pas de fiches de poste ou fiches incohérentes ;
 - personnel peu ou pas formé ;
 - pas de vérification de la capacité d'exercice ;
 - pas d'entretien d'évaluation formalisé (objectifs individuels et suivi) ;
 - pas de repérage des situations à risques ;
 - pas de traitement et suivi des événements indésirables ;
 - repli sur soi, isolement de certains personnels ;
 - absentéisme élevé ;
 - turnover important ;

- augmentation du nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles.
- ➔ Sur le risque lié à l'animation et la coordination des équipes, les facteurs de risques sont :
 - absence ou insuffisance de coordination des équipes pluridisciplinaires ;
 - temps, méthode, outils de transmission et de concertation ;
 - définition des conduites à tenir en cas de maltraitance insuffisante ou absente ;
 - glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions ;
 - absence ou insuffisance d'animation des équipes et de coordination des interventions ;
 - pas de politique de mobilité et d'évolution professionnelle ;
 - pas de formation continue.
- ➔ Sur le risque lié à l'absence de prise en compte de la parole des usagers, les facteurs de risques sont :
 - l'absence de participation individuelle et/ou collective des usagers ;
 - l'absence de support et de traçabilité des requêtes des usagers (conseil de la vie sociale, groupes d'expression, enquêtes de satisfaction...).
- ➔ Sur le risque lié à l'organisation du travail, les facteurs de risques sont :
 - la gestion du temps de travail ;
 - l'amplitude de travail trop importante, pas de visibilité sur les plannings, taux d'encadrement insuffisant le jour et/ou la nuit ;
 - les vacances de poste ou poste non pourvus ;
 - la défaillance des circuits d'information ;
 - l'absence d'outils de communication ou de support de transmission ou multiplication des supports ;
 - pas d'exploitation des données contenues dans les transmissions ;
 - défaut d'organisation de l'accès au dossier des usagers (et notamment social et médico-social) ;
 - pas de diffusion des consignes et protocoles ;
 - pas de consignes écrites ;
 - fonctionnement par habitude.
- ➔ Sur le risque lié à l'isolement de la structure, les facteurs de risques sont l'absence de convention précisant les modalités de concertation entre l'établissement et les autres lieux de prise en charge ou d'intégration : école, service de soin, autres.

Risques liés aux conditions de prise en charge

- ➔ Sur le risque d'atteinte à la liberté, les facteurs de risques sont :
 - le non-respect des habitudes et des libertés de la personne ;
 - la procédure d'accueil inadaptée, insuffisante ou inexistante : clauses abusives de contrat, admission non consentie et non préparée, défaut d'information ;
 - défaut d'équipement ou mauvais usage des équipements : locaux non sécurisés, barrières aux lits, contention sans prescriptions, digicodes... ;

- non-prise en compte des attentes et des choix : horaires, croyances, dernières volontés, non-respect de la liberté d’aller et venir.
- ➔ Sur le risque d’atteinte à la dignité et à l’intimité, les facteurs de risques sont :
 - les excès de familiarité : comme l’infantilisation, le tutoiement systématique ;
 - le non-respect de la vie privée, le non-respect de la chambre en tant que domicile privé, le non-respect des effets personnels, pas d’espace de vie personnel, le non-respect de l’intimité, le non-respect du secret de la correspondance ou des courriers ;
 - l’atteinte à la pudeur ;
 - la composition des groupes de vie inadaptée ;
 - le non-respect de la confidentialité des informations médicales.
- ➔ Sur le risque lié à un défaut ou excès d’aide et de soins, les facteurs de risques sont :
 - l’absence, l’insuffisance des aides à la vie quotidienne ou l’excès d’assistance pour : les toilettes, l’alimentation, l’habillement, les éliminations ;
 - le défaut de plans de soins individualisés ou de leur réactualisation : prévention des escarres, des fausses routes ou des accidents respiratoires, détection de la douleur et de la souffrance psychique ;
 - mauvaise gestion des médicaments (polymédication...) ;
 - absence ou insuffisance des aides techniques individuelles ;
 - non-prise en compte des décisions des usagers relatives à leur santé.
- ➔ Sur le risque de limitation de vie sociale pour la personne, les facteurs de risques sont :
 - l’absence de projet d’animation et/ou d’activité au sein de l’établissement ;
 - l’isolement de l’institution, des pratiques et des motifs sécuritaires de l’institution et de l’entourage ;
 - le déni d’une vie sociale extérieure à l’établissement ;
 - le non-respect des familles ;
 - la censure des relations personnelles/intrusions dans les relations sociales, affectives et sexuelles ;
 - l’absence de respect du droit à la vie familiale.
- ➔ Sur le risque lié à l’absence d’individualisation de l’accompagnement des usagers, les facteurs de risques sont :
 - l’absence de projet de vie individuel ou non réactualisé ;
 - la non-prise en compte des cas complexes ;
 - l’absence de projet de sortie, accès à la formation, aux savoirs et préparation à la vie sociale selon l’âge et les souhaits des usagers ;
 - l’absence de liens et de transmission entre institutions de prise en charge (hospitalisations, accueil temporaire, séjours de vacances...).

Ce guide propose un tableau récapitulatif permettant d’effectuer une cotation des risques en fonction de la gravité et de la fréquence.

4.6.2.2. Guide FORAP/HAS

Un second guide (62, 63) publié par la FORAP et la HAS et réalisé par le Réseau santé qualité (RSQ) en 2012 propose une liste exhaustive des risques potentiels en établissement de santé, classés premièrement par étapes de prise en charge (de l'accueil à la sortie), par risques en lien avec le management, et enfin par risques liés aux conditions d'installation auxquels sont associés les facteurs de risques. Une grille d'auto-évaluation est proposée s'accompagnant d'une méthodologie de calcul de la criticité. Elle permet d'établir une cartographie des risques permettant de hiérarchiser les risques.

4.6.2.3. Rapport de la CNDH

Enfin, la CNDH dans son rapport (33) relève une maltraitance aggravée pour les personnes **les plus exposées à la discrimination, comme les personnes en situation de handicap, les personnes LGBT+, les personnes en situation de pauvreté, les personnes étrangères, âgées ou encore en surpoids**.

Le cumul de ces facteurs de discrimination et de vulnérabilité augmenterait le risque de maltraitance.

Les personnes d'origine étrangère et celles en situation de grande pauvreté semblent aussi rencontrer fréquemment des **obstacles pour accéder aux soins** pour différentes raisons : maîtrise de la langue, différence culturelle, milieu social méconnu. L'**âgisme** (discrimination liée à l'âge) est également souligné par la commission.

Le rapport précise également que **les femmes** sont plus souvent victimes de préjugés dans le système de santé engendrant une forme de maltraitance (en gynécologie obstétrique par exemple). Il souligne le **poids des préjugés et stéréotypes, le manque de temps de formation et de communication avec le patient**.

4.6.2.4. Rapport du HCSP

Le rapport du HCSP (3) rappelle que la maltraitance est un sujet multifactoriel, avec des interactions entre les facteurs liés à l'individu victime de maltraitance et ceux liés à un contexte dans lequel se produit la maltraitance. Le rapport met en avant de manière non exhaustive les différents facteurs de risques.

Concernant les **facteurs individuels** prédictifs de la maltraitance : il est fait mention de la précarité financière et l'isolement social de la famille (chez l'enfant), la violence liée au **genre** (la majorité des victimes sont des femmes), **le handicap et la dépendance physique ou mentale** (les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles, verbales), **l'orientation sexuelle** (sous la forme de discrimination, harcèlement, violences sexuelles).

Concernant **les facteurs de risques contextuels** de la maltraitance, il est fait mention du contexte familial, de la violence de genre (contexte sociétal), des lieux de privation de libertés, des personnes âgées en institution.

4.6.3. Des situations de vulnérabilité

Si la question de la maltraitance envers les personnes vulnérables est ancienne (années 90) et relatée depuis plusieurs années, elle reste un enjeu important de nos jours. La notion de situation de vulnérabilité, privilégiée par la commission nationale, fait référence à l'aspect évolutif d'une situation. Toute personne peut en effet être malade, ou traverser une période de vulnérabilité sociale, économique ou des difficultés autres.

Il importe alors de rappeler la notion de situation de vulnérabilité telle que définie dans la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité (34) :

« La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux.

Eu égard à la maltraitance, une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté, voire dans l'impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise.

Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité. »

Toute la population peut se retrouver dans une situation de vulnérabilité à un moment donné de son parcours de soins ou de vie. La situation n'est pas figée et peut être temporaire.

Cette définition met aussi l'accent sur l'atteinte au développement de la personne (capacité à grandir, se développer, se faire entendre, apprendre, faire confiance, etc.).

Le cumul de situations de vulnérabilité est également à prendre en compte. L'étude de la DREES de 2020 (64) et le rapport du sénat (65) indiquent que les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales.

Les violences sexuelles toucheraient plus particulièrement les femmes. En effet, 9 % **des femmes en situation de handicap** auraient subi des violences sexuelles ou physiques contre 5,8 % sans handicap. Les femmes ayant un trouble du spectre de l'autisme sont plus particulièrement exposées au risque de violences, notamment sexuelles.

4.6.4. Des signaux faibles d'alerte

Les signaux faibles sont des éléments de perception de l'environnement qui doivent faire l'objet d'une veille anticipative pour établir une stratégie et réduire l'incertitude. Selon [Igor Ansoff](#), un signal faible est une information précoce de faible intensité annonciatrice d'une tendance, d'une menace ou d'une opportunité. Si ces éléments sont détectés à temps et interprétés correctement, ils permettent d'anticiper des tendances ou des événements importants et d'y réagir. Les signaux faibles relèveraient alors plus de la notion de perception, de veille.

Ces zones dites « grises » ou signaux faibles, comme les situations d'atteinte à la dignité ou les négligences liées à un défaut d'actions, sont plus difficiles à identifier. Le choix de vie des personnes est aussi à prendre en considération.

L'étude (66) relate que, même si la maltraitance n'est parfois pas clairement identifiable, certains marqueurs comme la malnutrition, la déshydratation, la dégradation de la maladie chronique, l'hyper ou hypothermie, la rhabdomyolyse pourraient être également des indicateurs de maltraitance.

Selon la Fédération 3977, les éléments qui doivent attirer l'attention des personnes¹¹ prenant en charge les personnes en situation de vulnérabilité (signaux d'alerte) sont cités ci-dessous.

Les signaux possibles relatifs aux maltraitements psychologiques sont :

- comportement inhabituel de crainte, d'anxiété ;
- idées noires récentes, personne qui parle d'en finir, abattement ;

¹¹ [Maltraitements : la puce à l'oreille... | 3977](#)

- réserve inhabituelle, mutisme, méfiance, enfermement sur soi ;
- parole hésitante, détournée du sujet, réponse évasive... inhabituelle ;
- baisse récente d'attention, des perceptions, du souvenir de faits récents ;
- sentiment d'abandon ;
- relégation des espaces de vie ou des activités familiales.

Les signaux possibles relatifs aux maltraitances physiques :

- lésions cutanées, hématomes ou ecchymoses inexpliqués ;
- perte de poids récente (sans autre explication) ;
- altération récente et inexpliquée de la santé ;
- manque d'hygiène ou attente induite pour le changement de protection.

Maltraitances sexuelles :

- lésions génitales inexpliquées ;
- agitation inhabituelle lors des soins, de la toilette intime ;
- réserve inhabituelle, mutisme, méfiance, enfermement sur soi ;
- propos ou comportements inconvenants inhabituels.

Maltraitances matérielles ou financières :

- retraits inhabituels ou inexpliqués sur le compte bancaire ;
- carte bancaire, carnet de chèques hors de contrôle ;
- disparition d'objets de valeur ;
- difficulté inhabituelle pour payer les courses, les dépenses ordinaires.

Atteinte aux droits :

- non-respect des choix clairement exprimés par la personne ;
- défaut d'information de la personne sur les choix qui la concernent ;
- défaut d'interrogation de la personne sur les choix qui la concernent ;
- proche ou professionnel se substituant à la personne pour répondre ;
- restriction injustifiée des déplacements ;
- restriction injustifiée des visites, des contacts avec les proches.

Maltraitances liées aux soins (ces maltraitances sont généralement le résultat de négligences, le plus souvent involontaires) :

- contention récente non argumentée ;
- somnolence importante inhabituelle ;
- traitement en cours non administré ;
- escarre sans autre explication ;
- comportement douloureux récent sans réponse ;
- présentation négligée, soins d'hygiène espacés (sans raison).

Maltraitements institutionnels, y compris sociétaux :

- relations dépersonnalisées avec la personne, anonymes, sans attention ;
- aides et soins à heures fixes, inadaptés à l'état de la personne ;
- attente excessive d'une aide justifiée ;
- non-reconnaissance des droits ou des compétences des personnes ;
- utilisation d'expressions familières ou infantilissantes.

L'étude et la connaissance préalable des facteurs de risques et des signaux d'alerte vont permettre aux professionnels exerçant en établissement d'être en posture de repérage et de prévention.

Enfin, une étude (66) rappelle **le rôle majeur que peuvent avoir les professionnels de santé dans le repérage des situations de maltraitance** même si une sous-déclaration est cependant reportée du fait **d'un manque de prise de conscience du phénomène, de formation, de temps, du respect de la confidentialité des données, des difficultés d'identifier la situation de maltraitance et de la distinguer de séquelles d'accidents traumatiques ou d'une maladie chronique ou encore de l'âge.**

Selon le rapport du HCSP (3), les signes d'alerte sont multiples ; ils reflètent les différents types de maltraitements et doivent conduire à l'évoquer et/ou à l'écarter :

- des **signes cutanés** tels que les ecchymoses, hématomes, griffures, coupures, brûlures, escarres peuvent être la conséquence de différentes causes traumatiques, ou non directement traumatiques telles que la contention ;
- des **fractures** pouvant affecter l'ensemble du squelette, et ne s'expliquant pas uniquement par une chute ;
- une **altération de l'état général**, avec une perte de poids significative au cours des derniers mois, et non expliquée par une cause précise, pouvant ainsi faire évoquer un défaut d'alimentation. Il en va de même pour une déshydratation qui doit faire évoquer des apports hydriques insuffisants en cas d'incapacités par exemple ;
- un **déconditionnement inexplicable**, pouvant être lié à un confinement non justifié ;
- tous les **signes**, y compris vestimentaires, pouvant être en rapport avec une **hygiène déficiente** ;
- des **conséquences liées à des insuffisances de soins** : la macération avec intertrigo majeur des plis peut faire évoquer des changements insuffisamment fréquents de protection ; les difficultés ou incidents résultant de l'absence de pose de lunettes, des appareils dentaires ou auditifs pour les personnes incapables de les gérer seules et après une toilette par exemple ;
- des **infections gynécologiques, des plaies génitales ; des gestes de protection ; une méfiance ou une angoisse** au moment de la toilette ; des manifestations thymiques permanentes telles qu'**anxiété, dépression, repli sur soi, sentiment de honte**. Ces signes doivent faire évoquer une maltraitance sexuelle. Une attention toute particulière doit être portée en présence de **troubles cognitifs rendant la communication difficile** ;
- un **changement de comportement** avec repli sur soi, anxiété, dépression, idées noires, insomnies, sentiment de peur, communication plus difficile ou méfiance excessive, déclin inexplicable des fonctions cognitives, voire un état confusionnel. Ces signes non spécifiques doivent faire évoquer une maltraitance psychologique à condition toutefois qu'ils ne trouvent leur explication par une cause précise. La maltraitance psychologique accompagne souvent les autres types de maltraitance, elle est souvent insidieuse ;

- des **déséquilibres financiers soudains** avec retraits inhabituels sur les comptes bancaires pouvant entraîner un manque d'argent pour les dépenses courantes et des privations ; des placements injustifiés ; la disparition d'objets de valeur tels que les bijoux, les donations non totalement consenties et particulièrement en présence de troubles cognitifs alors qu'il n'existe pas de mise en place de mesures de protection doivent conduire à écarter une maltraitance financière ou matérielle par un tiers, en l'absence de cadre légal ou familial partagé ;
- la **non-reconnaissance des droits**, des compétences et connaissances de la personne âgée, l'emploi d'expressions infantilissantes ou désobligeantes, le tutoiement excessif par des non-proches constituent autant de manifestations de maltraitance psychologique. Par ailleurs, la réalisation de façon dématérialisée, de plus en plus systématique, de toutes les démarches administratives, ne tient le plus souvent pas compte de la fracture numérique ni des capacités de la personne âgée qui devra trouver de l'aide. Ces situations peuvent entraîner une anxiété, un sentiment de dépendance et de dévalorisation ainsi qu'une perte de confiance en soi ;
- **des attentes excessives de prise en charge qui peuvent faire évoquer une discrimination** ; celles-ci sont susceptibles d'entraîner ou de majorer des incapacités et être considérées comme des maltraitements. Il en va de même pour l'inadaptation fréquente des transports en commun pour des personnes âgées à la mobilité ralentie et à risque de chutes et fractures ; ainsi que pour les déplacements sur les espaces piétonniers indûment utilisés par les vélos et trottinettes qui mettent la personne âgée en danger et risquent d'entraîner un confinement et un déconditionnement par peur de sortir (courses, visites, promenades...).

Selon ce même rapport, de nombreux signes évocateurs de maltraitance physique ne sont cependant pas spécifiques et peuvent prêter à confusion avec des symptômes de situations pathologiques. Une évaluation gériatrique complète est donc nécessaire.

Le repérage devrait donc être d'autant plus fréquent et/ou systématique que le contexte majore le risque de maltraitance.

4.7. Les actions pour lutter contre la maltraitance

Dans certains pays, c'est le secteur de la santé qui assume un rôle moteur en portant les préoccupations relatives à la maltraitance des personnes âgées à l'attention du public, alors que, dans d'autres, ce rôle revient au secteur de la protection sociale.

Il existe une grande diversité de sites internet, de rapports, de guides, de recommandations, de formations, d'outils disponibles. Ils témoignent de l'intérêt pour le sujet, mais aussi de sa complexité. De plus, les définitions ne sont pas strictement les mêmes d'un pays à l'autre et n'englobent pas les mêmes notions, ce qui rend la recherche particulièrement complexe.

Les différentes actions et interventions ne sont pas exhaustives compte tenu du caractère très vaste de ces notions. Ces notions de bientraitance et de maltraitance englobent les droits humains, la santé publique, la qualité des soins, la vulnérabilité, la violence, la discrimination, etc.

L'approche par l'analyse des facteurs de risques (cf. chapitre précédent) a été retenue pour permettre la mise en place de mesures de prévention dans le contexte français.

4.7.1. Des actions de lutte contre la maltraitance au niveau international

4.7.1.1. Vue d'ensemble

À l'échelle mondiale, les publications les plus nombreuses sont issues des pays anglo-saxons : des États-Unis, puis de la Grande-Bretagne, du Canada et de l'Australie. Viennent ensuite l'Inde, le Brésil,

les pays européens. Les connaissances, les moyens de prévenir la maltraitance des personnes âgées sont encore limités, en particulier dans les pays en développement.

L'OMS indique que **de nombreuses stratégies ont été mises en œuvre pour prévenir la maltraitance des personnes âgées et lutter contre elles. Toutefois à ce jour, on dispose de peu de données** quant à l'efficacité de la plupart de ces interventions (58). Une revue Cochrane confirme ce point (67) et indiquent que les niveaux de preuve sont faibles.

Parmi les stratégies considérées comme les plus prometteuses figurent notamment les interventions ciblant les aidants¹², qui fournissent des services destinés à alléger la charge que représente la prestation de soins ; des programmes de gestion des finances pour les personnes âgées vulnérables à l'exploitation financière ; les lignes d'assistance téléphonique et les foyers d'accueil d'urgence ; et des équipes pluridisciplinaires, car les réponses à apporter relèvent souvent de différents systèmes, notamment la justice pénale, les soins de santé, les soins de santé mentale, les services de protection des adultes et les soins de longue durée.

En juin 2024, l'OMS a annoncé la mise à disposition d'une base de données interactive d'interventions prometteuses pour prévenir les maltraitements des personnes âgées parmi les 14 000 études scientifiques étudiées. Le but de ces interventions est d'améliorer les connaissances des professionnels sur la maltraitance pour permettre une meilleure détection, augmenter la prise de conscience sur ce sujet, réduire les problèmes de santé mentale des personnes victimes et prévenir la maltraitance. Plus de la moitié des recherches proviennent des États-Unis.

Certains pays ont entrepris des initiatives concernant le développement de politiques visant la protection des personnes en situation de vulnérabilité.

Peu de pays ont été loin sur la question de la maltraitance des adultes vulnérables sauf le Québec qui en est à son 3^e plan et la Grande-Bretagne depuis le Care Act de 2014.

Le 15 juin 2022, à l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées, l'OMS et ses partenaires ont publié un document intitulé « [Tackling abuse of older people: five priorities for the UN Decade of Healthy Ageing \(2021–2030\)](#) » (68). Les vastes consultations menées dans ce contexte ont permis d'arrêter les **cinq priorités suivantes** :

- lutter contre l'âgisme, qui est l'une des principales raisons pour lesquelles la maltraitance des personnes âgées suscite si peu d'intérêt. L'âgisme constitue un facteur de risque de la maltraitance. Il se réfère à des stéréotypes, des préjugés, des discriminations envers ces personnes du fait de leur âge ;
- produire davantage de données de meilleure qualité pour faire connaître le problème ;
- élaborer et développer des solutions rentables qui permettent de mettre un terme à la maltraitance des personnes âgées ;
- présenter un argumentaire d'investissement démontrant en particulier pourquoi la lutte contre ce problème est un bon investissement ;
- lever des fonds pour obtenir les plus amples ressources nécessaires afin de remédier au problème.

Ce document identifie des approches également à privilégier :

- l'**approche « parcours de vie »** des personnes qui est une perspective temporelle, du bien-être global, de la santé, de l'individu ;

¹² [Mauvais traitements envers les aînés \(who.int\)](#)

- l'**approche genrée** : la maltraitance peut être différemment appréhendée selon que l'on est une femme ou un homme ;
- l'**approche pluriprofessionnelle intersectorielle** pour aborder la personne dans sa globalité (son identité sociale, sa culture, son éducation, ses connaissances, son orientation sexuelle, etc.) ;
- l'**approche inclusive et participative pour faire entendre la voix des personnes et les impliquer davantage** ;
- l'**approche couplée de santé publique et des droits humains**.

Ce document émet l'hypothèse que si ces principes et priorités étaient mis en œuvre, cela permettrait une meilleure prévention de la maltraitance des aînés. Cela implique également que les gouvernements, les associations, les équipes de recherche, les instances académiques coordonnent leurs actions pour lutter contre ce phénomène et améliorer la santé, le bien-vivre et la dignité des personnes.

4.7.1.2. Actions au Canada

Le gouvernement québécois, dans son plan d'action pour contrer la maltraitance (2017-2022), propose un **cadre de référence** permettant de favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes. Ce cadre permet de **distinguer deux concepts : la bienveillance et la bientraitance** à travers des exemples pratiques. Il souligne que c'est la **prise en compte du point de vue de la personne avant toute action** qui distingue ces deux notions. Six principes directeurs sont identifiés :

- placer la **personne au centre** des actions (la personne juge si l'action accomplie ou suggérée lui convient, si elle est bientraitante pour elle) ;
- favoriser l'**auto-détermination** et le pouvoir d'agir afin de permettre à la personne de prendre en main le cours de sa vie, de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, ses habitudes, sa culture ;
- respecter la personne et sa **dignité** afin qu'elle se sente considérée et qu'elle acquière **son estime** personnelle ;
- favoriser l'**inclusion et la participation sociale** pour apporter du bien-être aux personnes qui souhaitent briser leur isolement et contribuer à la société ;
- déployer des actions et des **interventions alliant compétence et jugement** ;
- offrir un **soutien concerté** afin de poser les gestes les plus appropriés pour chaque dimension de vie de la personne aînée, toujours en respectant les choix de cette dernière.

Le plan d'action du gouvernement pour contrer la maltraitance envers les aînés 2022-2027 insiste sur **la nécessité d'une pluridisciplinarité des professionnels pour agir**. Il s'appuie sur l'outil organisationnel intitulé « Guide de développement et de mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité » publié en 2020 par le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSS).

Ce guide propose des stratégies afin d'appuyer les établissements dans le développement et la mise en œuvre de leur politique d'établissement de lutte contre la maltraitance afin de se conformer à leur loi en place.

Ce document précise que les leviers sont de mettre en place un comité de travail avec une personne en charge de la mise en œuvre/du suivi des actions, de recenser les actions déjà en place, de développer des procédures internes et de rédiger une politique d'établissement.

Il importe également **d'identifier les problèmes rencontrés** dans l'identification de situation de maltraitance. Ce guide identifie plusieurs pistes de recommandations :

- intégrer une démarche de changement et d'amélioration continue ;
- aborder la **responsabilité de tous les acteurs** dans la politique ;
- **prioriser** la mise en œuvre de la politique ;
- identifier les répondants dans chaque direction ;
- **offrir des outils** aux personnes œuvrant sur ce sujet ;
- identifier **une personne responsable** ;
- assurer **l'accessibilité du contenu de la politique** (sensibilisation, communications, etc.) ;
- évaluer l'efficacité de la diffusion.

Un modèle de gestion des situations de maltraitance envers les personnes âgées : un outil de synthèse est mis à disposition des équipes. Il met l'accent sur la nécessité d'impliquer différentes personnes ayant des **expertises différentes** afin de mieux gérer ces situations.

Les trois composantes incontournables sont le **consentement de l'utilisateur ou de son représentant**, les éléments clés du continuum de gestion des situations de maltraitance, les **différents domaines d'expertise** potentiellement requis (médical, fonctionnel, psychosocial, financier, juridique). **Une procédure formelle** est préconisée avec l'identification d'une **personne référente**, et la **description des étapes à suivre**.

4.7.1.3. Actions en Grande-Bretagne

La Grande-Bretagne a mis en place et évalué deux politiques : *No secrets* en Angleterre¹³ et *In safe Hands* (pays de Galles).

Dans le cadre de ces initiatives, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre et prévues :

- la **clarification des rôles et responsabilités de chacun** ;
- une terminologie commune de la maltraitance ;
- l'identification des **ressources nécessaires** pour accomplir le travail ;
- **l'offre de formation** ;
- la **mise en place de procédure** afin de faciliter la communication et les relations de travail.

Malgré ces stratégies, plusieurs obstacles à la mise en place de ces mesures sont identifiés, comme le manque de clarté quant aux rôles et responsabilités de chacun, la difficulté d'identifier les situations de maltraitance, le manque de clarté de la politique, le manque de ressources et d'adaptation de la politique à la culture de l'organisation.

4.7.1.4. Autres actions

Une étude (69) relate les différentes initiatives d'autres pays tels que la Suisse, la Belgique, l'Italie, l'Amérique latine.

En Suisse, il existe un grand nombre de programmes et de mesures de lutte contre la maltraitance, diversement appliqués en fonction des cantons. Cela implique en prévention primaire des mesures de

¹³ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194272/No_secrets_guidance_on_developing_and_implementing_multi-agency_policies_and_procedures_to_protect_vulnerable_adults_from_abuse.pdf

prévention comme la nécessité de formation, sensibilisation, puis l'utilisation d'outils standardisés répertoriés au niveau international comme l'*Elder Assessment instrument*. Au niveau institutionnel, les interventions sont la consultation d'un organe externe comme une commission d'éthique, le recours à une médiation, le recours au médecin traitant ou responsable d'institution, et la discussion du cas en interne. Ces mesures semblent, d'après l'auteur, manquer de visibilité auprès du grand public et des personnes concernées du fait de leur grand nombre et de leur variété. Il est difficile d'en avoir une vue d'ensemble.

En Belgique, les constats sont similaires à la France. Un rapport 2020 de l'organisme KCE¹⁴ (Centre fédéral d'expertise de soins et de santé) (70), liste différentes pistes d'amélioration identifiées pour lutter contre la maltraitance :

- En cas de (suspicion de) maltraitance d'une personne âgée, tout professionnel actif dans les secteurs de l'aide et des soins devrait avoir à disposition et faire usage d'un plan par étapes et des outils de détection pratiques et adéquats.

Un outil d'aide à la décision est proposé aux professionnels de santé devant un cas de maltraitance. Le KCE a développé cet outil comme un plan par étapes sous la forme d'un arbre décisionnel afin d'aider les professionnels de première ligne à réagir à une suspicion de maltraitance d'une personne âgée.

- Les professionnels de première ligne des secteurs de la santé, de l'aide sociale, de la police et de la justice devraient être mieux formés au sujet de la maltraitance des personnes âgées, de la bientraitance, des possibilités de lever le secret professionnel et des mesures judiciaires existantes.
- La possibilité pour les professionnels de signaler des cas de maltraitance de personnes âgées devrait être rendue plus explicite.
- Les différentes portes d'entrée existantes pour les victimes de maltraitance devraient être renforcées et rendues plus accessibles. Elles devraient être complétées par des postes de référents en maltraitance.
- Une politique intégrée de gestion des plaintes devrait être élaborée.
- Dans les établissements, il est nécessaire de favoriser les pratiques plus respectueuses des droits et de la dignité des aînés et de mettre l'accent sur la bientraitance.
- La société dans son ensemble et les autorités qui la guident devraient être davantage sensibilisées (et de manière répétée) aux problématiques de la maltraitance, de l'âgisme (discrimination liée à l'âge) et de la charge excessive portée par les aidants proches.
- Un soutien à la recherche et à la collecte de statistiques sur cette thématique sont des conditions essentielles.

De plus, il existe une agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés appelée ASBL « Respect Seniors ». Elle dispose d'un numéro gratuit d'appel, permettant de l'interpeller pour obtenir une information, un accompagnement psychosocial ou encore accéder à un programme d'information, formation, sensibilisation. Une attention particulière est portée au discours de la personne, à ses souhaits, ses compréhensions et sa présence de l'accompagnement. Elle tient compte de l'entourage et des professionnels intervenant dans la prise en charge. Elle promeut le fait de redonner la parole aux aînés, de leur permettre d'exprimer leur choix de vie en respectant leur rythme, et cela au travers d'outils réflexifs (69).

¹⁴ <https://kce.fgov.be/en/wie-kann-der-missbrauch-alterer-menschen-in-belgien-besser-bekampft-werden-1>

En Italie, selon le président de la Fédération internationale des personnes âgées (FIAPA), la lutte contre la maltraitance est engagée par une mutuelle (ASH, cahier juridique 6 avril 2023), qui dispose d'un observatoire du troisième âge, réalise des campagnes de sensibilisation et qui a créé une plateforme d'écoute pour personnes isolées. Le système, géré par les professionnels (psychologues, assistants sociaux, etc.), a pour objectif de sécuriser les personnes.

En Amérique latine, des enquêtes de prévalence sont menées et un observatoire est en place au Mexique, en Colombie, en Équateur. Ils sont membres de la convention interaméricaine sur la protection des droits fondamentaux des personnes âgées. Ces pays lient directement la prévalence à la fatigue des professionnels et au burn out. Un projet de prévention du syndrome de l'épuisement est mis en place par le service national de la personne âgée.

La qualité de vie au travail semble alors être liée au risque de maltraitance.

4.8. Les actions en France

4.8.1. Des dispositifs multiples pour les déclarations

En cas de situation de maltraitance, différentes personnes peuvent signaler : les professionnels, les bénévoles, la personne accompagnée elle-même ou le proche aidant.

Les alertes sur les cas de maltraitance, faites par les établissements eux-mêmes, des professionnels, des personnes concernées ou des familles, peuvent être faites à une ou plusieurs autorités, par différents canaux qui sont différents selon le déclarant, le secteur concerné, soit auprès :

- des agences régionales de santé (ARS) ;
- des conseils départementaux (CD) ;
- des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) ;
- du défenseur des droits (DDD) ;
- du procureur de la République ;
- de la Haute Autorité de santé ;
- de la Fédération 3977.

Cette multiplicité de canaux de déclaration complexifie cependant le recueil chiffré de ces situations.

C'est pourquoi la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit notamment un **nouveau circuit de recueil et de traitement des signalements de maltraitance s'organisant sous la forme d'une cellule pilotée par les ARS**. Elle a pour objectif de simplifier le canal d'alerte avec à terme un portail national permettant à toute personne physique de signaler les situations. Cette cellule placée sous l'égide de l'ARS sera en mesure de rassembler les différentes données de signalement de maltraitance. Le pilotage est remis aux ARS. La cellule sera chargée de recueillir les signalements des faits constitutifs de maltraitance, notion définie à l'article L. 119-1 du CASF, commis envers une personne majeure vulnérable du fait de son âge ou de son handicap.

Ces signalements sont effectués directement auprès de la cellule par toute personne ayant connaissance de tels faits ; cette obligation n'est assortie d'aucune sanction pour les personnes soumises au secret professionnel qui ont connaissance des faits constitutifs d'une maltraitance.

Les faits signalés au 3977 devront également être transmis à la cellule dans le cadre d'un protocole établi avec l'ARS.

Cette cellule renvoie ensuite sans délai vers les autorités compétentes pour traitement et évaluation (conseil départemental, préfet, ARS). Ce nouveau circuit de signalement nécessite la mise en place d'un système d'information.

Cette loi étend les cas dans lesquels le secret professionnel est levé sans que le professionnel soit susceptible de sanction. Cette extension concerne les personnes qui informent les autorités judiciaires, médicales, administratives de maltraitance infligée à un mineur ou une personne vulnérable du fait de son âge ou de son incapacité ; les médecins et autres professionnels de santé qui portent à la connaissance de la nouvelle cellule régionale des sévices, maltraitements ou privations qu'ils ont constaté.

4.8.1.1. Obligation de signalement des situations de maltraitance dans les ESSMS

En matière de gestion des risques, l'obligation de déclaration de ces situations diffère selon le secteur. Seuls les établissements sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de signaler les situations de **maltraitance** dans le cadre des dysfonctionnements graves ou événements (associés aux soins ou pas (décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales).

Conformément à l'article L. 331.8.1 du Code de l'action sociale et des familles, les ESSMS sont soumis à une obligation de déclaration de 11 types de dysfonctionnements graves ou d'événements (arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales). En pratique, ces événements sont désignés sous le terme d'événements indésirables (EI) ou événements indésirables liés aux soins (EIAS).

Les situations de maltraitance sont identifiées au 8^e alinéa qui précise que doivent être déclarées : « *les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge* ». Elles sont différenciées des situations de violences (alinéa 10) qui concernent la déclaration des « *comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels* ».

La déclaration doit se faire sur le formulaire prévu par arrêté et être adressée aux autorités de tutelle.

Le signalement d'une situation de maltraitance aux autorités de tutelle doit être effectué sans délai et lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal.

4.8.1.2. Obligation de déclaration des EIGS

Par ailleurs, tout professionnel de santé, quels que soient son lieu et son mode d'exercice, ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement ou de service médico-social sont soumis à l'obligation de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).

D'un point de vue juridique, un EIGS est un événement inattendu qui a pour conséquence soit le décès du patient, soit la mise en jeu de son pronostic vital, soit la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients). Pour signaler, un portail national

de déclaration des événements sanitaires indésirables (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>). Il permet de renseigner la déclaration initiale des faits et les résultats de l'analyse des causes dans les 3 mois.

4.8.1.3. Autres dispositions législatives et secret professionnel

Les professionnels sont aussi en difficulté pour caractériser les différentes situations de maltraitance pouvant être signalées sous la forme d'un EIGS, d'un EI ou encore pour appliquer d'autres procédures (article 40 du Code pénal, le dispositif de lanceur d'alerte, la réglementation relative à la non-assistance à personne en danger) avec la crainte du non-respect du secret professionnel.

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie introduit de nouvelles mesures visant à faciliter la levée du secret professionnel.

L'article L. 119-2 du CASF prévoit que « toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance, au sens de l'article L. 119-1, envers une personne majeure en situation de vulnérabilité du fait de son âge ou de son handicap, au sens de l'article L. 114, les signale à la cellule mentionnée à l'article L. 1432-1 du Code de la santé publique. Les personnes soumises au secret professionnel peuvent signaler les faits constitutifs d'une maltraitance en application de l'article 226-14 du Code pénal ».

- ➔ Cet article vise « toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance » (dont les professionnels, mais pas seulement).
- ➔ Cet article vise toute personne majeure en situation de vulnérabilité du fait de son âge ou de son handicap.
- ➔ Les professionnels soumis au secret professionnel (article 226-13 du Code pénal) signalent les faits constitutifs d'une maltraitance en application de l'article 226-14 du Code pénal.

Article 40 et non-assistance à personne en danger dans le Code pénal en cas de crimes ou de délits

L'article 40 du Code pénal prévoit que : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un **crime ou d'un délit** est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République... ».

Le **délit** est une infraction de gravité moyenne, entre la contravention et le crime. Exemples de délit : vol, abus de biens sociaux, discrimination, harcèlement moral, attouchements sexuels, homicide involontaire.

Le **crime** est l'infraction la plus grave. Exemples de crime : meurtre, viol.

Service-Public.

Non-assistance à personne en danger : selon l'article 223-6 du Code pénal, « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, **soit un crime, soit un délit** contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours... ».

Lanceur d'alerte

Selon la loi 2016-1691 du 9 décembre 2016 dite « loi Sapin », « un lanceur d'alerte est une personne physique qui révèle ou signale, de manière désintéressée et de bonne foi, **un crime ou un délit**, une violation grave et manifeste d'un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France, d'un acte unilatéral d'une organisation internationale pris sur le fondement d'un tel engagement, de la loi ou du règlement, ou une menace ou un préjudice graves pour l'intérêt général, dont elle a eu personnellement connaissance ([article 6 loi du 9 décembre 2016](#)) ».

4.8.1.4. Signalement à la Fédération 3977 Fédération 3977 contre les maltraitements

La Fédération 3977 contre les maltraitements préconise au professionnel de signaler en premier lieu à sa hiérarchie ; il peut également appeler le 3977.

La Fédération 3977 (<https://3977.org>) rappelle ce qui peut être fait :

- par un professionnel constatant une situation de maltraitance : [Moi, professionnel témoin : Que dois-je faire ? - 3977](#)
- par une personne accompagnée : [Moi, victime : Que dois-je faire ? - 3977](#)
- par un proche aidant : [Moi, proche aidant : Que dois-je faire ? - 3977](#)
- par un témoin : [Moi, témoin : Que dois-je faire ? - 3977](#)

4.8.2. Préconisations de la Fédération 3977 contre les maltraitements

La priorité, selon la fédération, est la prévention des maltraitements d'origine institutionnelle. Cela passe par plusieurs mesures et notamment :

- mettre en place un dispositif de gestion des risques dans chaque service et chaque établissement ;
- évaluer les effets des mesures mises en œuvre pour chaque situation de maltraitance ;
- former les professionnels et les proches aidants...

La Fédération 3977 préconise différentes mesures pour réduire la maltraitance :

- estimer la réalité des maltraitements en France, et la part des situations objet d'une alerte ;
- développer une offre d'écoute des alertes venant des personnes en situation de vulnérabilité, ou témoins de ces faits, adaptée aux contraintes de ces personnes ;
- développer les **détections précoces** des maltraitements par les professionnels et les proches aidants, pratique embryonnaire en France ;
- soutenir la mise en place de la **gestion des risques de maltraitance dans les établissements** et les services ;
- articuler sur le terrain les multiples acteurs susceptibles de recevoir ces alertes, avec notamment le principe d'un partage d'information et d'un suivi des situations ;
- **former sur une base interprofessionnelle** à la lutte contre les maltraitements ;
- développer la recherche multidisciplinaire sur les maltraitements, absente en France.

Enfin, selon la fédération, le **secret et le silence sont les principaux obstacles** à la lutte contre les maltraitements.

4.8.3. De nouveaux indicateurs de suivi à compter de 2022 pour le secteur médico-social pour plus de transparence

Le Gouvernement s'est engagé en 2022 à un renforcement des contrôles, à l'amélioration de la qualité d'accompagnement et à plus de transparence dans les EHPAD. Dix indicateurs¹⁵ du grand âge ont été rendus publics pour renforcer la transparence de l'information au sein des EHPAD.

La publication chaque année de ces indicateurs clés permettra à terme d'évaluer et de comparer les EHPAD de France (ex. : le taux d'encadrement, le taux de rotation des personnels, le taux d'absentéisme, le profil des chambres (double/simple), le budget quotidien pour les repas par personne, la présence d'une infirmière de nuit et d'un médecin coordonnateur, les partenariats avec un réseau de santé, etc.).

De plus, les critères utilisés dans les référentiels d'évaluation de la qualité des ESSMS [2022] seront pris en compte, de même que les exigences tutélaires de ces établissements.

4.8.4. Préconisations du rapport de concertation des EGM

Les sept objectifs parmi les soixante-dix propositions issues du rapport de concertation des EGM sont de :

- **mieux informer les personnes et leur entourage de leurs droits et les recours** de manière transversale (en établissement : obligation d'affichage dans les établissements des définitions, numéros d'alerte, recours en version FALC, compléter le livret d'accueil avec ces éléments, instaurer un rendez-vous annuel obligatoire « droits et citoyenneté, le respect des recommandations ») ;
- **aider les professionnels à mieux repérer**, mieux comprendre et mieux intervenir (formation, intégrer la démarche éthique, accompagner et outiller les professionnels, livret d'accueil des nouveaux arrivants, outils de repérage) ;
- **rendre les recours plus accessibles** (notamment en établissement, en faisant connaître le rôle des personnes qualifiées, en intégrant les bénévoles, etc.) ;
- **mieux mobiliser et articuler les ressources** en charge de répondre aux maltraitances sur les territoires ;
- mieux accompagner les victimes ;
- inscrire les professionnels dans une dynamique de prévention et pouvoir d'agir ;
- créer le socle d'un nouveau contrat social avec les personnes vulnérables.

4.8.5. La stratégie de lutte contre la maltraitance

Des sept objectifs issus de cette précédente concertation collective, la stratégie de lutte contre la maltraitance actée le 25 mars 2024 retient cinq axes. Les cinq axes de la stratégie et les principales actions sont de :

- Faire respecter les droits des personnes :
- améliorer l'information, l'expression et la participation des personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux pour libérer la parole et faciliter les signalements de maltraitance ;

¹⁵ https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dp_ehpad_2022_accessible.pdf

- développer la communication pour toutes les personnes qui ont des difficultés à s'exprimer verbalement et faire connaître leurs besoins, leurs aspirations et leurs attentes ;
- prévenir et lutter contre les maltraitances à domicile avec de nouveaux outils.
 - Se doter de meilleurs outils pour recueillir, suivre et répondre aux situations de maltraitance dans les territoires :
- renforcer la collaboration des autorités compétentes, à toutes les échelles ;
- centraliser les signalements en un seul lieu ;
- faciliter les signalements (une plateforme téléphonique multicanal) ;
- améliorer la transparence avec la conférence régionale de la santé et l'autonomie.
 - Renforcer la vigilance :
- généraliser le contrôle des antécédents judiciaires des intervenants professionnels et bénévoles auprès des publics vulnérables d'ici 2026 ;
- faciliter et simplifier la vigilance de certains professionnels clés (médecins, mandataires judiciaires, banques) ;
- mobiliser les forces de l'ordre ;
- faciliter le parcours judiciaire des victimes âgées ou en situation de handicap.
 - Promouvoir une culture commune de la bientraitance et le pouvoir d'agir des personnes et des professionnels :
- prévenir les stigmatisations (poursuivre et renforcer les actions en faveur de l'intergénérationnel et de la lutte contre les préjugés liés à l'âge) ;
- sensibiliser et former les professionnels des secteurs social, médico-social et du soin à la prévention des maltraitances ;
- maintenir les liens familiaux des personnes en établissement (garantir un droit de visite) ;
- soutenir le pouvoir d'agir des professionnels et directeurs (pair-aidance).
 - Inscrire dans la durée la politique de contrôle des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :
- achever la politique de contrôle de tous les EHPAD ;
- intensifier le contrôle des établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

4.9. De nombreux outils mis à disposition peu connus et utilisés

4.9.1. Outils de cartographie des risques

- Un guide relatif à la gestion des risques de maltraitance en établissement (méthodes, repères, outils) réalisé par le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés a été publié en 2008 (49). Il permet d'identifier une méthodologie en gestion des risques. Il est destiné aux gestionnaires d'établissement et permet d'identifier aussi les différents risques. Il permet de faire le point sur les principes méthodologiques et les principales étapes d'une démarche de gestion des risques et de s'appuyer sur des exemples pour la mise en place de la démarche de gestion des risques de maltraitance.
- Un second guide (62, 63) publié par la FORAP et la HAS et réalisé par le Réseau santé qualité (RSQ) en 2012 propose une liste exhaustive des risques potentiels identifiés en établissement, classés premièrement par étapes de prise en charge (de l'accueil à la sortie), par risques en lien avec le management, et enfin par risques liés aux conditions d'installation auxquels sont associés les facteurs de risques. Une grille d'auto-évaluation est proposée s'accompagnant

d'une méthodologie de calcul de la criticité. Elle permet d'établir une cartographie des risques permettant de hiérarchiser les risques.

4.9.2. Des outils de repérage des situations

Différents outils ou grilles de repérage des risques (63, 71) de maltraitance ont été retrouvés et proposés par les centres ALMA (Allo Maltraitements intégrés à la Fédération 3977 contre les maltraitements).

- L'outil Angélique (72) : il s'agit d'un référentiel proposé aux établissements hébergeant des personnes âgées depuis les décrets d'avril 1999 portant réforme de la tarification. Ce référentiel permet aux établissements, au travers des 147 points de contrôle, de vérifier la qualité de leurs prestations envers les personnes âgées. La maltraitance, en tant que telle, ne figure pas dans ce référentiel. En outre, le concept de maltraitance est limité à la violence physique alors que la non-qualité peut, à bien des égards, être considérée comme une « maltraitance », c'est-à-dire une non-réponse à un droit légitime de la personne.
- L'outil suisse ODIVA RIFVEL¹⁶ (outil de dépistage et d'intervention des victimes âgées), déployé à l'issue d'une recherche-action à la demande de services à domicile, permet de tester le niveau de danger d'une personne âgée ou d'une personne en situation de handicap. Cet outil est un questionnaire, composé de quatre sections comportant chacune quinze items. Il s'agit de vérifier le profil et le comportement de la victime potentielle, et de l'abuseur potentiel.
- L'outil LISA (liste d'indices des situations abusives) sert au dépistage des mauvais traitements infligés aux personnes âgées par leur aidant à domicile. Elle contribue à sensibiliser les praticiens aux maltraitements et est utilisée en formation des bénévoles ou intervenants. Il s'agit d'une liste de signes qui révèlent des risques élevés de maltraitance classés par ordre d'importance.
- L'outil DESIA (dépistage des sévices infligés aux aînés) permet de répondre aux questions relatives aux types de mauvais traitements et d'évaluer le degré d'urgence d'une situation. Il s'agit d'une grille initiale de dépistage qui ensuite sera approfondie par d'autres évaluations.
- L'outil DACAN est un outil de dépistage de l'abus chez les aidants naturels. Il est utilisé auprès des aidants naturels prenant soin des personnes âgées et sur lesquels il existe des soupçons. Un questionnaire leur est soumis. Plus les réponses sont nombreuses, plus les risques sont importants. Cet outil peut faire ressortir des tendances ou des tensions susceptibles de s'aggraver.

Ces outils ont été conçus dans un objectif de dépistage, d'évaluation et d'intervention en cas de mauvais traitements. Ils proposent un questionnement permettant de savoir si la victime est en situation de maltraitance ou de danger et si le professionnel doit alerter.

Une mallette « prévention de la maltraitance » est proposée par l'association ALMA 63 (71, 73, 74).

Cependant, les études de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité manquent pour permettre de privilégier un outil en particulier.

4.9.3. Outils de vidéosurveillance testés en France

La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (46) a réalisé une enquête qui a donné lieu à des recommandations sur le recours à la vidéosurveillance en EHPAD.

Cette recommandation de la CNIL du 29 février 2024 (75) indique que la vidéosurveillance dans les chambres d'EHPAD peut être installée en cas de suspicions fortes de maltraitance basées sur un

¹⁶ www.rifvel.org

faisceau d'indices concordants, et après échec des enquêtes internes. Le consentement de la personne devra être recueilli.

En revanche, la vidéosurveillance n'est pas autorisée en chambre pour des raisons de confort ou de sécurité des résidents, du fait des atteintes à la dignité des personnes hébergées. Les appels malades sont privilégiés.

Cette recommandation rappelle aussi que l'installation de caméras dans les espaces d'entrée et de sortie est soumise à la RGPD de la loi Informatique et Libertés et doit faire l'objet d'une autorisation à la préfecture ; cette recommandation indique que la vidéosurveillance peut se mettre en place à l'initiative de l'établissement et non des proches aidants.

4.9.4. Des outils de retour d'expérience

En santé, les pratiques de retours d'expérience sont utilisées fréquemment.

L'OMS définit le retour d'expérience, « RETEX », comme « une évaluation en profondeur des actions de gestion entreprises au cours d'un évènement de santé publique, faites par la suite afin d'identifier les lacunes, les leçons et les meilleures pratiques. Il offre une approche structurée pour les individus et les organisations impliqués dans la préparation et la réponse donnée à l'évènement. Le RETEX aide à identifier de manière systématique et collective ce qui a et ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi et comment s'améliorer ».

Deux guides ont servi de base pour ces travaux.

- Un guide méthodologique de retour d'expérience (RETEX) en situation d'urgence sanitaire et exercice de simulation, publié par le ministère des Solidarités en 2019, rappelle l'intérêt de cette démarche qui devrait être plus répandue. **Les pratiques de RETEX permettent un processus fondamental d'apprentissage ainsi que la mise en place d'actions de prévention et de gestion des situations à risques. Ils font partie d'une culture et démarche continue d'amélioration de la qualité des soins.** La formalisation/traçabilité des RETEX est également essentielle.
- Les guides HAS-FORAP relatifs à l'analyse des événements indésirables associés aux soins 2021 (76), et les productions associées relatives à la gestion des risques dans le milieu sanitaire et les EHPAD décrivent l'ensemble des méthodes et outils (sept) à utiliser pour permettre **d'analyser les situations à risques** : il s'agit de la grille ALARM, l'arbre des causes, la méthode Tempo, le suivi d'actions, les grilles d'auto-évaluation, l'exemple de grille d'entretien avec le patient, information du patient.

Un modèle type prêt à remplir peut être directement utilisé par les équipes pour analyser une situation (77).

Le guide d'analyse des EIGS contient 9 fiches pratiques permettant d'aller plus loin : le retour d'expérience, l'intérêt de regrouper les EIAS en situations à risque, la culture sécurité, comment identifier un fait, l'erreur humaine et les apports de Reason, les causes immédiates et les causes profondes/facteurs contributifs, les facteurs humains et l'équipe, les aspects juridiques, la façon de communiquer et de partager. Une analyse de cas par secteur y est également proposée.

En matière de gestion des risques, les systèmes de déclaration d'évènements indésirables diffèrent selon le secteur. Si les EIGS doivent être déclarés par les établissements à l'ARS ou au CD, quel que soit le secteur, seuls les établissements sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de signaler les dysfonctionnements graves ou évènements indésirables (associés aux soins ou pas).

Par ailleurs, **la culture de gestion des risques et du RETEX (sanitaire, médico-social et social) constitue un préalable à l'utilisation des outils**. Cette culture semble différente d'un secteur à un autre. Le secteur sanitaire utilise depuis plusieurs années des méthodes telles que la RMM (revue de morbidité et de mortalité), dans les spécialités à risques notamment, ou autres RETEX comme le Remed, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés.

Une enquête conduite par la FORAP en novembre 2022 (mesure de la culture qualité et sécurité réalisée auprès de 365 EHPAD) souligne différents constats tels que : le manque de pluriprofessionnalité (temps, échanges, le manque de connaissance des rôles de chacun, la nécessité de repères essentiels plutôt que trop de procédures, le fait que les EIAS sont souvent imputés à un défaut d'organisation, l'absence de vérification, insuffisance de coordination ou communication, ou encore un manque de culture commune sécurité).

Les pratiques de **RETEX constituent un processus d'apprentissage, actions de prévention et de gestion des risques, et font partie d'une démarche qualité**. Pour être efficaces, elles doivent être travaillées en équipe.

Les étapes génériques récurrentes dans ces différentes approches sont :

- la reconstitution chronologique ;
- l'analyse des causes (immédiates, profondes) ;
- l'identification de barrières ;
- le plan d'action et le suivi.

Le retour d'expérience de la crise sanitaire relative à la Covid est également à prendre en compte, notamment sur les aspects éthiques de la prise en charge.

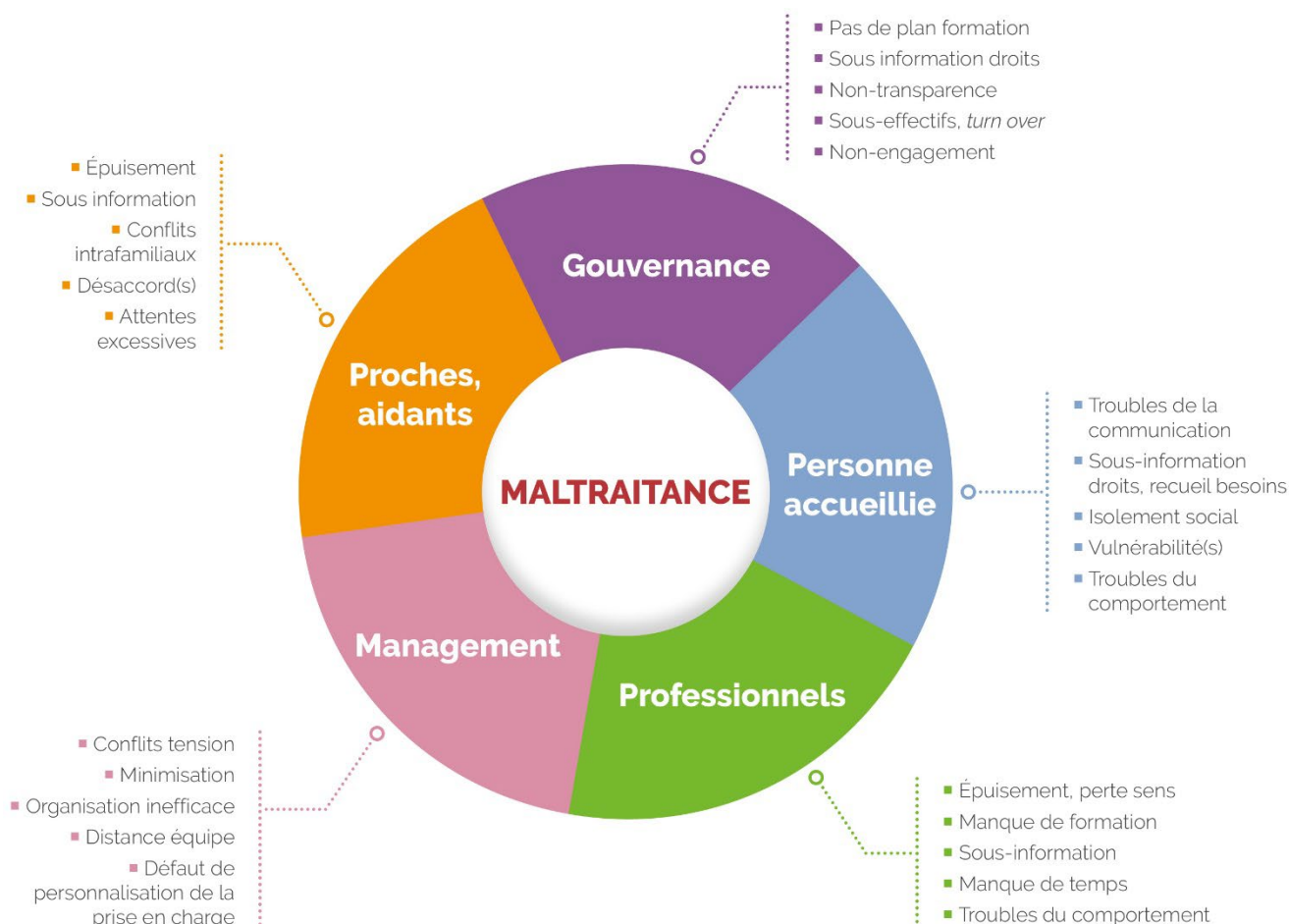
Ces retours d'expérience sont particulièrement utiles pour mettre en place des mesures de prévention.

4.10. Propositions du groupe

À partir des éléments de la littérature, le groupe de travail a identifié les facteurs de risques et signaux faibles à prendre en compte plus particulièrement.

Les facteurs de risques en matière de maltraitance sont définis comme les « causes probables de réalisation du risque » (49). Ce sont des facteurs connus contribuant à la réalisation des risques ; ils sont factuels, objectivables, possibles à anticiper.

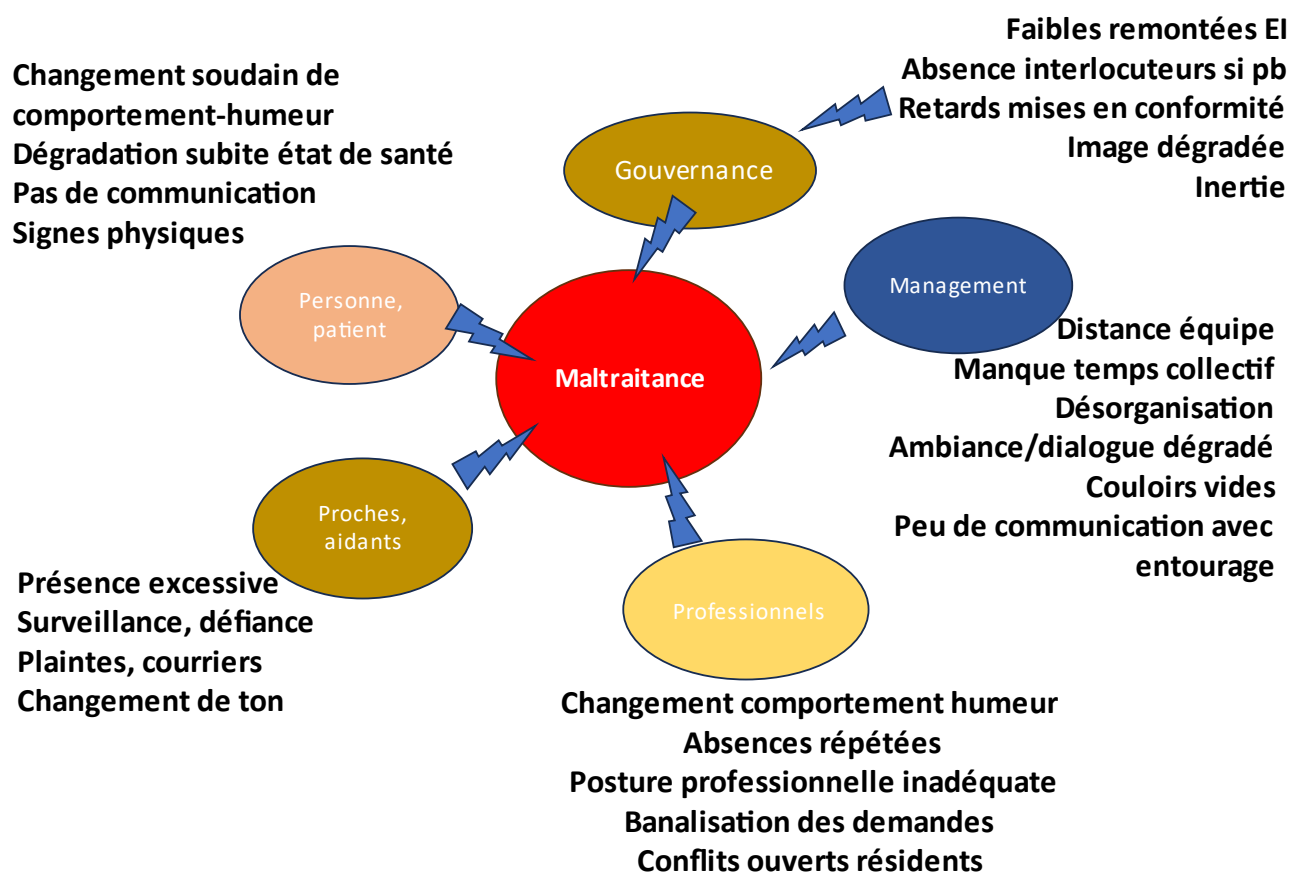
En établissement, les facteurs de risques de maltraitance peuvent être liés aux caractéristiques des personnes accueillies, aux professionnels, mais aussi au fonctionnement de l'institution et à son environnement. De plus, les situations de maltraitance peuvent être subies par les victimes de manière inconsciente, tout comme elles peuvent aussi être commises par une personne de façon inconsciente. Elles peuvent être de nature organisationnelle. Ce schéma illustre le caractère systémique de la maltraitance. Elle n'est pas seulement le fait d'un individu, mais son origine est majoritairement d'origine collective et institutionnelle.



Un signal faible est une **information précoce de faible intensité annonciatrice d'une tendance, d'une menace** ou d'une opportunité. La commission nationale fait référence à cette notion de signal faible dans la note d'orientation (7). Il ne peut pas être anticipé. Les signaux faibles relèvent de la notion de perception, de veille, voire de ressenti ; ils sont des signaux d'alerte moins objectivables mais tout aussi importants que les facteurs de risques. Ces signaux peuvent être identifiés par type de maltraitance¹⁷ ou par leur origine (individuelle, collective, institutionnelle), option qui a été retenue dans ce guide. Ce schéma en illustre les grands repères.

¹⁷ [Maltraitements : la puce à l'oreille... | 3977](#)

Signaux faibles de la maltraitance en établissement



Une grille détaillée précise les différents signaux décrits sur ce schéma. L'identification de tels signaux doit être prise au sérieux ; ils sont à signaler à la hiérarchie puis lors des séances de transmissions, ainsi qu'en réunion d'équipe ou de staff.

En s'inspirant d'un document canadien, présenté en annexe 4, le groupe de travail a listé les différents facteurs de risques et signaux d'alerte (cf. liste ci-dessous) sous la forme d'une grille détaillée qui permet à l'établissement d'obtenir un résumé visuel des facteurs de risques et des signaux faibles pouvant être identifiés, en vue de repérer des situations de maltraitance. Il tient compte à la fois des caractéristiques de la personne, de ses proches aidants ou des professionnels exerçant en établissement, ainsi que du contexte organisationnel, institutionnel et environnemental. Le but est d'identifier des points de vigilance particuliers et de mettre en place des mesures préventives.

Le groupe de travail a ensuite poursuivi sa réflexion en structurant ces critères en fonction du type d'utilisation : fiche 3. Grilles de repérage. En effet, les critères ont été restructurés selon les fonctions occupées afin de répartir l'analyse des risques à chaque niveau de responsabilité (fiche 3. Grilles de repérage). En effet, une grille est proposée pour les professionnels de proximité pour analyser les risques relatifs à la personne accueillie, une grille est proposée à l'encadrement pour identifier les risques professionnels de son équipe, et une grille est destinée à la gouvernance pour identifier les risques liés à la structure.

Les réunions de RETEX sont l'occasion de les analyser et de sensibiliser les équipes à chaque niveau hiérarchique.

Table des annexes

Annexe 1.	Définitions	73
Annexe 2.	Recherche documentaire	75

Annexe 1. Définitions

Évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Un évènement indésirable associé aux soins répond à plusieurs critères. Ainsi, il s'agit d'un évènement :

- défavorable survenant chez un patient et associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) (synonymes : *near miss*, *near hit*, *close call*, échappée belle, presque accident, presque évènement, etc.) ;
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

L'analyse des EIAS doit être réalisée quel que soit le niveau de gravité de l'EIAS. Elle est essentielle pour repérer et comprendre ces évènements, en tirer des enseignements pour l'avenir et éviter qu'ils ne se reproduisent. Cette analyse s'inscrit dans une démarche dite de retour d'expérience (REX).

L'objectif du REX est de tirer des enseignements de l'expérience, des évènements survenus, de les partager et de mettre en œuvre les actions adéquates pour mieux maîtriser l'avenir (connaître/comprendre/agir/partager). La littérature a vu émerger différentes approches de REX. On peut citer les revues de mortalité et de morbidité (RMM) dès 1910 aux USA. En France, les premières incitations à la maîtrise des risques sont développées en 1996, les comités de retour d'expérience (CREX) développés par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) en 2005 dans les secteurs de la radiothérapie puis les revues des erreurs médicamenteuses (REMEDI) développées par la Société française de pharmacie clinique (SFPC), etc.

On entend par situation à risque (SAR) un ensemble d'EIAS rattachés à un même risque (exemples : erreurs médicamenteuses, chutes, décès inexpliqués) dont l'analyse commune, en identifiant notamment les causes et les barrières, permet d'en approfondir la connaissance. Le regroupement permet d'aborder un risque sous plusieurs scénarios et donc de travailler sur des barrières efficaces dans plusieurs situations.

Cela permet également de travailler sur des défaillances profondes et communes à des accidents différents. Par exemple, la présence de personnel nouveau dans une équipe conduisant à des accidents différents.

Au total, cela permet d'améliorer la qualité des enseignements tirés, donc la qualité du REX, à partir d'histoires individuelles.

Par ailleurs, le regroupement des cas d'EIAS permet une agrégation des données et garantit l'anonymat. L'analyse d'EIAS n'est pas relative à un patient en particulier. L'amélioration de la qualité n'est pas faite pour un patient en particulier mais pour plusieurs patients.

La gestion des risques a pour but de diminuer le risque de survenue d'EIAS et la gravité de leurs conséquences. C'est une démarche continue d'amélioration de la sécurité des patients associant :

- organisation de la démarche ;
- identification, analyse et hiérarchisation des risques ;
- élaboration d'un plan d'action à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer ;
- capitalisation et partage d'expérience entre professionnels.

Les directives anticipées¹⁸

Toute personne majeure (y compris une personne sous tutelle avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille) peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie (en particulier, limitation ou arrêt des traitements en cours, transfert en réanimation si l'état de santé le requiert, interventions chirurgicales, soulagement des souffrances même si cela a pour effet de mener au décès). Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés. Les directives anticipées ont une durée illimitée. Elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées. Un modèle de directives anticipées et un guide destiné au grand public sont disponibles sur : [http:// www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf) (Code de la santé publique : articles L. 1111-11 à L. 1111-12 concernant l'expression de la volonté des malades en fin de vie et articles R. 1111-17 à R. 1111-20 concernant la rédaction des directives anticipées).

Les personnes qualifiées : le dispositif des personnes qualifiées a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale. La personne qualifiée peut être saisie par toute personne prise en charge dans un établissement et service médico-social ou par sa famille (article L. 311-5 du CASF). Elle accompagne l'usager afin de lui permettre de faire valoir ses droits et assure une médiation avec l'établissement. La liste des personnes qualifiées est fixée pour chaque département par le préfet de département, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS.

La personne de confiance (dans les démarches liées à la santé) : toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui pourra l'accompagner dans les démarches liées à sa santé et qui sera consultée en priorité si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle pourra recevoir l'information médicale à la place de la personne et sera son porte-parole. La personne de confiance peut être un proche, un parent ou le médecin traitant. Elle est révisable et révocable à tout moment. Un modèle de formulaire de désignation de la personne de confiance et un guide d'accompagnement sont disponibles sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/ da_personne_confiance_v9.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf) (Code de la santé publique : article L. 1111-6 La personne de confiance (spécifique au secteur médico-social)).

Une catégorie de personne de confiance est spécifique au secteur médico-social. Elle a pour missions de donner son avis et d'être consultée au cas où la personne intéressée rencontrerait des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits et le cas échéant, de l'accompagner lors de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour. Elle peut également, si la personne intéressée le désire, remplir les missions spécifiques conférées aux personnes de confiance dans les démarches liées à la santé (Code de l'action sociale et des familles : article L. 311-5-1).

¹⁸ web_rbpp_findevie_EHPAD.pdf (has-sante.fr)

Annexe 2. Recherche documentaire

Objectifs

La recherche et l'analyse documentaire ont pour but d'identifier les études, documents relatifs à la lutte contre la maltraitance des personnes adultes vulnérables et au déploiement de la bientraitance en institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les objectifs sont de déterminer les problématiques françaises et internationales, d'identifier les bonnes pratiques, les leviers d'amélioration des pratiques, les difficultés rencontrées et les moyens pour y remédier.

Au niveau international, compte tenu du nombre important d'études, les études quantitatives et qualitatives de haut niveau de preuve sont recherchées sur une période de 10 ans.

Une recherche ciblée de littérature grise (guides, recommandations) a été menée au Canada, en Grande-Bretagne, Belgique, Suisse.

La méthode comporte plusieurs étapes impliquant les équations de recherche suivantes.

Au niveau de la France, compte tenu du faible nombre de travaux de recherches, des articles de plus faible niveau de preuve ont été retenus. Ces différents documents ont permis d'identifier les problématiques françaises.

Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Les recherches ont porté sur une période de 10 ans et une veille a été réalisée jusqu'en mars 2024. Les sources suivantes ont été interrogées :

- les bases de données Embase, Emcare et Medline ;
- les plateformes ERUDIT et CAIRN ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique, éthique ou économique ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Emcare et Embase. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Type d'étude/Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
Maltraitance/bientraitance en institution			
RECOMMANDATIONS, CONFÉRENCES DE CONSENSUS		Janv. 13 Juin 23	13
Étape 1	((MESH.EXACT.EXPLODE("Frail Elderly") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Aged") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Aged, 80 and over") OR MJEMB.EXACT("aged") OR MJEMB.EXACT("elderly abuse") OR MJEMB.EXACT("very elderly") OR MJEMB.EXACT("elderly care") OR MJEMB.EXACT("aged hospital patient") OR MJEMB.EXACT("frail elderly") OR MJEMB.EXACT("institutionalized elderly") OR TI(elder) OR TI(aged)		
AND			
Étape 2	MESH.EXACT("Psychological Well-Being") OR MESH.EXACT("Quality of Life") OR MJEMB.EXACT("wellbeing") OR MJEMB.EXACT("social well-being") OR MJEMB.EXACT("physical well-being") OR MJEMB.EXACT("psychological well-being") OR MJEMB.EXACT("emotional well-being") OR MJEMB.EXACT("kindness") OR TI("wellness") OR TI("well-being") OR TI("kindness") OR TI("wellbeing") OR MESH.EXACT("Emotional Abuse") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Human Rights Abuses") OR MESH.EXACT("Physical Abuse") OR MESH.EXACT("Sex Offenses") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Violence") OR MJEMB.EXACT("physical abuse") OR EMB.EXACT("patient abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("emotional neglect") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("emotional abuse") OR MJEMB.EXACT("physical violence") OR MJEMB.EXACT("abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("sexual violence") OR MJEMB.EXACT("financial abuse") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("violence") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("sexual abuse") OR MJEMB.EXACT("exposure to violence") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("human rights abuse") OR TI(abuse) OR TI(mistreatment) OR TI(maltreatment) OR TI(neglect)) OR		

	MJMESH.EXACT.EXPLODE("Elder Abuse") OR MJEMB.EXACT("elderly abuse"))		
AND			
Étape 3	(MESH.EXACT.EXPLODE("Homes for the Aged") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Health Facilities") OR MESH.EXACT("Violence") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Residential Facilities") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Group Homes") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Nursing Homes") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Assisted Living Facilities") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Hospitals") OR MJEMB.EXACT("residential home") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental health center") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("hospital") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("institutional care") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("isolation facility") OR MJEMB.EXACT("home for the aged") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("health care facility") OR MJEMB.EXACT("community hospital") OR TI(home dwell- ing) OR TI(community dwelling) OR TI(faciliti*) OR TI(institution) OR TI(instance) OR TI(residential) OR TI(hospital*))		
AND			
Étape 4	(consensus OR guideline[*1] OR position PRE/0 paper OR recommenda- tion[*1] OR statement[*1])/ti OR (health planning guidelines OR consen- sus development OR Practice Guideline)/de OR (consensus development conference OR consensus development conference, NIH OR guideline OR practice guideline)/type		
MÉTA-ANALYSES, REVUES SYSTÉMATIQUES			43
Étapes 1 ET 2 ET 3			
AND			
Étape 5	(meta PRE/0 analys[*3] OR metaanalys[*3] OR systematic PRE/0 litera- ture PRE/0 search OR systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3] OR systematic* PRE/0 overview[*3] OR systematic* PRE/0 review[*3])/ti OR (meta-analysis OR systematic review)/de OR (meta-analysis OR system- atic review)/type OR (cochrane database syst rev)/so		
ESSAIS CONTRÔLÉS (RANDOMISÉS – NON RANDOMISÉS)			24+105
Étapes 1 ET 2 ET 3			
AND			
Étape 6	TI,AB(random*) OR MESH.EXACT(cross-over studies) OR MESH.EXACT(double-blind method) OR MESH.EXACT(random alloca- tion) OR MESH.EXACT(single-blind method) OR EMB.EXACT(controlled clinical trial) OR EMB.EXACT(crossover procedure) OR EMB.EXACT(double blind procedure) OR EMB.EXACT(multicenter		

	study) OR EMB.EXACT(randomization) OR EMB.EXACT(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(single blind procedure) OR DTYPE(Controlled Clinical Trial) OR DTYPE(multicenter study) OR DTYPE(randomized controlled trial)		
ÉTUDES COMPARATIVES – ESSAIS CLINIQUES NON CONTRÔLÉS			69
Étapes 1 ET 2 ET 3			
AND			
Étape 7	(clinical PRE/0 trial* OR comparative PRE/0 stud* OR versus)/ti OR (Clinical Trial OR Clinical Trial OR comparative study)/de OR (comparative study)/type		
ÉTUDES OBSERVATIONNELLES			421
Étapes 1 ET 2 ET 3			
AND			
Étape 8	TI(cohort*) OR TI(follow PRE/0 up PRE/0 stud*) OR TI(longitudinal PRE/0 stud*) OR TI(prospective PRE/0 stud*) OR TI(retrospective PRE/0 stud*) OR MESH.EXACT(cohort studies) OR MESH.EXACT(Follow-Up Studies) OR MESH.EXACT(longitudinal studies) OR MESH.EXACT(prospective studies) OR MESH.EXACT(retrospective studies) OR EMB.EXACT(cohort analysis) OR EMB.EXACT(follow up) OR EMB.EXACT(longitudinal study) OR EMB.EXACT(prospective study) OR EMB.EXACT(retrospective study) OR MESH.EXACT("Observational Study") OR EMB.EXACT("observational study")		
REVUES DE LITTÉRATURE			49
Étapes 1 ET 2 ET 3			
AND			
Étape 9	TI(review) OR EMB.EXACT(review) OR DTYPE(review)		
Maltraitance/bientraitance et facteurs de risque			
RECOMMANDATIONS, CONFÉRENCES DE CONSENSUS		Janv. 13 Juin 23	25
Étapes 1 ET 2			
AND			
Étape 10	(MESH.EXACT("Global Health") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Risk") OR MESH.EXACT("Advisory Committees") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Risk Factors") OR MESH.EXACT("Risk Factors") OR MESH.EXACT("Geriatric Assessment") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Health Status") OR MESH.EXACT("Health Status Disparities") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Quality of Life") OR MESH.EXACT("Policy Making") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("individual behavior assessment") OR MJEMB.EXACT("Elder Abuse Suspicion Index"))		

	OR MJEMB.EXACT("global health") OR MJEMB.EXACT("risk factor") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("health status indicator") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("general health status assessment") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("behavior assessment") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("health status"))		
AND			
Étape 4			
MÉTA-ANALYSES, REVUES SYSTÉMATIQUES			25
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 5			
ESSAIS CONTRÔLÉS (RANDOMISÉS – NON RANDOMISÉS)			20+85
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 6			
ÉTUDES COMPARATIVES – ESSAIS CLINIQUES NON CONTRÔLÉS			33
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 7			
ÉTUDES OBSERVATIONNELLES			363
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 8			
REVUES DE LITTÉRATURE			59
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 9			
Maltraitance/bientraitance et personnes en situation de handicap			
RECOMMANDATIONS, CONFÉRENCES DE CONSENSUS		Janv. 13 Juin 23	9
Étape 11	(MESH.EXACT("Visually Impaired Persons") OR MESH.EXACT("Para-Athletes") OR MESH.EXACT("Persons with Mental Disabilities") OR MESH.EXACT("Persons With Hearing Impairments") OR MESH.EXACT("Mentally Ill Persons") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Disabled Persons"))		

	MESH.EXACT("Amputees") OR EMB.EXACT.EXPLODE("disabled student") OR EMB.EXACT.EXPLODE("amputee") OR EMB.EXACT.EXPLODE("mentally disabled person") OR EMB.EXACT.EXPLODE("visually impaired person") OR EMB.EXACT.EXPLODE("physically disabled person") OR EMB.EXACT.EXPLODE("hearing impaired person") OR EMB.EXACT.EXPLODE("disabled athlete") OR EMB.EXACT.EXPLODE("disabled person"))		
AND			
Étape 2			
AND			
Étape 4			
MÉTA-ANALYSES, REVUES SYSTÉMATIQUES			14
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 5			
ESSAIS CONTRÔLÉS (RANDOMISÉS – NON RANDOMISÉS)			25+12
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 6			
ÉTUDES COMPARATIVES – ESSAIS CLINIQUES NON CONTRÔLÉS			12
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 7			
ÉTUDES OBSERVATIONNELLES			59
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 8			
REVUES DE LITTÉRATURE			31
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 9			
Interventions et maltraitance/bientraitance			
RECOMMANDATIONS, CONFÉRENCES DE CONSENSUS		Janv. 13 Juin 23	2
Étape 2			

AND			
Étape 12	TI(intervention*) OR TI(program*) OR TI(prevent*) OR TI(strateg*) OR TI(method*) OR TI(management) OR TI(tool*) OR TI(screening) OR TI(improv*) OR TI(barrier*) OR TI(facilitator*) OR TI(benefit*) OR TI(action))		
AND			
Étape 4			
MÉTA-ANALYSES, REVUES SYSTÉMATIQUES			12
Étapes 1 ET 12			
AND			
Étape 5			
ESSAIS CONTRÔLÉS (RANDOMISÉS – NON RANDOMISÉS)			3+5
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 6			
ÉTUDES OBSERVATIONNELLES			60
Étapes 1 ET 10			
AND			
Étape 8			

de : descripteur ; ti : titre ; ab : résumé ; * : explosion du terme générique ; type : type de publication ; so : nom du journal

Sites internet consultés

Dans le cadre de cette recommandation, les sites suivants ont été consultés :

- Académie nationale de médecine
- Association française de normalisation (AFNOR)
- Bibliothèque interuniversitaire de santé
- Catalogue et index des sites médicaux francophones (CISMeF)
- Conseil de l'Europe
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
- École des hautes études en santé publique (EHESP)
- Haute Autorité de santé (HAS)
- Santé publique France

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Allô maltraitance des personnes âgées (Alma)
- *Alzheimer's Association*
- *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*

- *American College of Surgeons*
- *Australian Clinical Practice Guidelines*
- *Australian & New Zealand Society for Geriatric Medicine*
- Association Santé (Qualité-Risques-Évaluation)
- *British Geriatric Society*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
- *Centre for Reviews and Dissemination (CRD databases)*
- Centre national de la formation – Conseil en entreprise (CNFCE)
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- *College of Physicians & Surgeons of Alberta (CPSA)*
- Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)
- Conseil scientifique du Grand-Duché du Luxembourg
- CPG Infobase – *Clinical Practice Guidelines*
- GÉrontopôle de Nouvelle-Aquitaine
- *Guidelines – Summarising clinical guidelines for primary care*
- *Guidelines International Network*
- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- *International Labour Organization (ILO)*
- *National Guideline Clearinghouse*
- *National Health and Medical Research Council (NHMRC)*
- *National Institute for Health and Care Excellence – Evidence search*
- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*
- *Royal Australian College of General Practitioners*
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*
- *Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU)*
- *Tripdatabase – Turning Research into Practice*
- *US Preventive Services Task Force (USPTF)*

➔ Critères de sélection des articles

Les critères de sélection des articles sont les suivants.

- Concernant les travaux français, compte tenu du peu de travaux de recherche sur ce sujet et du faible nombre d'études de haut niveau de preuve, la littérature dite grise a été privilégiée. Les guides, rapports et les outils pratiques existants ont été analysés et ont constitué la base de ces travaux. Les rapports issus de la commission nationale de la lutte contre la maltraitance et les outils de la HAS et de la FORAP constituent la base d'analyse de ces travaux.
- À l'international, les études uniquement de haut niveau de preuve ont été retenues, notamment sur les facteurs de risques de maltraitance.

La bientraitance étant une notion très large inégalement décrite selon les pays, les définitions et contenus qui en sont donnés varient considérablement d'un écrit à l'autre. De plus, le concept recoupe des domaines extrêmement larges, tels que les démarches qualité et les droits humains, la qualité de

vie au travail. La recherche documentaire n'a pas permis de retenir des articles pertinents démontrant l'efficacité des démarches de bientraitance ou en lien direct avec le sujet du guide.

➔ **Résultats**

La recherche documentaire a permis de sélectionner 229 études et rapports.

Nombre de références identifiées : 1 862

Nombre de références analysées : 283

Nombre de références retenues : 77

Références bibliographiques

1. Ministère des solidarités et des familles. Etats généraux des maltraitances. Rapport de la concertation. Paris: Ministère des solidarités et des familles; 2023.
https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Rapport-Etats-generaux-des-maltraitances_oct2023.pdf
2. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. Le déploiement de la bientraitance : guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf
3. Haut conseil de la santé publique. Lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité : analyse et propositions du Haut Conseil de la santé publique. Paris: HCSP; 2024.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1377>
4. Conférence nationale de santé. Démocratie en santé : quelles réponses aux situations de maltraitance ? 8 recommandations. Paris: CNS; 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_rapp_maltraitances_v_2023_1212_modif_220124.pdf
5. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Berhuet S, Hoibian S, Forcadell E, Albérola E. La perception de la maltraitance par les français. Enquête "Conditions de vie et aspirations". Paris: Crédoc; 2022.
<https://www.credoc.fr/download/pdf/Sou/Sou2023-4872.pdf>
6. Haute Autorité de Santé. Promotion de la bientraitance [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance
7. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Conseil national consultatif des personnes handicapées. Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie. Paris: HCFEA; 2019.
<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-10/rapport-lutte-contre-la-maltraitance.pdf>
8. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anesm; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835446/fr/reco-ethique-anesm
9. Espace de réflexion éthique d'Ile de France, Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives, Ministère chargé de l'Autonomie. Charte éthique et accompagnement du grand âge. Paris; 2021.
https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/2021_charte_ethique_grand-age_web.pdf
10. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. Avis 136. Paris: CCNE; 2021.
<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>
11. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
12. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3322901/fr/referentiel-d-evaluation-de-la-qualite-essms
13. Structure régionale d'appui Occitanie. La SRA Occitanie déploie une campagne régionale " Regards croisés sur la Bientraitance " [En ligne]. Toulouse: SRA; 2024.
<https://www.sra-occitanie.fr/actualites/campagne-regionale-regards-croises-sur-la-bientraitance>
14. Haute Autorité de Santé. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises
15. Haute Autorité de Santé. Recueil du point de vue des personnes hébergées ou accueillies en EHPAD. Programme pluriannuel - Soutenir les établissements et services sociaux et médico sociaux dans le recueil du point de vue des personnes qu'ils accompagnent. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
16. Réseau régional de vigilances et d'appui de la Nouvelle-Aquitaine, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. Aide à l'élaboration d'une charte de confiance pour inciter les professionnels à signaler et analyser les événements indésirables en santé. Bordeaux: RREVA NA; 2019.
https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Aide_Elaboration_Charte_Confiance_NA_06_2019.pdf
17. Ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personnalité hospitalisée. Usagers vos droits. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
18. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la famille et de l'enfance. Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Paris: Direction générale de l'action sociale; 2004.
<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-01/Charte-des-droits-et-libertes-des-personnes-accueillies-en-etablissements.pdf>
19. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Collège des enseignants de gynécologie obstétrique, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, Société française de gynécologie, Collège national des enseignants de gynécologie médicale, Société de chirurgie gynécologique et

pelvienne. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Paris: CNGOF; 2021.

<https://www.maternys.com/fichiers/Charte-de-la-consultation-en-gynecologie-ou-en-obstetrique.pdf>

20. La prévention médicale. Charte de signalement des événements indésirables associés aux soins - Fiche méthode 410 [En ligne]. Paris: MACSF; 2020.

<https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Cadre-deontologique/charte-signalement-eig>

21. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine, Groupement de coopération sanitaire coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé en Bretagne, Qualirel santé, Qualva. Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance. Des vidéos pour questionner les pratiques. Analyse de scénarios et de témoignages. Guide de l'animateur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/guide_promouvoir_la_bientraitance_et_lutter_contre_la_malt_raitance_forap_has.pdf

22. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.

<https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>

23. SantéBD. Maltraitance – 1. Comprendre et arrêter la maltraitance [En ligne]. Paris: Coactis Santé; 2020.

<https://santebd.org/les-fiches-santebd/prevention-sante/maltraitance-1-comprendre-et-arreter-la-maltraitance>

24. Ethier S, Gagnon E, Couture M. Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés. Québec: Université Laval; 2021.

https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/07/sophie-ethier_resume_bientraitance-aines-hebergement_.pdf

25. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

26. Terrien N, Anthoine E, Moret L. Développement et validation d'une échelle d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance des patients ou des résidents par les professionnels de santé. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012;10(4):403-11.

<https://dx.doi.org/10.1684/pnv.2012.0378>

27. Caron-Dégli A. Etats généraux des maltraitements. Penser les protections juridiques et sociale à partir des droits des personnes les plus vulnérables à être entendues et soutenues dans une société solidaire. Rapport de mission interministérielle. Paris: Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/290470.pdf>

28. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance : recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anesm; 2008.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835231/fr/reco-maltraitance-etablissement

29. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, Fédération hospitalière de France. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus. 2004.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_268206/fr/liberte-d-aller-et-venir-recommandations-version-courte-pdf

30. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. Mieux comprendre pour agir plus efficacement. Culture de sécurité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/la_culture_de_securite.pdf

31. Ministère de la santé et de la prévention. Les médiateurs [En ligne]. Paris: ARS; 2021.

<https://www.mediation-sante-social.ars.sante.fr/les-mediateurs-0>

32. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Régler les conflits. Déployer la médiation. Paris: Anap; 2023.

<https://www.anap.fr/s/article/regler-litige-mediation>

33. Commission nationale consultative des droits de l'Homme. Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux. 22 mai 2018. Paris: CNCDH; 2018.

https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/180522_avis_maltraitements_syste_me_de_sante.pdf

34. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité. Paris: Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance; 2021.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf

35. Nations unies. La maltraitance des personnes âgées [En ligne]. New-York: Nations unies; 2022.

<https://www.un.org/fr/observances/elder-abuse-awareness-day/background>

36. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2017;5(2):e147-e56.

[https://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30006-2](https://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30006-2)

37. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health 2019;29(1):58-67.

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

38. Chang ES, Levy BR. High prevalence of elder abuse during the covid-19 pandemic: risk and resilience factors. Am J Geriatr Psychiatry 2021;29(11):1152-9.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>

39. Lachs M, Mosqueda L, Rosen T, Pillemer K. Bringing advances in elder abuse research methodology and theory to evaluation of interventions. *J Appl Gerontol* 2021;40(11):1437-46.

<http://dx.doi.org/10.1177/0733464821992182>

40. Fédération 3977 contre les maltraitances. Rapport d'activité 2021. Paris: Fédération 3977 contre les maltraitances; 2022.

https://3977.fr/wp-content/uploads/2022/12/3977_rapport_activite_2021.pdf.pdf

41. Défenseur des droits. Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Paris: Défenseur des droits; 2023.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport_suivi_rapport-ehpad_20230111.pdf

42. Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Rapport. Paris: Défenseur des droits; 2021.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-03/ddd_rapport_droitsehpads_20210500.pdf

43. Centre de recherche sur les droits fondamentaux et les évolutions du droit, Centre hospitalier public du Cotentin, Centre d'études et de recherche sur les risques et les vulnérabilités, Fédération hospitalière de France, Conseil régional de Basse-Normandie de l'Ordre des médecins, Institut Demolombe, Université Caen Normandie. Guide éthique : quand sécurité et liberté d'aller et venir s'opposent en EHPAD. Caen: ARS; 2016.

<https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Guide%20re%CC%81flexion%20liberte%CC%81%20EHPAD%20A4%20der.pdf>

44. Frémont L, Bourguès F, Gil R, Micheau J. Liens entravés, adieux interdits. Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens. Paris; 2023.

https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Rapport-Droit-de-visite-en-EHPAD-novembre-2023_0.pdf

45. Haute Autorité de Santé. Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2022. Retour d'expérience national. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/retour_experience_nationale_eigs_2022.pdf

46. Commission nationale informatique et libertés. Mise en place de dispositifs de vidéosurveillance au sein des chambres des EHPAD. Projet de recommandation. Paris: CNIL; 2023.

https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/projet_de_recommandation_videosurveillance_ephads.pdf

47. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: CGLPL; 2016.

https://cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

48. Touitou-Burckard E, Gandré C, Coldefy M. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. Questions d'économie et de la santé 2024;286:1-8.

49. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés. Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode,

repères, outils. Paris: Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité; 2008.

https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/2008_guide_gestion_des_risquespaphetab_2_.pdf

50. Jackson SL. All elder abuse perpetrators are not alike: the heterogeneity of elder abuse perpetrators and implications for intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2016;60(3):265-85.

<http://dx.doi.org/10.1177/0306624X14554063>

51. Organisation mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées [En ligne]. Genève: OMS; 2022.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

52. Pillemer K, Burnes D, MacNeil A. Investigating the connection between ageism and elder mistreatment. *Nature aging* 2021;1(2):159-64.

<https://dx.doi.org/10.1038/s43587-021-00032-8>

53. Kamavarapu YS, Ferriter M, Morton S, Völm B. Institutional abuse - Characteristics of victims, perpetrators and organisations: a systematic review. *Eur Psychiatry* 2017;40:45-54.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002>

54. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2020;50.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

55. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. Aide-mémoire : facteurs de risque et de protection concernant la maltraitance envers les personnes âgées. Québec; 2021.

https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2021/05/Aide-memoire_Facteurs-de-risque-et-de-protection-concernant-la-maltraitance-personnes-ainees_2019.pdf

56. Organisation mondiale de la Santé, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fr_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y

57. Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la violence : les faits. (Série d'exposés sur la prévention de la violence). Genève: OMS; 2013.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/92490/9789242500844_fre.pdf?sequence=1

58. World Health Organization. Abuse of elder people [En ligne]. Geneva: WHO; 2021.

https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1

59. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist* 2016;56(Suppl 2):S194-205.

<https://dx.doi.org/10.1093/geront/gnw004>

60. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Reconnaître et agir ensemble. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Québec: Direction des communications; 2022.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-44WV.pdf>

61. Compagnon C, Ghadi V, Haute Autorité de Santé. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignage. Paris: HAS; 2009.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
62. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé, Réseau santéqualité. Guide de l'animateur pour la mise en oeuvre de la cartographie des risques de maltraitance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_guide_carto_risques.pdf
63. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé. Cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
64. Baradji E, Filatriau O, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. Etudes et Résultats 2020;1156:1-8.
65. Courteau R, Deseyne C, Laborde F, Vérien D. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les violences faites aux femmes handicapées. Paris: Sénat; 2019.
<https://www.senat.fr/rap/r19-014/r19-0141.pdf>
66. LoFaso VM, Rosen T. Medical and laboratory indicators of elder abuse and neglect. Clin Geriatr Med 2014;30(4):713-28.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.003>
67. Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;(8):CD010321.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
68. World Health Organization. Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Geneva: WHO; 2022.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433670/retrieve>
69. Roulet Schwab D. Lutte contre la maltraitance des aînés en Suisse : bilan et analyse critique. Gérontologie et société 2022;44 / 169(3):131-46.
<https://dx.doi.org/10.3917/gs1.169.0131>
70. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Ricour C, Desomer A, Pouppez C, Primus C, Vinck I. Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? Synthèse. Bruxelles: KCE; 2020.
71. Allô maltraitance personnes âgées et ou handicapées. Malette prévention des maltraitances : outils de dépistage annexe 1. Outils de dépistage des maltraitances à domicile. Clermont Ferrand: ALMA; 2013.
<https://www.alma63.fr/la-mallette-prevention-des-maltraitances>
72. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Outil d'auto-évaluation de la qualité en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Grille Angélique. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2000.
73. Allô maltraitance personnes âgées et ou handicapées. Malette prévention des maltraitances : outils de dépistage annexe 2. Outils de dépistage des maltraitances en établissement. Clermont Ferrand: ALMA; 2013.
<https://www.alma63.fr/la-mallette-prevention-des-maltraitances>
74. Allô maltraitance personnes âgées et ou handicapées. Malette prévention des maltraitances : outils de dépistage annexe 3. Outils de dépistage des risques de dérives pour les soignants et les aidants. Clermont Ferrand: ALMA; 2013.
<https://www.alma63.fr/la-mallette-prevention-des-maltraitances>
75. Commission nationale informatique et libertés. Délibération n°2024-024 du 29 février 2024 portant adoption d'une recommandation relative à la mise en place de dispositifs de vidéosurveillance au sein des chambres des établissements accueillant des personnes âgées. Paris: CNIL; 2024.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049491416>
76. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288240/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide
77. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé. Aide à l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en établissements sanitaires et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/eias_aide_analyse_esms_2022-06-21_16-23-45_666.pdf

Participants

Les professionnels suivants ont été conviés à une réunion d'information préalable d'échanges. Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture.

- Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF)
- AIRe (Association des ITEP et de leurs réseaux)
- Association nationale des conseils départementaux : en charge de l'autorisation et du contrôle des services d'aide à domicile, des résidences-autonomie (ex-logements-foyers) et des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), fixe les tarifs des prestations des établissements et services habilités
- Association nationale des directeurs et cadres d'ESAT (ANDICAT)
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)
- Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Conférence des présidents de CME-ESPIC
- Conseil national professionnel infirmier (CNPI)
- Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL)
- Fédération 3977 contre les maltraitances
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
- Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP)
- Fédération des spécialités médicales (FSM)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)
- Fédération nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI)
- Fédération Sésame Autisme
- France Alzheimer
- France Assos Santé
- Les Petits Frères des pauvres
- Nexem (organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif)
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

Groupe de travail

Le groupe de travail comprenait vingt-cinq membres.

Sept réunions de ce groupe de travail ont permis de réaliser ce guide.

Mme Laurence Chazalette, cheffe de projet, (UDCAP/SBP/DAQSS), HAS, Saint-Denis

Dr Marie-José Moquet, Responsable de l'UDCAP (SBP/DAQSS), HAS Saint-Denis

M. Jonathan Baret, qualicien, agence régionale de santé du Centre-Val de Loire, Orléans

Mme Françoise Bastier*, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Gourville

Mme Agnès Brousse, Coordinatrice du Pôle Bientraitance droit des personnes vulnérables, Paris

Mme Axelle Carton, ingénieur qualité et gestion des risques, Toulouse

Mme Lucienne Claustres-Bonnet, infirmière libérale et formatrice, L'Isle-sur-la-Sorgue

M. Didier Duplan, membre d'un CVS, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Nanterre

Mme Christine Foret, aide-soignante en EHPAD, Dampierre

Mme Martine Frager-Berlet, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Paris

Mme Sabine Giordano, directrice générale associée d'établissement sanitaire, Bouc-Bel-Air

Dr Monique Girard-Hadjadj, médecin coordonnateur en EHPAD, Le Pontet

Dr Sylvie Gonin, médecin référent autonomie, Guyancourt

Dr Alain Jacob, médiateur, Saint-Denis

M. Pascal Leclerc, directeur d'établissement, pôle hébergement et vie sociale, Vire

Mme Élodie Lounassi, directrice des soins en EHPAD, Cormeilles-en-Parisis

*expert ne souhaitant pas endosser ce guide.

Mme Marion Lucas, chargée de mission qualité, Nantes

Mme Marie-Noëlle Maillard, directrice adjointe, pôle social et éducatif, Paris

Mme Aurore Mambriani, kinésithérapeute libérale, Langres

Dr Philippe Marissal, médecin généraliste, Artemare

Mme Murielle Martinez, aide-soignante EHPAD, Vouneuil-sous-Biard

Dr Sophie Moulias, gériatre hospitalière et éthicienne, Boulogne-Billancourt

Mme Danièle Nahoum-Sokolowski, psychologue, accueil de jour et plateforme d'accompagnement et de répit, usagers des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Le Pontet

M. Daniel Quagliaroli, membre de CVS en EHPAD, vice-président association inter-CVS, Essonne

M. Laurent Robin, notaire honoraire, représentant associatif, Biarritz

M. Jérémy Ropion, éducateur spécialisé CHRS, Toulouse

Mme Olivia Tissier, coordinatrice sociale centre d'hébergement d'urgence, Toulouse

M. Christian Zobrist, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Montbéliard

Experts auditionnés

Mme Anne Battut (ARS IDF), Mme Nelly Boussyguine (ARS IDF), Mme Alice Casagrande (CIVIISE), Mme Sylvie Johannidis (ARS IDF), Mme Valérie Jovelin-Peigne (ARS IDF), M. Sylvain Denis (Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge), Dr Isabelle Nicoulet (ARS IDF), M. Renaud Miguet-Andrei (ARS IDF), Mme Alison Passieux (Usager du système de santé), M. Denis Piveteau (Conseiller d'état), M. Loïc Ricour (Défenseur des droits), Mme Noémie Terrien (FORAP), M. Jean -Luc Termignon (ARS IDF)

Groupe de lecture

Mme Magali Assor, cheffe de projet, réflexion éthique, lutte contre les maltraitements, au sein d'une association, Paris

Mme Vanessa Aubard, référente régionale réclamations, cellule maîtrise des risques en santé ARS, Nantes

Mme Sylvie Baraille, bénévole associatif, Bozouls

Mme Katia Barro, Fédération Hospitalière de France, Paris

Mme Éveline Bastille, directrice pôle hébergement, au sein d'une association, Amiens et Île-de-France

Mme Sabrina Bayle, chargée de développement et innovation, économie solidaire et sociale, Saint-Étienne

Mme Catherine Belin, cadre supérieure de santé retraitée, Paris

Mme Réjane Bellec, responsable qualité, gestion des risques et RSE, secteur handicap, Lorient

Dr Ingrid Binot, gériatre hospitalière, Boulogne-Billancourt

Pr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre hospitalière, Marseille

Dr Nicolas Boudet, gériatrie en EHPAD USLD, Narbonne

M. Benjamin Caniard, directeur d'établissement médico-social, FHF, Paris

Mme Hélène Carrere, usagère du système de santé, Toulouse

Mme Agnès Champion, sous-directrice inspection-contrôle, ARS, Euralille

Mme Christine Charnay Heitzler, directrice du pôle développement et innovation sociale au sein d'une association, Marseille

Mme Marie Chatagnon, chargée de projet addiction précarité au sein d'une association, Paris

Mme Cécile Chevalier, direction générale, responsable de la mission inspection contrôle, ARS, Caen

Mme Hélène Clari, usagère du système de santé, Ville

Mme Élodie Corcuff, cheffe de projet soutien aux aidants, CNSA, Paris

Mme Sandrine Courtois, Fédération Hospitalière de France, Paris

M. Sébastien Coulomb, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Paris

M. Pierre Czernichow, Fédération 3977 contre les maltraitements, Paris

Dr Christophe Decoene, coordonnateur médical sécurité et qualité des soins, Seclin

Mme Anne-Hélène Decosne, directrice formation et parcours professionnels, Puteaux

Dr Geneviève Demoures, usagère du système de santé, Annesse-et-Beaulieu

M. Philippe Domingues, directeur adjoint, inspection ARS, Saint-Denis

M. Roland Dysli, directeur association des ITEP, Anjoutey

M. Stéphane Fabri, masseur-kinésithérapeute libéral, Montpellier

M. Antoine Fraysse, délégué fédéral au sein d'une association en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, Clichy

M. Loïc Galvez, directeur adjoint d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, Bourgoin-Jallieu

Mme Carole Gauvrit, aide-soignante, Paris

Mme Véronique Ghadi, directrice adjointe qualité et démocratie en santé, ARS, Montpellier

Mme Claire Gue, éducatrice spécialisée, CRIP, Nanterre

Mme Anne-Frédérique Guillou, responsable qualité au sein d'une association, Nantes

Mme Martine Jourdain Bernard, cheffe de projet qualité au sein d'une association, Bordeaux

Mme Danièle Langlois, usagère du système de santé, Paris

Mme Alexandra Magnes, coordinatrice réseau hémi-régional des violences intrafamiliales, Angers

Mme Éveline Malaquin-Pavan, cadre supérieure de santé retraitée, Paris

Mme Martine Manneville, personne ressource au sein d'une association d'entraide, Tomblaine

Mme Christine Meignien, usagère du système de santé, Toulouse

Mme Anne Monge, conseillère médicale handicap, ARS, Lyon

M. Jean-Marie Muller, association d'entraide, Tomblaine

M. Laurent Muzzolini, chef de service au sein d'une association d'accompagnement social, Lille

Mme Isabelle Noyon, association qualité des soins et sécurité des patients, Les Abymes

Mme Angélique Pauthier, juriste en droit de la santé au sein d'une association en faveur d'enfants inadaptés, Saint-Étienne

Mme Sabine Paysant, sage-femme hospitalière clinicienne et coordonnatrice, Le Cateau-Cambrésis-Caudry

Dr Bernard Poch, Fédération 3977 contre les maltraitements, Dax

M. Julien Prim, directeur d'une association qualité des soins et sécurité des patients, Paris

Mme Anne-Lise Py, travailleuse sociale, Arthès

Dr Claude Rabatel, coordonnateur EHPAD, Paris

Dr Catherine Rey-Quinio, conseillère médicale politique du handicap, ARS Ile-de-France

Mme Marie-Jeanne Richard, usagère du système de santé, Paris

M. Sébastien Ripoche, responsable département parcours des personnes âgées, ARS, Nantes

Mme Éveline Saint-Marc, infirmière retraitée, Paris

Dr Christophe Schmitt, psychiatre en EPSM, Metz

Pr Sophie Siegrist, médecin généraliste, Le Ban-Saint-Martin

Dr Isabelle Tangre, médecin gériatre, association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Paris

Dr Jean-Luc Termignon, médecin adjoint service inspection, ARS Ile-de-France

Mme Noémie Terrien, coordonnatrice responsable au sein d'une association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Nantes

Mme Anne-Julie Vaillant-Ciszewicz, gérontopsychologue, Nice

Mme Noëlle Vidal, chargée de mission paramédicale, au sein d'une association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Armentières

Dr Didier Vincent, médecin généraliste, médecin coordonnateur en EHPAD, Vertou

Mme Méline Vittu, chargée de mission qualité en alternance au sein d'une association en faveur de personnes en situation d'exclusion, Lille

Groupe Test

Mme Barbier Marie-Line, travailleuse sociale éducatrice spécialisée ; Mme Bernier Anne, infirmerie MAS/FAM ; Dr Binot Ingrid, cheffe de pôle médico-social ; Mme Bonnemazou Sylvie ; Mme Busca Michèle, responsable qualité ; Mme Castant Marion, FF cadre de santé en USLD ; Mme Chibane Dalila, aide-soignante, service gériatrie ; Mme Corbé Élodie, cheffe de service ; Mme Cristiano Stéphanie, directrice EHPAD ; Mme De Ritzo Nathalie, aide médico-psychologique ; Mme Ducassou Charlotte, éducatrice spécialisée, foyer d'hébergement ; Mme Fradin Anaïs, travailleuse sociale ; Mme Gaborit Pauline, monitrice éducatrice foyer de vie ; Mme Girandier Viviane, aide-soignante ; Mme Kabach Isabelle, cadre de santé ; Mme Le Foll Élisabeth, responsable qualité, association d'aide aux personnes handicapées mentales et inadaptées ; Mme Leroux Morgane, groupement pour l'insertion des personnes handicapées psychiques ; Mme Magalon Amélie, aide-soignante ; Mme Martinez Kelly, cheffe de bureau, Accueil de jour ; Mme Noc Rose, aide-soignante ; Dr Pépin Marion, MCUPH, gériatre ; Mme Piffeteau Laurie, psychologue-neuropsychologue ; Mme Pineaud Audrey, cheffe de service ; Mme Poujoulat Claire, responsable de service SAMSAH/SAVS ; Mme Ricard Christelle, responsable qualité ; Mme Rubera Joëlle, directrice ; Mme Savann Johanna, coordinatrice sociale ; Mme Talazac Audrey, responsable projets qualité ; Mme Terrasse Léonora.

Remerciements

Eric Darvoy (assistant de communication/DCIEU) ; Floriane Gasto (juriste à la mission juridique) ; Isabelle Dorléans (cheffe de projet SCES/DAQSS) ; Laure Misrahi (chef de projet au SEVOQSS/DAQSS) ; Candice Legris (adjointe au chef de service SEVOQSS/DAQSS) ; Aissatou Sow (adjointe chef de service SR/DIQASM) ; Manuela Cheviot (chef de service SR/DIQASM) ; Maryse Karrer (chef de projet au SEU/DCIEU) ; Joëlle André-Vert (chef de service du SEU/DCIEU) ; Isabelle Vazeilles (chef de projet au SR/DIQASM).

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ALARM (E)	Association of Litigation And Risk Management, méthode d'analyse des causes profondes. ALARMe : le « e » signifie extended, soit étendue
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CD	Conseil Départemental
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CDU	Commission des usagers
CGLPL	Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNDCH	Conférence Nationale des Directeurs de centre hospitalier
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CSE	Comité économique et social
CSSCT	Commission sociale et santé des conditions de travail
CVS	Commission de vie sociale
DDD	Défenseur des droits
DUERP	Dossier unique des risques professionnels
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EGM	États généraux de la maltraitance
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Évènement indésirable
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIG	Évènement indésirable grave
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
FALC	Facile à lire et à comprendre
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
GHU	Groupe Hospitalier Universitaire
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HAS	Haute Autorité de santé
LGBT+	Personnes lesbiennes (L), les gays (G), les bisexuel·les (B) et les trans (T). Le « + » dans le sigle LGBTI+ inclue les personnes qui ne s'identifient pas dans les normes hétérosexuelles ou binaires masculin/féminin.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONU	Organisation des Nations unies

QVT	Qualité de vie au travail
RETEX	Retour d'expérience
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RREVA	Réseau régional de vigilances et d'appui
SRA	Structure régionale d'appui
VAE	Validation des acquis de l'expérience professionnelle

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

