



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

**RAPPORT
D'ELABORATION**

Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité

7 juillet 2025

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) pour le secteur social et médico-social sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement. Elles reflètent le consensus autour de l'état de l'art et des connaissances à un moment donné.

Elles ne sauraient dispenser les professionnels d'exercer leur discernement dans l'élaboration et le choix de l'accompagnement qu'ils estiment le plus approprié, en fonction de leurs propres constats et des attentes des personnes accompagnées.

Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des repères, des orientations, des outils pour :

- développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l'accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données ;
- mettre en œuvre la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Descriptif de la publication

Titre	Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité
Méthode de travail	Méthode adaptée des « recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social »
Objectif(s)	Apporter des connaissances, des repères, des outils scientifiques et des pratiques professionnelles pour évaluer les risques de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité.
Cibles concernées	Tous les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire intervenant à domicile ou de proximité.
Demandeur	Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Mme Isabelle Vazeilles, cheffe de projet
Recherche documentaire	Mme Sophie Nevière, documentaliste Mme Estelle Divol-Fabre, assistante documentaliste
Auteurs	Mme Isabelle Vazeilles
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 7 juillet 2025
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 – juillet 2025 – ISBN : 978-2-11-172728-1

Sommaire

1. Contexte, objectifs, destinataires et acteurs concernés	6
1.1. Contexte	6
1.2. Objectifs des recommandations	7
1.3. Les destinataires et acteurs concernés	7
1.4. Délimiter le périmètre du guide	7
1.5. Méthodologie	8
2. Recherche documentaire, analyse bibliographique et recueil de pratiques	9
2.1. Objectifs	9
2.2. Stratégie de recherche et de réflexion documentaire	9
3. Maltraitements : éléments de définition	10
3.1. La maltraitance : une définition qui évolue	10
3.2. De la violence à la maltraitance en France : la loi du 7 février 2022	13
3.3. La maltraitance sur personnes en situation de vulnérabilité	15
3.4. La maltraitance intrafamiliale	18
3.4.1. Définition	18
3.4.2. État des lieux et des pratiques	19
3.4.3. Données épidémiologiques	19
3.4.4. Les caractéristiques de la maltraitance : avis des membres du GT	20
3.5. Repérer la maltraitance intrafamiliale	21
3.5.1. Les objectifs du repérage	22
3.5.2. Avis des membres du groupe de travail : identification des freins et des difficultés au repérage	23
3.5.3. Identifier les signaux d'alerte et les facteurs de risque	25
3.5.4. Identifier les situations/temporalités à risque	26
3.6. Protéger les plus vulnérables	28
4. La maltraitance sur personnes âgées	32
4.1. Définitions	32
4.2. Données épidémiologiques	32
4.3. La lutte contre la maltraitance des personnes âgées, une priorité de l'OMS	33
4.4. Facteurs de risque de maltraitance	35
4.5. Signaux d'alerte de maltraitance	36
4.6. Facteurs de protection	38
4.7. Temporalités à risque	39
4.8. La nécessité de développer la recherche sur la maltraitance des personnes âgées	40
5. Les violences conjugales	43

5.1. Définitions	43
5.2. Données épidémiologiques françaises	45
5.3. Facteurs de risque de violences conjugales	46
5.4. Temporalités à risque	48
5.5. Facteurs de protection	48
6. Les parents violentés	49
6.1. À propos de la définition	49
6.2. Des données épidémiologiques faibles	49
6.3. Facteurs de risque	50
6.3.1. Facteurs de risque pour les victimes	50
6.3.2. Facteurs de risque pour les auteurs	51
6.4. Les temporalités à risque sources	52
6.5. Un phénomène de violence qui fait débat	52
7. Repérer, évaluer, accompagner	64
7.1. Les grilles de repérage élaborées par les membres du GT	64
7.2. Évaluer	66
7.3. Proposer un suivi et un accompagnement	71
7.3.1. Accompagner les victimes	71
7.3.2. Repérer les aidants et les accompagner	71
7.3.3. Développer les compétences des professionnels	73
Table des annexes	75
Références bibliographiques	98
Participants	101
Abréviations et acronymes	103

1. Contexte, objectifs, destinataires et acteurs concernés

1.1. Contexte

Ce travail sur le repérage des risques de situations de maltraitance sur personnes majeures en situation de vulnérabilité s'inscrit dans le cadre d'une double saisine du cabinet du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées¹ pour :

- ➔ la réalisation d'un guide sur les pratiques de déploiement de la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissements (institutions sociales, médico-sociales ou sanitaires) ;
- ➔ l'élaboration d'un guide d'évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité dans l'objectif de renforcer et soutenir les professionnels dans leurs démarches d'évaluation, de repérage et d'accompagnement des situations de maltraitance.

Ce travail concerne cette seconde saisine.

Le constat d'une augmentation constante des signalements des maltraitances à domicile en intrafamilial (augmentation des signalements de maltraitance au 3977 et auprès de la DGCS), depuis la crise sanitaire de la Covid-19 et les périodes de confinement successives, est à l'origine de cette demande. « Entre 2020 et 2021, dans un contexte de libération de la parole et d'amélioration de l'accueil des victimes par les services, le nombre de victimes de violences intrafamiliales non conjugales enregistrées a progressé de 16 %. Sur la même période, ces violences ont augmenté de 19 % pour les mineurs et de 7 % pour les majeurs. Depuis 2016, elles ont augmenté de 90 % pour les mineurs (contre 35 % pour les majeurs) » (1).

L'élaboration de ce travail s'inscrit plus largement dans la réflexion relative à la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances initiée en septembre 2022 par le ministre Jean-Christophe Combe². Depuis, cette stratégie a été lancée en mars 2024 par Fadilla Khattabi (ministre déléguée chargée des Personnes âgées et des Personnes handicapées), elle fait référence à ce travail de la HAS dans l'Axe 1 « Prévenir et lutter contre les maltraitances à domicile »³.

¹ Saisine du 6 décembre 2022.

² En parallèle, plusieurs missions ont été confiées à d'autres instances pour contribuer aux orientations de cette stratégie nationale de lutte contre les maltraitances :

1- Saisine de l'IGAS, IGA, IGJ : évaluation des circuits d'alerte et de signalement de la maltraitance en établissements et services sociaux et médico-sociaux des secteurs handicap, grand âge, petite enfance, précarité, protection de l'enfance et de la jeunesse.

2- Saisine du HCSP : état des lieux des connaissances disponibles sur le sujet des maltraitances envers les publics en situation de vulnérabilité (maltraitances intrafamiliales et au sein des institutions).

3- Saisine de la Conférence nationale de santé : réflexion sur la manière d'associer au mieux les parties prenantes des territoires représentées dans les instances de la démocratie en santé régionales et départementales à la lutte contre les maltraitances et dans les ODPE (dimension démocratique).

³ Axe 1 « Faire respecter les droits des personnes » ; Mesure 1.3 : « Prévenir et lutter contre les maltraitances à domicile ».

1.2. Objectifs des recommandations

Proposer aux professionnels (tous les professionnels intervenant à domicile ou de proximité) un guide et des grilles de repérage des risques de maltraitements intrafamiliaux sur personnes majeures en situation de vulnérabilité qui permettront de :

- ➔ Se rassembler autour d'un vocabulaire transversal de la maltraitance partagé par tous les professionnels (sanitaire, social et médico-social)
- ➔ Développer une culture commune et une meilleure connaissance du phénomène de la maltraitance intrafamiliale, ses caractéristiques et conséquences sur la victime, mais également sur la famille et leurs proches
- ➔ Identifier les signaux d'alerte et les facteurs de risque de maltraitance qui pourront éveiller leur vigilance et soutenir leur évaluation et expertise
- ➔ Mieux recueillir les informations dans le respect de la vie privée et des liens d'attachement forts et complexes qui unissent les membres de la famille
- ➔ Évaluer les situations de risque de manière globale en structurant leur démarche de questionnement et d'analyse
- ➔ Mieux protéger et accompagner les personnes majeures vulnérables face à une situation de risque de maltraitance

1.3. Les destinataires et acteurs concernés

➔ Les destinataires

- Professionnels engagés dans l'aide, le soin et l'accompagnement des publics vulnérables et/ou en situation de vulnérabilité
- Professionnels de la protection juridique des majeurs
- Services de police et de la gendarmerie et intervenants sociaux en commissariat ou gendarmerie
- Professionnels des départements et agences régionales de santé en charge d'analyser et de répondre aux situations de maltraitance

➔ Autres acteurs concernés

- Majeurs vulnérables/en « situation de vulnérabilité » susceptibles d'être victimes de maltraitance dans la sphère intrafamiliale, quel que soit leur lieu de vie
- Famille, entourage proche de ces personnes
- Personnes engagées, bénévoles dans le secteur associatif

1.4. Délimiter le périmètre du guide

Afin de répondre à la demande d'élaboration d'un guide et d'une grille de repérage sur la maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de handicap, il a été décidé de se focaliser dans un premier temps sur :

- ➔ La maltraitance sur ascendant(s) : avec une attention plus particulière sur deux types de populations distinctes :
 - Violence des « grands adolescents/jeunes adultes » sur leurs parents : « parents violents »
 - Maltraitance sur personnes âgées
- ➔ La violence conjugale : qui nécessite une analyse supplémentaire quant au repérage des facteurs de risque et signaux d'alerte, notamment en direction des professionnels du social et médico-social

Ne seront pas abordés ainsi dans ces travaux :

- les maltraitances et violences sur enfants mineurs (se reporter au volet 3 du cadre national de référence : évaluation globale des enfants en danger ou risque de danger) (2)⁴ ;
- les maltraitances sur enfants de plus de 18 ans, considérant que cette thématique fera l'objet d'une prolongation d'analyse dans une fiche repère ultérieure venant poursuivre le travail réalisé au sein du cadre de référence « enfants en danger » ;
- les maltraitances sur autres membres de la famille qui feront l'objet d'une réflexion ultérieure ;
- les circuits d'alerte et de signalement de la maltraitance (saisine IGAS) ;
- la prise en charge des situations de maltraitance et l'accompagnement des personnes après la confirmation de la situation.

1.5. Méthodologie

Le guide a été réalisé selon la méthode d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)⁵ qui suppose :

- la réalisation d'une analyse critique de la littérature scientifique (avec l'appui de chargés de projet) ;
- la mise en place d'un groupe de travail d'experts (cf. partie dédiée) ;
- le recours à des méthodes complémentaires de recueil des données auprès des acteurs du champ concerné (entretiens individuels et collectifs, auditions) ;
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture (dont la composition s'appuie sur les mêmes critères que le groupe de travail) et par les parties prenantes.

⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_1.pdf

⁵ Guide méthodologique des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) : [Haute Autorité de santé – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social \(has-sante.fr\)](#)

2. Recherche documentaire, analyse bibliographique et recueil de pratiques

2.1. Objectifs

Deux principaux objectifs ont été poursuivis à travers l'analyse documentaire et le recueil de pratiques par entretiens :

- repérer et analyser les synthèses de la littérature nationale et internationale (épidémiologie, articles scientifiques et études d'intervention, guides, grilles et outils de repérage) disponibles sur le sujet des maltraitances intrafamiliales ;
- appréhender dans le contexte français les situations de maltraitance intrafamiliale et repérer les guides et outils de repérage existants, même lorsque ces derniers n'ont pas fait l'objet de publication et/ou n'ont pas été évalués de manière systématique.

Cette stratégie combine une recherche ciblée de la littérature scientifique avec une approche plus empirique et inclusive des données françaises permettant de dégager le paysage global des connaissances et expériences sur le sujet.

La recherche et la sélection documentaires ont comporté deux volets :

- une recherche documentaire et une sélection de documents permettant une compréhension globale des enjeux du sujet. Elle a permis notamment d'établir la bibliographie de la note de cadrage et a donné lieu à une veille documentaire pendant la durée du projet. Ce volet de la bibliographie a été également alimenté par les publications identifiées par le groupe de travail ;
- une recherche plus approfondie et plus ciblée sur les publications internationales disponibles sur les maltraitances intrafamiliales d'une part et leur repérage d'autre part. Une mise à jour de la recherche a été effectuée jusqu'en mai 2024.

2.2. Stratégie de recherche et de réflexion documentaire

La recherche documentaire se définit par une démarche systématique et explicite d'identification, d'obtention et de traitement bibliographique de données. Elle constitue la première étape d'une revue de littérature qui comprend par ailleurs l'analyse et la synthèse de littérature.

À la HAS, la stratégie de recherche documentaire fait partie des méthodes d'élaboration des publications. Elle est assurée par le service documentation veille (SDV).

La stratégie de recherche est détaillée en annexe 1.

Au total, 223 documents ont été retenus, référencés, documentés et utilisés lors des groupes de travail pour le guide et de manière plus approfondie pour le rapport d'élaboration.

3. Maltraitements : éléments de définition

3.1. La maltraitance : une définition qui évolue

En 1987, le Conseil de l'Europe ne parle pas de maltraitance mais de violence qu'il définit comme : « 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. »

En 1992, il a complété cette définition par une classification des actes de maltraitance selon 7 catégories : violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, négligences passives, privations ou violations de droits comme **l'expose le tableau ci-dessous (3)**.

	Exemples de violences
Violences physiques	Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
Violences psychiques ou morales	Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
Violences médicales ou médicamenteuses	Vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
Violences médicales ou médicamenteuses,	Défaut de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur...
Négligences actives	Toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire...
Négligences passives	Négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage...
Privations ou violations de droits	Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

Depuis 2002, les organismes internationaux se sont dotés d'une définition de la maltraitance.

En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la maltraitance « comme un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime ».

L'ONU ne définit pas la maltraitance mais la violence : « La violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée. »

Cette volonté de se doter d'une définition va s'étendre à certains pays, comme au Québec dès 2015 :

« Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d'action appropriée, singulier ou répétitif, se produit dans une relation avec une personne, une collectivité ou une organisation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse chez une personne adulte » (4).

Il est important de souligner qu'il existe ainsi une pluralité de définitions et de typologies qui diffèrent selon les institutions, les pays et les cultures.

Toutes définitions de la maltraitance et toutes typologies associées ne restent pas statiques, elles évoluent en lien avec les nouveaux savoirs. Au Québec, par exemple, un comité de terminologie composé d'experts pluridisciplinaires a fait évoluer au fil des années la définition de la maltraitance afin qu'elle soit le reflet des avancées scientifiques et cliniques. En effet, dans la typologie proposée par le Québec sont apparus en 2017 la maltraitance institutionnelle et l'âgisme. Quant à la négligence, elle n'a plus été considérée comme un type de maltraitance, mais est devenue transversale à toutes les autres maltraitements. Ainsi, chacune des 7 maltraitements se décline en violence et en négligence comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous.

Types de maltraitance	Violence	Négligence
Maltraitance psychologique	Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités, propos xénophobes – sexistes, homophobes – biphobes ou transphobes, etc.	Rejet, isolement social, indifférence, désintéressement, insensibilité, etc.
Maltraitance physique	Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication,	Privation des conditions raisonnables de confort, de sécurité ou de logement, non-

	utilisation inappropriée de conten- tions (physiques ou chimiques), etc.	assistance à l'alimentation, à l'habillement, à l'hygiène ou à la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.
Maltraitance sexuelle	Propos ou attitudes suggestifs, blagues à caractère sexuel, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle imposée), etc.	Privation d'intimité, traiter la personne âgée comme un être asexuel et/ou l'empêcher d'exprimer sa sexualité, etc.
Maltraitance matérielle ou financière	Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consente- ment (utilisation d'une carte ban- caire, transactions internet, etc.), détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des ser- vices rendus, transaction contrac- tuelle ou assurantielle forcée ou dissimulée, usurpation d'identité, si- gnature de bail sous pression, etc.	Ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne ou ne pas fournir les biens néces- saires, ne pas s'interroger sur l'aptitude d'une personne, sa compréhension ou sa littéra- ture financière, etc.
Maltraitance organi- sationnelle	Conditions ou pratiques organisa- tionnelles qui excluent les personnes âgées des prises de décisions qui les concernent, qui entraînent le non-respect de leurs choix ou qui li- mitent de façon injustifiée l'accès à des programmes d'aide, etc.	Offre de soins ou de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisa- tionnelle réduite, procédure administrative complexe, for- mation inadéquate du person- nel, personnel non mobilisé, etc.
Âgisme	Imposition de restrictions ou de normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à cer- taines ressources ou à certains ser- vices, préjugés, infantilisation, mépris, etc.	Indifférence à l'égard des pra- tiques ou des propos âgistes lorsque l'on en est témoin, etc.
Violation de droits	Imposition d'un traitement médical, dénier du droit de choisir, de voter, d'avoir son intimité, d'être informé, de prendre des décisions ou des risques, de recevoir des appels télé- phoniques ou de la visite, d'exprimer	Non-information ou mésinfor- mation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exer- cice de ses droits, non-recon- naissance de ses capacités,

	son orientation sexuelle, romantique ou son identité de genre, de pratiquer sa religion ou sa spiritualité, etc.	refus d'offrir des soins ou des services, lorsque justifiés, etc.
--	--	---

Au Québec, la violation des droits et l'âgisme constituent deux types de maltraitance en soi tout en pouvant être transversaux aux cinq autres types de maltraitance.

Cette vision contribuerait à inclure dans toute action de lutte contre la maltraitance la défense des droits.

L'exemple du Québec est intéressant. Il montre d'abord que les définitions évoluent en fonction des avancées scientifiques, mais également des évolutions et attentes de la société. L'évolution des définitions ensuite participe à l'adoption de nouvelles politiques publiques comme celles dédiées au Québec visant à réduire les discriminations liées à l'âge.

3.2. De la violence à la maltraitance en France : la loi du 7 février 2022

En France, la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 instaure une nouvelle définition de la maltraitance par la création de l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cette définition est le résultat de la démarche de consensus pour l'élaboration d'un vocabulaire partagé, pilotée de 2019 à 2021 par la Commission nationale pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance (5).

Définition maltraitance – Article L. 119-1 du CASF

« La maltraitance au sens du présent 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 souligne la complexité et le caractère polymorphe de la maltraitance et élargit la définition précédemment employée, auparavant limitée à la seule notion de violence⁶.

La maltraitance, telle que définie à l'article L. 119-1 du CASF, est distincte des infractions commises avec violence, réprimées par le Code pénal. Par exemple, le vol à l'arraché d'un sac à main en pleine rue avec bousculade et mise à terre de la personne victime est considéré comme une violence faite à autrui, sans que cette atteinte soit pour autant qualifiée d'acte de maltraitance.

La nouvelle définition de la maltraitance repose sur **la réunion de 4 critères** :

- tout geste, parole, action ou défaut d'action ;

⁶ Le Conseil de l'Europe, en effet, en 1987, posait qu'une violence se caractérisait 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 » et parlait alors de « violence ».

- visant toute personne en situation de vulnérabilité ;
- qui compromet ou porte atteinte à son développement, ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé ;
- et qui intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement ((5).

Cette définition prend en compte la situation dans laquelle se produit la violence et pose que la maltraitance s'inscrit davantage dans une relation déséquilibrée, asymétrique, caractérisée par la confiance, la dépendance, la domination ou l'emprise d'une personne sur une autre. Elle opère ainsi une distinction claire entre violence et maltraitance (même si la violence peut en être une composante ou le devenir).

Cette définition précise également que la maltraitance peut être ponctuelle ou durable, intentionnelle ou non. L'origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Deux composantes peuvent être associées à la maltraitance : la violence et la négligence.

« Sont par conséquent, concernés :

- aussi bien des actes que des omissions ;
- aussi bien les atteintes, pénalement réprimées, aux personnes ou aux biens, que des blessures morales, des situations d'emprise mentale ou de « simples » humiliations ;
- aussi bien ce qui se passe en institution qu'au domicile ;
- aussi bien les interventions professionnelles que les actes commis dans un cadre domestique ;
- aussi bien les gestes délibérés que les gestes involontaires ou inconscients ;
- etc. » (5).

Les types de maltraitance (5)

Maltraitements physiques	Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation...
Maltraitements sexuelles	Tout acte sexuel commis avec violence, menaces, surprise sans consentement (attouchement, viol, atteinte à la pudeur...)
Maltraitements psychiques ou morales	Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
Maltraitements médicaux ou médicamenteux	Défaut de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur...
Maltraitements matérielles ou financières	Vols, escroqueries matérielles ou financières diverses, dégradation de matériel, du logement...

Les discriminations	Traitement négatif ou rejet des personnes en fonction de leur origine, orientations religieuses ou sexuelles, âge, handicap, apparence physique : homophobie, racisme, âgisme, grossophobie...
----------------------------	--

Au sein des maltraitements par négligence et/ou omission, on opère fréquemment une distinction entre :

Négligences (actives/passives)	Toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire... ou relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage
Privations ou violations de droits, des libertés	Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, atteinte à la dignité, d'une pratique religieuse, confiscation des titres d'identité...
Privation de soin, notamment des besoins fondamentaux	Limitation des repas, défauts d'hygiène...
L'exposition à un environnement violent	Environnement familial dans lequel la personne est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs.

Enfin, il faut spécifier les degrés divers de maltraitance (type, fréquence, caractère volontaire ou non intentionnel, intensité, répétition, gravité). Les actes de maltraitance peuvent être ponctuels, répétés ou fréquents, avec des niveaux de sévérité plus ou moins élevés. Certains actes ou comportements peuvent être sévères et passibles de poursuites pénales. En tout état de cause, la maltraitance entraîne des conséquences importantes sur les personnes qui la subissent sans pouvoir le plus souvent y faire face, voire la faire cesser.

3.3. La maltraitance sur personnes en situation de vulnérabilité

Du latin « vulnus, vulnerus » (la blessure) et « vulnerare » (blesser, entamer, porter atteinte, faire mal, froisser, offenser), la vulnérabilité convoque deux notions : « la fêlure d'une part (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte) ; la blessure d'autre part (qui matérialisera l'atteinte) » (6).

La vulnérabilité est un concept polysémique dont les limitations et applications ne sont pas clairement et définitivement définies, et qui se construit au fur et à mesure des textes et jurisprudences, réflexions des sciences humaines et sociales, etc.

Définition

Le Larousse propose que la vulnérabilité représente « le caractère vulnérable de quelque chose ou de quelqu'un ». Poursuivant cette piste, ce qui est « vulnérable » est « exposé à recevoir des blessures,

des coups, est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi, qui, par ses insuffisances, ses imperfections, peut donner prise à des attaques⁷ ».

Selon Roux-Demare (7), la vulnérabilité se « définit plus largement au regard de toute fragilité morale ou matérielle, individuelle ou sociale à laquelle une personne se trouve exposée ». Elle tend à caractériser progressivement aujourd'hui (ce qui n'était pas autant le cas au XX^e siècle) l'ensemble des personnes se trouvant dans le besoin d'être soutenues, accompagnées et/ou protégées.

Le terme de « vulnérabilité » est cité dans de très nombreuses occurrences au sein des textes législatifs français (Code pénal, Code de l'environnement, Code de l'action sociale et des familles, Code de la route, etc.) et internationaux (par exemple : la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille de 1990). Elle constitue un facteur d'aggravation de la peine (par exemple en cas de viol : article 222-24 du Code pénal) et des infractions spécifiques (CRR Bourgogne-Franche-Comté). En ce qui concerne le concept juridique de « particulière vulnérabilité », il s'agit de l'âge, de la maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse.

Au niveau des textes européens l'on retrouve des dispositions très générales protégeant des suspects ou des personnes poursuivies ne pouvant pas comprendre ou suivre le contenu ou le sens de la procédure pénale (en raison de leur âge ou de leur état mental ou physique⁸, les personnes allaitantes, etc.). La Cour européenne des droits de l'Homme mobilise très régulièrement la notion pour protéger des personnes vulnérables.

Roux-Demare (2019) (7), développe que c'est au sein du Code pénal que la notion de « vulnérabilité » est la plus présente.

Guérin *et al.* (8), soutiennent que le droit des majeurs protégés « constitue le berceau juridique de la notion de vulnérabilité ». Il s'agit alors de distinguer, lorsque l'on aborde ce concept, ce qui relève du régime de majeurs protégés (curatelle, tutelle, etc.), d'une approche plus large des personnes vulnérables au sens de la loi et des sciences humaines et sociales.

En effet, il va s'agir de penser la vulnérabilité au regard du rapport au droit, et non uniquement en tant que résultante uniquement d'une carence ou d'une déficience physique, psychique ou intellectuelle. Et cette reconnaissance de situations de vulnérabilité rencontrées et éprouvées par des personnes aux parcours très diversifiés invite à mettre en place des systèmes de compensation (au sens de la loi de 2005). Il existe en effet des parallèles à établir entre la vulnérabilité et la situation de handicap. Dans les deux cas, la fragilité de la personne n'est pas uniquement la résultante de caractéristiques intrinsèques (comme l'âge pour un enfant ou la santé pour un adulte – pensons aux femmes enceintes), mais bien de l'inadaptation de l'environnement à des particularismes psychiques, physiques et/ou intellectuels, freinant la personne dans l'accès à ses droits, dans l'expression de ses potentialités et capacités, dans le développement de son autodétermination.

La notion de vulnérabilité recouvre donc de nombreuses situations et est toujours soumise à l'appréciation de certaines instances (CDAPH, juges, etc.). Retenons qu'elle est la résultante de difficultés intrinsèques, mais aussi et surtout d'interactions conjoncturelles (9) avec un environnement pas toujours adapté à l'accueil et à la valorisation des personnes accompagnées par les ESSMS. Elle est liée

⁷ Définitions : vulnérable – Dictionnaire de français Larousse

⁸ UE, directive 2012/13/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 relative au droit à l'information dans le cadre des procédures pénales, JOUE n° L 142, 1^{er} juin 2012, p. 5 (considérant n° 11 et article 3 § 2) ; UE, Résolution du Conseil du 30 novembre 2009 relative à la feuille de route visant à renforcer les droits procéduraux des suspects ou des personnes poursuivies dans le cadre des procédures pénales, JOUE n° C 295, 4 décembre 2009, p. 3 (mesure E).

à la question de la protection (7)⁹. Elle renvoie également aux expériences de vie des individus (et aux contextes dans lesquels ces derniers évoluent. Une troisième catégorie proposée par Roux-Demare est la vulnérabilité de la personne subissant une discrimination.

Elle appelle donc une réflexion globale à propos des conditions concrètes d'exercice des droits de la personne, entre protection (parfois juridique), promotion de son autodétermination, consentement et temporalité de la vulnérabilité. Elle n'est en effet pas systématiquement un état intrinsèque permanent mais la conjonction de nombreux facteurs.

« Être vulnérable, c'est faire face à une forte probabilité de subir un préjudice identifiable sans avoir les moyens ou les habiletés de se défendre ». (10). Néanmoins, le droit ne considère pas la vulnérabilité comme un amoindrissement de la personne juridique, mais comme une phase (temporaire, évolutive ou définitive) pour laquelle il convient de prévoir des mesures de protection adaptées.

À retenir

- Le Code pénal français sanctionne de 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende la non-dénonciation de mauvais traitement ou d'atteinte sexuelle infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse (article 434-3 du Code pénal).
- La personne vulnérable peut être éventuellement placée en mesure de protection si son état le justifie (sauvegardes, curatelles, tutelles, habilitation familiale, etc.).
- La vulnérabilité de la victime peut provoquer une aggravation de la peine encourue par l'auteur de l'infraction (agression physique ou sexuelle, vol, escroquerie, abus de faiblesse, etc.).
- La vulnérabilité de la victime permet l'engagement des poursuites sans plainte.

En revanche, la notion de « situation de vulnérabilité » est plus difficile à cerner du fait de nombreux facteurs de vulnérabilité qui souvent se cumulent.

Si la vulnérabilité dépend de l'état et des caractéristiques propres de la personne elle-même (maladie/âge/handicap/déficience/altération des facultés mentales et physiques, état de grossesse), la vulnérabilité dépend aussi de la relation dans laquelle la personne est en lien avec les autres (relation d'aide équilibrée ou relation asymétrique de dépendance forte, d'emprise ou d'isolement).

C'est pourquoi on parle aujourd'hui, en lien avec la nouvelle définition de la maltraitance, de « situation de vulnérabilité ». En effet, aujourd'hui, la vulnérabilité tend à caractériser progressivement l'ensemble des personnes se trouvant dans le besoin d'être soutenues, accompagnées et/ou protégées. Ainsi, on peut estimer qu'une personne adulte est vulnérable à partir du moment où elle n'a plus la capacité de faire face, seule et de façon autonome, à la gestion de ses intérêts (financiers, bien-être physique et mental, besoins fondamentaux, préservation de ses droits et libertés, etc.).

De même, une personne adulte devient une personne « en situation de vulnérabilité » lorsque la relation qui la lie avec les autres est caractérisée par une forte dépendance, une domination physique et/ou psychologique, un isolement qui l'empêche de veiller à la gestion de ses intérêts, de son bien-être, de ses droits fondamentaux, de ses libertés, etc.

⁹ Voir l'article L. 116-1 du CASF.

La notion « en situation de vulnérabilité » souligne également la réversibilité de ce statut qui peut évoluer. La vulnérabilité n'est plus définie seulement comme « un état de fait irréversible mais une situation appelée à évoluer : elle relève dans bien des cas d'une éventualité et non d'une nature de la personne qu'elle concerne, elle peut être aussi ponctuelle et réversible. En effet, elle est soumise à des facteurs individuels, mais aussi des facteurs environnementaux et relationnels » (5).

L'évaluation de la situation de vulnérabilité est un processus complexe. L'adulte en situation de vulnérabilité peut s'exposer à des risques divers, par son propre comportement ou par l'attitude d'autres personnes, notamment celles qui partagent son existence et/ou son domicile. Ces risques peuvent toucher à son intégrité physique, matérielle ou psychologique.

En 2017, au Québec est adoptée une loi (la loi 6.3) qui vise à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ((3)¹⁰.

La « personne en situation de vulnérabilité » est définie dans cette loi comme « une personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique » (loi 6.3, art. 2 § 4).

Toute personne majeure vulnérable, sans nécessairement être handicapée ou âgée, est concernée par cette loi.

L'Écosse a préféré à « adultes vulnérables », « adultes en danger ». Elle a ainsi défini les circonstances pouvant entraîner ce risque (loi de 2007 sur l'aide aux adultes et la protection des adultes [Écosse]), également préconisée par la *Law Commission* (2011).

3.4. La maltraitance intrafamiliale

3.4.1. Définition

Les maltraitances intrafamiliales représentent toutes formes de maltraitance au sein d'une même unité familiale. Une famille peut être définie comme « un ensemble de personnes unies par un lien de parenté ou d'alliances » qui entretient des liens d'appartenance : famille restreinte (couple, parents, enfants) ou élargie (grands-parents, cousins, etc.).

Les violences intrafamiliales représentent donc l'ensemble « des violences psychologiques, physiques, sexuelles et/ou économiques entre individus liés par une relation privilégiée, d'alliance, de filiation ou de fratrie » (11). Ainsi, il faudrait considérer les acteurs de la violence intrafamiliale comme les membres d'une famille restreinte, mais aussi les personnes sans lien du sang mais appartenant à la famille (parrain, marraine, beau-père, beaux-enfants, etc.).

Les victimes peuvent être les enfants, le partenaire, les parents, les grands-parents, mais également d'autres membres de la famille (frères et sœurs ; neveux et nièces, cousins, belle-fille, etc.). Les liens familiaux affectifs forts sont inscrits dans des histoires de familles souvent complexes et parfois dysfonctionnelles. Cette maltraitance « au sein de la famille » est plus difficile à percevoir (souvent à « huis clos » au domicile), à repérer (signaux faibles) et à prendre en charge compte tenu des liens affectifs

¹⁰ Gouvernement du Québec (2018). Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Repéré sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-6.3>

et systèmes de loyauté qui unissent les membres de la famille et de la domiciliation commune de ses membres.

3.4.2. État des lieux et des pratiques

Cet état des lieux s'appuie sur des entretiens effectués auprès d'experts et de professionnels de terrain ainsi qu'un échange lors d'une réunion de pré-cadrage avec des membres du comité de concertation social et médico-social (acteurs des secteurs social et médico-social) de la HAS.

Les constats issus des entretiens corroborent les différents éléments issus de la littérature. Toutefois, les différents interlocuteurs ont insisté sur les points suivants.

- Les maltraitances intrafamiliales touchent tous les milieux sociaux mais la précarité économique favorise les cohabitations contraintes, notamment en ce qui concerne les violences sur ascendants. Lorsque les enfants ou petits-enfants reviennent vivre chez leurs parents ou grands-parents âgés, les raisons sont principalement économiques, de même que pour les jeunes majeurs qui habitent toujours chez leurs parents.
- L'alcool et la consommation de stupéfiants sont à la fois des facteurs de risque de maltraitance, des facteurs d'entretien des violences (déclenchement de crise et élévation de leur niveau d'intensité), mais aussi des conséquences de ces violences sur les personnes qui dans un tel contexte augmentent leur consommation de produits.
- Les maltraitances intrafamiliales s'inscrivent souvent dans des contextes de familles « dysfonctionnelles » où la violence verbale et la violence physique, notamment, sont présentes parfois sur plusieurs générations.
- La difficulté pour les professionnels du domicile est de repérer ces situations de maltraitance en famille, qui sont davantage dissimulées et étouffées (car en lieux clos) : la dénonciation d'actes de maltraitances et de violences est en effet moins fréquente en raison des liens familiaux forts, des systèmes de loyauté complexes entre membres d'une même famille et ainsi d'un niveau de culpabilité et de peur élevé des victimes.
- La crainte des professionnels des représailles de la famille en cas de dénonciation d'un de ses membres est associée à la désillusion de voir leur signalement ne pas aboutir et/ou ne donner lieu à aucune prise en charge de la victime avec, de surcroît, le risque accru d'une augmentation des tensions et de la violence.
- Il est nécessaire de sensibiliser les proches, l'entourage aux situations de maltraitance et de mieux former les professionnels au « vocabulaire partagé » de la maltraitance et à l'analyse des facteurs de risque et signaux de maltraitance.

3.4.3. Données épidémiologiques

« La hausse des violences intrafamiliales s'est poursuivie en 2020 (+ 10 %), notamment lors du premier confinement (du 17 mars au 10 mai 2020), où l'isolement strict a pu exacerber les tensions au sein des familles. Les victimes de violences intrafamiliales subissent presque exclusivement des violences physiques (96 %) de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint (90 %) lorsqu'elles sont majeures, alors que les violences sexuelles sont plus fréquentes à l'encontre des mineurs (23 % des violences intrafamiliales sur mineur). La majorité de ces victimes sont des femmes : 77 % lorsqu'il s'agit de violences physiques et 85 % pour les violences sexuelles. Cependant, avant 15 ans, les garçons sont légèrement plus nombreux à subir des violences physiques » (12).

« En 2021, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 64 300 victimes de violences intra-familiales non conjugales, 47 900 au titre de violences physiques et 16 400 de violences sexuelles. Ces dernières sont presque toujours des violences de type viols, agressions ou atteintes sexuelles » (5).

3.4.4. Les caractéristiques de la maltraitance : avis des membres du GT

La maltraitance intrafamiliale se caractérise par :

→ Un huis clos et pas de témoins

« Le propre de la maltraitance est d'être une violence cachée, dont l'incompréhension est une violence dans la violence, et qui renvoie au fossé d'incompréhension qui sépare, souvent, ceux qui vivent une privation d'autonomie et ceux qui ne la vivent pas » (5).

Les maltraitances et violences intrafamiliales s'exercent bien souvent dans l'intimité des familles, au sein du domicile, derrière les murs, loin des regards et sans témoins. Ces maltraitances et violences se déroulent à huis clos et sont ensuite dissimulées aux personnes extérieures.

→ Un système de loyauté complexe qui empêche les victimes de parler

Les liens affectifs même complexes ou contradictoires sont très forts dans le système familial.

La famille est en effet un système organisé et structuré régi par des liens étroits et des règles tacites comme la non-dénonciation d'actes de maltraitance à des personnes extérieures au cercle familial. Le membre de la famille qui révèle les faits rompt l'équilibre du système et s'expose à l'ostracisation par ses membres. Même si la victime a conscience des actes de maltraitance qu'elle subit, il lui sera difficile de demander de l'aide car cela serait aller à l'encontre du système de loyauté familial (4).

« La majorité des victimes de violences intrafamiliales non conjugales ne signalent pas aux services de sécurité les faits qu'elles ont subis. Ainsi, d'après l'enquête de victimation Genèse, en 2020, seules un tiers des victimes majeures ont déclaré ces violences à la police ou la gendarmerie. »

Les victimes de maltraitance intrafamiliale se refusent à dénoncer et porter plainte contre leur agresseur qu'elles souhaitent parfois protéger au détriment de leur propre santé et sécurité. La peur des représailles (de s'exposer à des conséquences néfastes et immédiates pour elles-mêmes et/ou leurs enfants) de l'agresseur, mais également d'autres membres de la famille maintient les victimes dans le silence.

Au-delà de la peur des représailles, l'emprise exercée par l'auteur sur la ou les victimes, mais également la peur de l'abandon de leur famille annihilent la volonté de la victime de reconnaître la maltraitance, mais aussi celle d'en parler et d'agir pour dénoncer et rompre la situation de maltraitance subie.

→ La peur du jugement

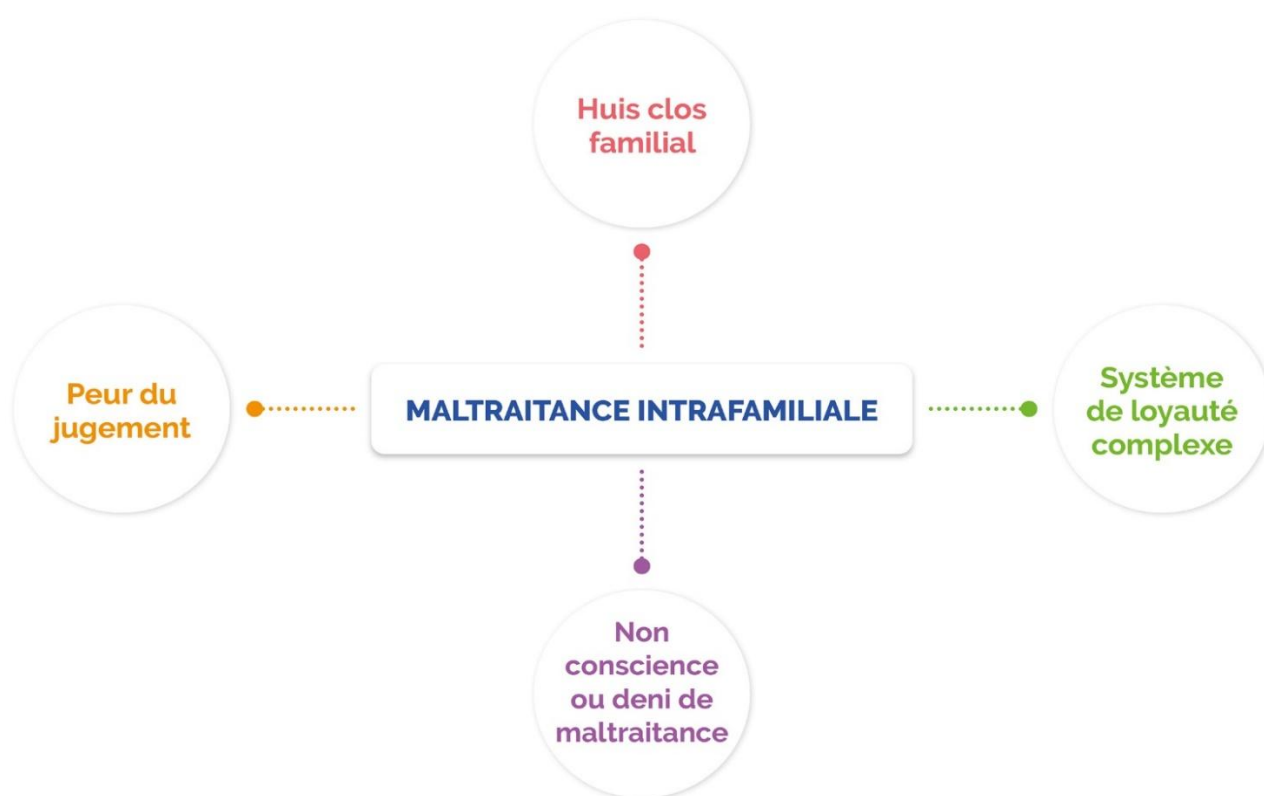
La peur du jugement des membres de la famille (présents ou pas au domicile) favorise le secret et la non-divulgaration des faits et actes de maltraitance. Les victimes évoquent tout d'abord la peur de ne pas être entendues, comprises et reconnues comme victimes. Certaines victimes se refusent à se considérer comme victimes car le mot les renvoie à une certaine faiblesse, fragilité qu'elles réfutent et dont elles ont également honte. Elles évoquent ensuite la difficulté de devenir celui ou celle qui brise l'équilibre de la famille et celui qui révèle publiquement ses dysfonctionnements, « sa part sombre » ou encore ou celle qui sème la discorde entre les différents membres de la famille.

→ La non-conscience ou le déni de maltraitance

Comme ces violences sont parfois anciennes et s'inscrivent dans des histoires de violences répétées sur plusieurs générations, elles peuvent être niées par la victime et/ou considérées comme règles tacites de famille, de pactes conjugaux. Les personnes victimes ou les auteurs de maltraitance peuvent ne pas être conscients que leurs paroles, gestes, attitudes et comportements constituent des actes de maltraitance.

- Reconnaître être victime de son enfant ou de son conjoint est tellement insupportable que les victimes s'enferment dans une forme de déni mental et/ou se mentent à elles-mêmes avant de mentir aux autres.
- L'auteur peut également être dans le déni de ses actes et/ou penser (à tort) être dans l'exercice de ses droits de parent, de conjoint.
- De même, la maltraitance s'instaure insidieusement au sein des cellules familiales et peut progressivement devenir plus fréquente et plus grave.

Le schéma ci-dessous rassemble les caractéristiques de la maltraitance intrafamiliale soulignées par les experts du GT.



3.5. Repérer la maltraitance intrafamiliale

La prévention des risques de maltraitance s'inscrit dans un processus qui implique plusieurs étapes : tout d'abord, le repérage des situations à risque (signaux d'alerte, facteurs de risque), ensuite leur évaluation (caractérisation des actes de maltraitance, des conséquences et du danger) et enfin l'accompagnement (suivi, orientation, prise en charge) des victimes.

3.5.1. Les objectifs du repérage

Repérer une situation de maltraitance intrafamiliale, c'est observer au sein d'une relation qui lie deux personnes (un couple, une dyade parent/enfant, une personne âgée et son aidant) différents signes d'alerte qui peuvent traduire un éventuel déséquilibre dans la relation (dépendance/emprise/contrôle) et accroissent ainsi les risques de maltraitances et de violences¹¹.

Pourquoi repérer ? et dans quels buts ?

Repérer pour informer et prévenir : repérer pour expliquer ce qui relève de la maltraitance et informer les victimes de leurs droits et les auteurs de ce qu'ils encourent. Repérer (le plus précocement possible) pour désamorcer des situations potentiellement à risque de maltraitance et de violence (interventions et dispositifs de prévention et de médiation).

Repérer pour agir : signaler, alerter les autorités compétentes en cas de mise en danger de la vie d'autrui pour protéger.

Repérer pour accompagner/suivre les personnes : les victimes, mais aussi les auteurs, dont les aidants potentiellement épuisés par leur charge quotidienne (physique et mentale) susceptibles de devenir maltraitants par négligence ou omission.

Repérer pour soutenir les professionnels en difficulté ou en questionnement concernant ces situations : les professionnels du domicile sont exposés à la violence des familles (physiquement et psychologiquement) et subissent parfois des menaces de représailles pour eux-mêmes et leur famille. Repérer les risques de maltraitance précocement leur permet d'échanger avec d'autres professionnels (éviter l'isolement) et de prévenir « l'encadrement » pour être aidés et soutenus dans leur prise de décision (et passer le relais le cas échéant à des professionnels spécialisés sur ces questions).



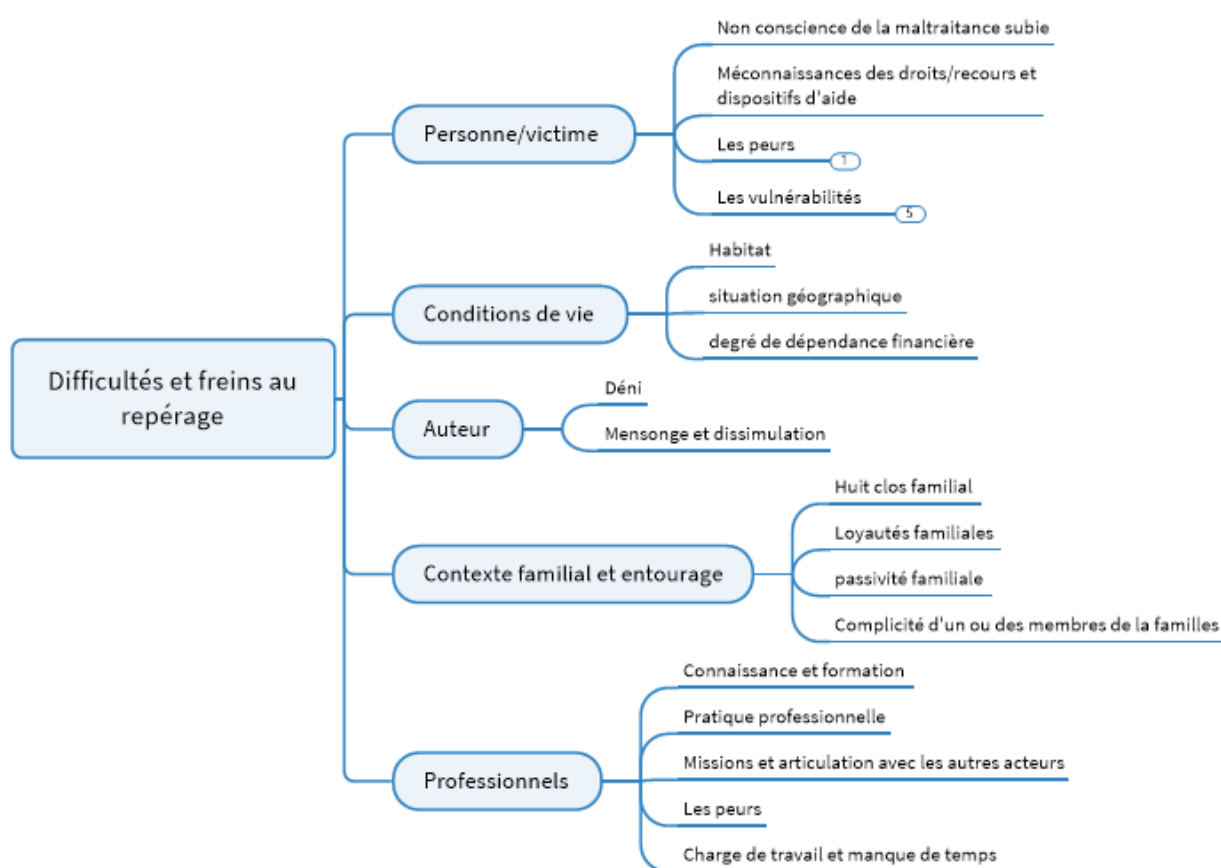
¹¹ Définition élaborée par le groupe de travail en séance.

Le repérage de la maltraitance est primordial, d'autant plus s'il est précoce « car les faits de violence s'aggravent et s'accroissent avec le temps » (13).

3.5.2. Avis des membres du groupe de travail : identification des freins et des difficultés au repérage

Les membres du groupe de travail ont dans un premier temps procédé à l'identification de l'ensemble des difficultés et freins au repérage de la maltraitance avant de réfléchir aux grilles favorisant leur repérage.

Ce travail a été fait à partir du schéma suivant :



Les premiers freins identifiés par le groupe de travail sont les suivants (tableau ci-dessous)

Freins liés à la personne victime	- Pas conscience/reconnaissance de la maltraitance subie - Pas de connaissances et d'information sur les droits et recours existants - La honte de ne pas savoir faire face/de passer pour faible et vulnérable - La peur du jugement des autres
--	---

	- La peur des représailles de l'auteur sur soi-même/ses enfants/un tiers - La peur de ce qui peut se passer après avoir parlé (pour eux, leurs proches) sur le plan économique (notamment quand il y a dépendance financière) - L'emprise - Volonté de protéger malgré tout l'auteur (car parent) - La peur de faire éclater la famille - Barrières linguistiques - Barrières culturelles et religieuses - Absence de langage - Troubles psychiques invalidants - Culpabilité de devoir faire appel aux institutions/à la police/à la justice - Peur de la police - Méconnaissance sur les recours possibles et les dispositifs d'aide
Freins liés à l'entourage	- Complicité de violence - Passivité des témoins - Système de loyauté complexe qui empêche la parole
Freins liés à l'environnement	- Isolement social des victimes - Isolement géographique des victimes - Méconnaissance des ressources locales
Freins professionnels	- Difficultés à repérer et discerner ce qui relève de la maltraitance ou non - Manque de connaissances/informations/formation sur la maltraitance - Pas d'outils/grille de repérage - Manque de formation pour poser les bonnes questions pour repérer - Manque de connaissances pour créer un lien de confiance - Pas de procédures claires de signalement - Peur des représailles de la famille - Peur du signalement et des lourdeurs/responsabilités supposées qu'il implique - Méconnaissance de la conduite à tenir, des démarches qui sont supposées chronophages - Pas de connaissance des circuits d'alerte - Difficulté du passage à l'écrit pour certains professionnels - Charge de travail lourde et manque de temps pour observer et repérer - Caractérisation de l'emprise difficile

	- Évaluation des violences psychologiques et morales difficile (repérage difficile quand troubles psychiques car on met sur le compte de la maladie ce qui relève d'un signal de maltraitance) - Accéder à du factuel/des preuves - Trouver des témoins qui acceptent de parler - Difficultés plus grandes pour les professionnels d'intervenir lorsque la victime est majeure - Manque parfois d'intérêt des professionnels (notamment en milieu hospitalier) donc nommer des référents sur ce thème alors que les personnes ne sont pas intéressées n'est pas pertinent - Manque ou insuffisance de professionnels de santé ou absence totale dans certaines régions - Soignant craignant d'accuser à tort un membre de la famille auteur des violences - Respect du secret professionnel - Pression des familles suspectant des violences intrafamiliales - Réactivité faible du parquet - Délais d'enquête trop longs - Freins liés à la coordination des acteurs - Manque de coordination entre acteurs - Absence de réunion de supervision ou d'analyse des pratiques - Absence d'accompagnement éducatif des services mandataires (évolution des pratiques). Plus de lien direct avec les personnes protégées ni de visite à domicile des mandataires qui ne peuvent plus repérer les situations de maltraitance potentielle
Freins sociétaux	- Méconnaissance de ce que recouvre la maltraitance - Banalisation de la maltraitance dans la société - L'âgisme qui nuit au repérage des maltraitements sur les personnes âgées

➔ **Les premiers freins identifiés par les membres du groupe de travail, il était nécessaire ensuite de définir les signaux d'alerte, les facteurs de risque**

3.5.3. Identifier les signaux d'alerte et les facteurs de risque

Les signaux d'alerte constituent pour les membres du groupe de travail l'ensemble des signes/indices qui doivent éveiller l'attention des professionnels quant à un risque de maltraitance. Ces signaux d'alerte (relatifs à la victime ou l'auteur supposé) font partie des indices que peuvent voir, entendre et observer les professionnels au sein du domicile.

➔ **Ces signaux d'alerte sont décelables en partie par l'observation de :**

- la personne elle-même (son état physique et psychologique), son comportement et ses attitudes (attention notamment aux modifications brusques et récentes) ;
- la relation entre la victime et l'auteur supposé (relation équilibrée, symétrique ou au contraire déséquilibrée avec dépendance, contrôle, emprise, etc.) ;
- les conditions de vie des personnes observées (habitat, quartier, voisinage, isolement géographique, etc.) ;
- l'entourage des personnes concernées : présence des proches ou au contraire absence de soutien, relations familiales dysfonctionnelles, etc.

Il s'agit pour le professionnel d'être attentif à la fréquence de ces signes et à leur durée. Ceux-ci sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux et ne trouvent pas d'explications rationnelles.

Ces signaux d'alerte peuvent être complétés par la prise en compte des facteurs de risque qui sont des éléments pouvant accroître le risque de maltraitance tant pour les auteurs que pour les victimes.

Les facteurs de risque peuvent être directement liés à la personne (la victime), à l'auteur, à l'entourage, à son environnement géographique (quartier, école, etc.) et social (entourage, amis, etc.).

Selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (Organisation mondiale de la santé. Glossaire de promotion de la santé. Genève, OMS, 1998). Le *Dictionary of epidemiology* en donne une définition proche : « Un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un événement, d'une caractéristique ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie ». ¹²

Ces définitions sous-tendent une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé plus souvent multifactorielle et indirecte, par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe. Il est important d'avoir en tête que :

- les facteurs de risque peuvent varier au fil du temps ;
- les facteurs de risque ne sont pas des facteurs de prédiction.

3.5.4. Identifier les situations/temporalités à risque

Certaines périodes et/ou certains événements fragilisent les personnes et sont propices à un déclenchement ou à une élévation du niveau de la violence (intensité/gravité).

Il existe ainsi des situations où le risque de maltraitance est plus élevé et pour lesquelles la vigilance des professionnels doit être renforcée. Les membres experts du groupe de travail ont voulu attirer l'attention sur ces situations qui augmentent le risque de maltraitance et requièrent pour les professionnels une vigilance accrue. Les membres du groupe de travail ont souhaité mettre en avant ces situations de forte vigilance.

Ces situations sont les suivantes.

¹² Last JM. A dictionary of epidemiology, 4th ed. New York, Oxford University Press, 2001.

Les personnes en situation de handicap avec perte ou restriction importante d'autonomie pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (comme se nourrir, se laver, faire les courses, etc.)	- Polyhandicap - Handicap avec perte importante d'autonomie - Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...) - Surdité-cécité - Handicap sensoriel important (malentendant, malvoyant...)
Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou celle de se protéger	- Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, borderline...) - Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...) - Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacés, etc. - Troubles du développement intellectuel (déficience intellectuelle) - Troubles du spectre de l'autisme
Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer	- Allophonie (non-maîtrise de la langue//barrière linguistique) - Illettrisme - Aphasie - Difficultés d'élocution, à articuler (maladie de Charcot, suites d'un AVC)

Dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées, une autre situation à risque élevé est à prendre en compte.

Les personnes en situation de forte dépendance envers leur aidant	La personne en perte d'autonomie qui dépend exclusivement d'un seul aidant.
--	---

Dans le cas de violences conjugales, une autre situation à risque élevé est à prendre en compte.

Les personnes en situation de forte dépendance envers leur conjoint	- Dépendance économique et administrative exclusive associée à un handicap important physique et/ou psychique - Aidant exclusif
--	--

	- Situation d'emprise (victime se sentant responsable de la situation et excusant l'auteur, personne craignant de se séparer et de quitter le domicile avec peur des représailles)
--	--

Relation de dépendance

On entend par dépendance une situation dans laquelle une personne a besoin d'une autre personne, d'un service ou d'une institution, pour répondre à ses besoins fondamentaux et réaliser pour et avec elle des actes de la vie quotidienne. Pour illustration, le mineur est en relation de dépendance envers ses parents, avec ceux qui l'élèvent et les adultes en général. La personne âgée en perte d'autonomie peut l'être par exemple vis-à-vis de son conjoint, de ses enfants, d'un service d'aide à domicile. La personne en situation de handicap peut l'être par exemple à l'égard de sa famille qui lui apporte de l'aide, d'un service de transport, d'un fournisseur de matériel qui lui est nécessaire pour vivre et/ou travailler (5).

3.6. Protéger les plus vulnérables

Certaines situations décrites dans le cadre des vigilances fortes concernent des personnes dites vulnérables. En droit français, une **personne vulnérable** est définie comme « **un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse** » (Code pénal, art. 434-3).

Il importe alors de les protéger juridiquement par des mesures de sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle.

Article 425 du Code civil

Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre.

Les membres du groupe de travail ont souhaité ainsi auditionner une juriste afin de mieux connaître les recours et mesures possibles pour mieux protéger ces personnes vulnérables avec des risques de maltraitance accrus.

Hélène Saint-Ramon a été ainsi auditionnée par le groupe en séance de travail.

Depuis janvier 2019, Hélène Saint-Ramon est juge des contentieux de la protection.

Le juge des contentieux de la protection exerce les fonctions de juge des tutelles des majeurs.

Il s'occupe :

- 1- de la sauvegarde de justice, de la curatelle, de la tutelle des majeurs et de la mesure d'accompagnement judiciaire ;
- 2- des actions relatives à l'exercice du mandat de protection future ;
- 3- des demandes formées par un époux, lorsque son conjoint est hors d'état de manifester sa volonté, aux fins d'être autorisé à passer seul un acte pour lequel le concours ou le consentement de ce dernier serait nécessaire, ou aux fins d'être habilité à le représenter ;
- 4- de la constatation de la présomption d'absence ;
- 5- des demandes de désignation d'une personne habilitée et des actions relatives à l'habilitation familiale prévue à la section 6 du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du Code civil.

Hélène Saint-Ramon est en charge notamment des tutelles.

Le juge des tutelles a pour mission de s'occuper des mesures de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice). Ces compétences sont fixées par l'article L. 2132-4-2 du Code de l'organisation judiciaire.

En matière d'ouverture d'une mesure, le juge des tutelles ne peut pas se saisir d'office, il est saisi par :

- le procureur de la République ;
- la personne à protéger elle-même ;
- ses proches ;
- son époux, son partenaire dans le cadre du PACS, son concubin (personnes vivant sous le même toit) ;
- un parent de la personne à protéger, un allié ;
- une personne entretenant des liens étroits et stables avec la personne à protéger (voisin de longue date, ami très proche) – art. 430 du Code civil.

Signalement au procureur

Le signalement au procureur de la République (14)

Le procureur de la République est destinataire de nombreux signalements. À côté des signalements d'abus, d'infractions ou de maltraitance, qui relèvent de la sphère pénale, il existe le signalement au procureur de la République en vue de l'ouverture d'une mesure de protection judiciaire.

L'auteur du signalement doit dorénavant, selon sa situation et ses possibilités, donner au procureur de la République tous les éléments nécessaires à la recevabilité de la requête, c'est-à-dire la preuve de l'identité de la personne à protéger, la composition de la famille, la consistance du patrimoine et toutes les mesures qui ont été entreprises pour sauvegarder son autonomie.

Le signalement au procureur de la République en vue du prononcé d'une mesure de protection doit intervenir en dernier recours lorsque l'adhésion de la personne et de la famille n'est pas possible et que toutes les solutions sont épuisées. Il convient donc au préalable d'accompagner la personne, ou éventuellement la famille, pour qu'elles déposent elles-mêmes la demande.

Cependant, le signalement est de la responsabilité de tous les acteurs et notamment des professionnels intervenant à domicile qui constateraient des situations de risque ou de danger. Il se fait auprès du parquet du tribunal judiciaire dont dépend le lieu de résidence de la personne à protéger.

Or, dans la pratique, certains intervenants au domicile (aide-soignant, infirmier...) ne se sentent pas outillés pour effectuer ce type de démarches.

Il est recommandé de former les professionnels des services d'aide à domicile et les professionnels libéraux intervenant au domicile des personnes aux procédures de signalement. Ces formations doivent comprendre : un rappel de l'obligation de signalement à l'autorité judiciaire des faits de maltraitance sur des personnes qui ne seraient pas en mesure de se protéger ; des éléments de repérage des situations de risque de maltraitance et de danger (15); des éléments concernant le contenu de l'écrit de signalement, appuyés le plus possible sur des faits objectivables.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pourraient être des lieux propices à ce type de formations/informations.

La requête au procureur est envoyée par voie postale sur papier libre ou Cerfa. Elle est jointe de justificatifs sur la personne à protéger dont, de manière obligatoire sous peine d'irrecevabilité, le certificat d'un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République dans chaque tribunal (médecin généraliste ou médecin spécialiste (gérontologue, psychiatre, etc.).

L'examen médical a un coût de 160 euros, si déplacement au cabinet médical. Si déplacement sur le lieu de vie, la facturation a un coût supplémentaire de 10, 20 ou 30 euros.

Quand la requête arrive au service des tutelles :

- délai d'un an pour rendre une décision qui peut être contestée et la situation sera revue par la cour d'appel (délai très long). Après l'appel, l'exécution provisoire de la décision prise par le juge des tutelles s'applique en attendant que les conseillers examinent la situation ;
- si délai légal passé, une nouvelle requête doit être transmise au juge des tutelles.

En cas d'urgence particulière, réception d'un mail sur la boîte électronique du secrétariat des tutelles indiquant qu'il faut statuer rapidement sur une situation urgente. Ensuite, l'audition de la personne à protéger et de ses proches est programmée pour déterminer la mesure de protection adaptée.

Deux exceptions sont prévues par le Code civil pour dispense d'audition :

- si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté ;
- si l'audition est de nature à porter atteinte à sa santé. Dans ces deux cas, le juge des tutelles rend une ordonnance de dispense d'audition.

Pour l'audition des proches, c'est le juge des tutelles qui décide des personnes à entendre et à convoquer. Il n'y a pas de phase d'instruction à cause des moyens limités pour rechercher des renseignements. Une enquête sociale peut être faite par une association avant ou après l'audition pour vérifier les conditions de vie de la personne, surtout pour les jeunes majeurs dans le cas de besoin de protection.

Pour prendre une mesure de protection, la personne doit être atteinte d'une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté. Pour l'altération des facultés corporelles, un simple handicap physique ne suffit pas et ne justifie pas une mesure de protection. Il faut que le handicap physique soit de nature à empêcher l'expression de la volonté.

C'est l'article 425 du Code civil qui détermine les critères légaux de l'altération des facultés mentales ou corporelles.

La mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions.

Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre.

Ces personnes sont très vulnérables et ont besoin d'être protégées. Une mesure de protection doit être prononcée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de la personne protégée, Le juge des tutelles a le choix entre trois régimes de protection depuis la réforme de 2007 :

- la sauvegarde de justice (pas beaucoup utilisée, renouvelée un an) ;
- la curatelle (régime d'assistance et de contrôle) ;
- la tutelle (mesure de représentation).

Lorsqu'une mesure de protection est ouverte, le juge des tutelles fixe une durée, dans la quasi-totalité des cas, c'est 5 ans, durée maximale prévue par le Code civil.

Depuis la loi de février 2015¹³, une mesure de tutelle peut être fixée à 10 ans si et seulement si le médecin qui a examiné la personne à protéger a indiqué dans son certificat de santé que l'état de santé de cette personne n'était pas susceptible d'évoluer de manière favorable selon les données acquises de la science.

À l'expiration de cette durée de 5 ou 10 ans, la question du renouvellement va se poser ; il faudra une nouvelle procédure, un nouveau certificat médical, une nouvelle requête et une nouvelle audition.

Hélène Saint-Ramon évoque également l'avancement d'un dispositif de signalement, sur le modèle des CRIP pour les mineurs, mais pour les personnes majeures.

Vers une CRIP adultes

Plusieurs départements comme la Seine-Saint-Denis ont déjà des CRIP PA/PH avec pour objectif d'aider les professionnels, les acteurs associatifs à travailler sur les cas de maltraitance.

Une des expertes du groupe de travail intervient dans un service regroupant une CRIP pour les mineurs et une CRIP pour les majeurs vulnérables.

Pour la partie concernant les majeurs vulnérables : pas de centralisation des informations concernant les majeurs, cependant une personne a la charge de recueillir et de redistribuer les appels du 3977.

Il existe également une mutualisation des logiciels au niveau du département qui permet d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui a déjà été fait sur une situation.

Concernant les liens avec le parquet, ce dernier transmet au service de terrain les demandes d'évaluation de vulnérabilité des majeurs. Une fois l'évaluation réalisée, en cas de signalement pour une mise sous protection, la CRIP est saisie, facilitant le travail pour que les éléments transmis soient plus lisibles.

¹³ Loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice.

4. La maltraitance sur personnes âgées

4.1. Définitions

L'OMS définit la violence intrafamiliale sur personne âgée comme « un acte unique ou répété, ou l'absence d'action appropriée, survenant dans le cadre d'une relation où l'on s'attend à ce qu'il y ait de la confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne âgée » (16).

« Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d'action appropriée cause du tort ou de la détresse à une personne âgée. Elle se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance. Elle peut être intentionnelle ou non. Elle peut provenir d'une personne, d'une collectivité ou d'une organisation. La maltraitance peut prendre deux formes : • La violence : malmener une personne ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation. • La négligence : ne pas se soucier de la personne, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins » (4).

4.2. Données épidémiologiques

En 2017, une analyse de 52 études réalisées dans 28 pays de diverses régions a révélé que, au cours de l'année précédente, une personne âgée de plus de 60 ans sur six (15,7 %) avait été victime d'une forme de maltraitance (17).

La Fédération 3977 (contre la maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap) précise dans son rapport d'activité (18) que 65 % des victimes sont des femmes et 83 % ont plus de 60 ans. Dans près d'un dossier sur deux signalés à l'association, les personnes mises en cause sont les proches et les faits de maltraitance sont commis au domicile de la victime dans 73 % des cas. De nouvelles données indiquent 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.

Les maltraitements sur personnes âgées sont principalement des maltraitements par omission ou négligences de soin et ensuite des maltraitements psychologiques, financières, verbales et physiques.

Il faut souligner en effet que « dans la cellule familiale comme à l'extérieur, le mobile des agissements est la plupart du temps d'ordre financier » (19). Bien qu'un certain nombre de chantages et d'extorsions financiers à l'intérieur de la cellule familiale soient couverts par l'immunité familiale patrimoniale, en ont été exclus les auteurs familiaux d'un vol portant sur des objets ou documents indispensables à la vie quotidienne de la victime, tels que des documents d'identité relatifs au titre de séjour ou de résidence d'un étranger ou des moyens de paiement ou de télécommunication. Cette exclusion vise aussi le chantage, l'abus de confiance et l'escroquerie par renvoi à l'article 311-12 du Code pénal.

Elles s'inscrivent fréquemment dans le retour à domicile des enfants et/ou des petits-enfants dans le cadre d'une cohabitation contrainte (souvent pour des raisons d'ordre financier) qui dégénère progressivement, associant maltraitements involontaires, négligences, privation de soin et violences verbales, psychologiques et physiques.

L'OMS constate ainsi que « la prévalence pour les types les plus courants de maltraitance dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire [dont la France] » concerne en premier lieu l'abus financier (1,0 à 9,2 %) puis interviennent les violences psychologiques (0,7 à 6,3 %), la négligence (0,2 à 5,5 %), les violences physiques (0,2 à 4,9 %) et les violences sexuelles (0,04 à 0,82 %).

Bien que depuis 25 ans la maltraitance des personnes âgées fasse l'objet de priorités de politiques publiques nationales et internationales, de nombreux freins limitent sa reconnaissance, notamment une forme d'invisibilité sociale des « souffrances » liées à cette catégorie d'âge, mais aussi une difficulté à gérer la prise en charge de ces différentes formes de maltraitance.

Focus sur l'âgisme

C'est Robert Butler qui, en premier, en 1969, a élaboré le concept d'âgisme qu'il définit comme un processus par lequel des personnes sont discriminées en raison de leur âge. L'âgisme, dans l'Encyclopédie du vieillissement, est « défini comme un processus de stéréotypes systématiques et de discrimination contre les personnes, parce qu'elles sont vieilles, tout comme le racisme ou le sexisme le fait pour la couleur de la peau ou le sexe. Les personnes sont cataloguées de séniles, rigides dans leur pensée et leur manière, vieux jeu dans leur moralité et dans leur pratique » (20).

« L'âgisme » va apparaître en France dans le « Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement » en 1984 et sera défini comme étant une : « Attitude et (un) comportement visant à déprécier les individus du fait de leur âge. (...) Il s'emploie plus particulièrement pour désigner la discrimination dont sont victimes les personnes âgées » (21).

Au Québec, le ministère de la Famille et des Aînés, en 2010, a défini l'âgisme comme « un ensemble d'attitudes négatives ou hostiles contre une personne ou un groupe en raison de l'âge qui peuvent entraîner des gestes préjudiciables ainsi qu'une forme de marginalisation sociale. L'âgisme regroupe toutes les formes de discrimination ou de ségrégation fondées sur l'âge » (3).

Les stéréotypes et les discriminations portés par l'âgisme auraient été intégrés par la société, ce qui la conduirait à se désintéresser ou à ignorer les personnes âgées et en particulier le sujet de la maltraitance¹⁴. Tout comportement discriminatoire, tout stéréotype et tout préjugé sur les personnes âgées fait le lit de la maltraitance (22).

4.3. La lutte contre la maltraitance des personnes âgées, une priorité de l'OMS

En 2022, l'OMS fait de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une priorité.

L'OMS, dans un document d'orientations (du 15 juin 2022) sur le vieillissement en bonne santé, définit 4 grandes orientations sur 10 ans (2020/2021 à 2030/2031) :

- 1- Lutte contre l'âgisme
- 2- Promotion de l'environnement inclusif des aînés
- 3- Réflexion sur un continuum des services pour briser les ruptures
- 4- Les soins de longue durée en hébergement ou à domicile

¹⁴ Wood, S., Lichtenberg, P.A. (2017). Financial Capacity and Financial Exploitation of Older Adults: Research Findings, Policy Recommendations and Clinical Implications. *Clinical Gerontologist*, 1(40), 3-13.

La lutte contre la maltraitance, bien que n'apparaissant pas dans les intitulés de ces orientations, était pourtant intégrée dans chacun de ces 4 volets. L'objectif est de faire de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées une grande priorité mondiale.

Dans ce contexte, une étude a été initiée pour mieux comprendre les facteurs qui expliquent la faible priorité donnée à la maltraitance envers les personnes âgées dans le monde. De cette étude, 5 priorités ont été définies :

1. **Combattre l'âgisme** : l'âgisme est une des principales raisons de la faible priorité mondiale accordée à la maltraitance des personnes âgées. Les deux mesures proposées sont d'une part, le déploiement d'une campagne mondiale contre l'âgisme et, d'autre part, le développement de la recherche sur l'âgisme et la maltraitance.
2. **Générer des données plus nombreuses et de meilleure qualité** sur la prévalence et sur les facteurs de risque et les facteurs de protection de la maltraitance des personnes âgées.

Il existe peu de données fiables sur la prévalence de la maltraitance des personnes âgées et sur les facteurs de risque et les facteurs de protection, il est important de développer la recherche sur ce point.

3. **Développer et mettre en œuvre à grande échelle des solutions/interventions efficaces qui reposent sur des données probantes.**

Jusqu'à aujourd'hui, aucune solution efficace n'a été étayée par des données probantes issues d'études de haute qualité.

Il est proposé ainsi la création d'un « accélérateur d'interventions » pour développer des solutions efficaces. Un réseau mondial de 7 à 8 universités de différents pays dans le monde a été créé pour travailler en collaboration sur cette thématique.

4. **Faire un plaidoyer d'investissement.**

Il y a une pénurie de données sur les coûts de la maltraitance (les coûts pour la santé, les coûts sociaux, les coûts indirects) et le rapport coût/efficacité des solutions nécessaires pour justifier un investissement dans ce domaine. Il est essentiel de présenter des arguments en faveur de l'investissement financier pour accroître la priorité mondiale de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

5. **Recueillir des fonds auprès des gouvernements, des fondations privées...**

Il existe un large consensus pour dire que le domaine de la maltraitance des personnes âgées est sous-financé et que des fonds sont nécessaires pour améliorer la compréhension, élaborer, tester, mettre en œuvre des actions ou dispositifs efficaces et sensibiliser davantage au problème.

4.4. Facteurs de risque de maltraitance¹⁵

Il est difficile d'établir une liste claire, exhaustive de l'ensemble des facteurs de risque de la maltraitance, étant donné que les études s'appuient sur des définitions et des méthodologies différentes (24).

Plusieurs problèmes expliquent cette difficulté.

1) Il existe une certaine porosité entre signaux d'alerte (ou indices) et facteurs de risque.

Le déclin cognitif, la dépression, l'anxiété, les difficultés relationnelles sont identifiés à la fois comme des facteurs de risque et des signaux d'alerte, mais aussi comme pouvant être des conséquences de la maltraitance (10).

2) La notion de facteurs de vulnérabilité brouille la notion de facteurs de risque.

Les facteurs de vulnérabilité sont des caractéristiques propres à la personne pouvant la rendre vulnérable à la maltraitance (par exemple, la maladie d'Alzheimer). Donc, dans les tableaux présentés pour une meilleure compréhension, le GT a choisi de scinder les tableaux entre facteurs propres à la personne (facteurs de vulnérabilité) et facteurs propres à l'environnement.

3) La maltraitance envers les personnes âgées est un problème complexe qui s'inscrit au-delà de la relation maltraitant-maltraité. Entrent en jeu des facteurs sociaux, politiques et culturels, des facteurs propres à la personne âgée, à la personne maltraitante et à l'environnement. De ce fait, tous ces éléments fortement imbriqués sont souvent des facteurs de risque communs à la victime et à l'auteur. Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'il n'existe que très peu d'articles centrés sur « les auteurs des maltraitances ».

Le National Research Council (25) a développé une catégorisation des facteurs de risque sur laquelle s'appuient de nombreuses études.

Cette catégorisation distingue 3 types de facteurs :

1. Les facteurs de risque ayant une forte validité : facteurs validés par de nombreuses études, consensus scientifique

2. Les facteurs de risque possibles : facteurs documentés, mais pas de consensus scientifique car résultats contradictoires ou portée limitée des études

3. Les facteurs de risque contestés : facteurs non scientifiques, identifiés par certaines études, mais qui nécessitent davantage de validation avant d'être considérés comme des facteurs de risque avérés

➔ Facteurs de risque avec forte validité scientifique

Propres à la personne	Propres à son environnement
Troubles neurocognitifs majeurs	Partage de son milieu de vie
Problème de santé mentale	Isolement social et réseau social peu développé
Incapacité sur le plan physique	Stress et fardeau associés au rôle d'aidant

¹⁵ Analyses et synthèses des facteurs de risque réalisés à partir des travaux suivants indiqués dans la partie bibliographie : (3, 23),

Dépendance aux substances	Caractéristiques de la personne maltraitante
Dépendance envers autrui pour la gestion des affaires	
Dépendance pour les soins de base	
Faible revenu	
Parcours de vie	

➔ Facteurs de risque possibles mais pas de consensus scientifique

Propres à la personne	Propres à son environnement
Genre féminin	Vivre seul
État civil	Conflits avec des membres de la famille ou des amis
Âge	Historique de violence familiale
Niveau d'éducation	
Trait de personnalité	

➔ Facteurs de risque contestés

Propres à la personne	Propres à son environnement
État de santé générale très fragile	Règles d'héritage
Caractéristiques personnelles pouvant prédisposer aux préjugés	Absence ou inadéquation de l'offre de soutien
	Stérotypes négatifs associés au vieillissement
	Érosion des liens entre générations

4.5. Signaux d'alerte de maltraitance

Signaux d'alerte pour la victime

Physique	Psychologique
Plaies, ecchymoses, blessures	Méfiance, hésitation à parler, interaction craintive

Manque d'hygiène, attente pour changement de protection, affections cutanées	Idéation suicidaire, déclin rapide des capacités
Contention	Peur, anxiété, repli de soi, dépression
Perte de poids, détérioration de l'état de santé	
Insalubrité de l'environnement de vie	
Mort précoce ou suspecte	
Sexuelle	Matérielle et financière
Dépression, repli de soi, méfiance, angoisse au moment des soins	Transactions bancaires inhabituelles, disparition d'objet
Infections, plaies génitales	Manque d'argent pour les dépenses courantes
Désinhibition sexuelle	Accès limité à l'information
Déni de la vie sexuelle des aînés	
Violation des droits	Tous types
Isolement	Relations interdépendantes avec un membre de la famille
Plaintes	

➔ Signaux d'alerte pour les auteurs¹⁶

Propres à la personne	Propres à son environnement	Propres au contexte relationnel avec la PA	Âgisme	Violation des droits
Perte de poids, détérioration de l'état de santé	Accès limité à l'information	Relation interdépendante avec un membre de la famille	Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances	Entrave à la participation de la PA dans les choix et décisions qui la concernent
Épuisement physique et nerveux, dépression	Non-reconnaissance de ses droits, de ses compétences ou de ses connaissances	Retire profit de la situation de vulnérabilité d'une PA	Utilisation d'expressions réductrices ou infantilisantes	Non-respect des décisions prises par la PA

¹⁶ (21)

Peu de temps consacré à sa personne, à ses loisirs				Réponse d'un proche à la place de la PA
Isolement				
Plaintes				

Regard sur la personne auteure de maltraitance

De nombreuses études ont montré l'importance des caractéristiques de la personne maltraitante dans les situations de maltraitance des personnes âgées (Beaulieu *et al.*, 2018, 2019). La personnalité, les difficultés, la santé, le contexte et l'environnement de la personne maltraitante sont autant d'éléments pouvant présager d'une possible maltraitance, bien avant ceux de la personne maltraitée (20) ;

Ainsi, une personne considérée comme vulnérable subira ou ne subira pas de maltraitance selon les caractéristiques des personnes qui l'entourent. De ce fait, on ne peut réduire à expliquer la maltraitance par la vulnérabilité de la personne âgée. L'observation des relations entre les aidants et les aidés l'illustre pleinement (Paquet, 2020¹⁷).

4.6. Facteurs de protection

Comme pour les facteurs de risque, « les facteurs de protection sont des caractéristiques propres à la personne [...] ou à son environnement [...] qui tendent à réduire l'incidence d'une problématique, la maltraitance, par exemple » (4, 24).

Les facteurs de risque et de protection font partie d'un processus dynamique dans le parcours de vie de toute personne. Ils atténuent, voire inhibent les expériences et/ou interactions négatives.

Des expériences positives peuvent également atténuer l'effet d'expériences préjudiciables pour la santé et ainsi l'accumulation des facteurs de protection peuvent briser la chaîne des risques.

Cependant, les facteurs de protection ne sont pas l'inverse des facteurs de risque (par exemple, avoir une démence est un facteur de risque mais l'absence de démence ne peut être considérée comme un facteur de protection).

Le fait qu'il existe des facteurs de protection ne signifie pas qu'il y a absence de facteurs de risque (par exemple, une personne âgée peut avoir une démence (facteurs de risque) tout en ayant un réseau social bienveillant (facteurs de protection)).

Facteurs de protection propres à la personne

Facteurs de protection propres à l'environnement

¹⁷ Paquet, M. (2020). Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes. Paris : L'harmattan. 272 p.

Estime de soi	Milieu de vie adapté aux besoins et sécurisé (famille bienveillante)
Capacité à demander de l'aide	Milieu de vie exempt d'âgisme et d'exclusion sociale (image positive du vieillissement et des personnes âgées/avoir des liens de voisinage réciproques)
Connaître ses droits	Réseau adapté aux besoins de la personne et diversifié (personnes disponibles pour répondre aux besoins comme voisins, amis, bénévoles/cohésion de quartier)
Capacité de faire face aux événements (adoption de stratégies pour faire face au stress/exprimer facilement ses émotions)	Offre de services adaptés à la population âgée (coordination de services offerts/facilitation d'accès à ces services) Mise en place de détection de situation de maltraitance (formation des employés dans les organismes offrant des services pour pouvoir prévenir, détecter et intervenir comme services d'aide à domicile, banques)
Participation sociale Être engagé socialement par le biais d'activités de loisirs ou bénévoles Entretenir des relations positives avec les membres de sa famille et son réseau amical	
Se fixer des objectifs personnels (apprentissage tout au long de sa vie/découvertes d'activités de loisirs plaisantes)	
Sens de la communauté Capacité sociale à avoir une communauté	
Statut d'immigration Avoir immigré depuis longtemps/statut de résident permanent/être admissible aux prestations gouvernementales comme avoir notamment une couverture de santé	

Tableau de synthèse réalisé à partir des travaux suivants détaillées dans la partie bibliographie : (16, 26)

4.7. Temporalités à risque

La perspective des parcours de vie, composés de multiples trajectoires (familiale, de santé, professionnelle...), de transitions (mariage, retraite, deuil), de nombreux événements interreliés, constitue un modèle conceptuel permettant de comprendre comment, tout au cours de la vie, l'exposition à de

multiples facteurs opère sur le développement et le parcours d'une personne pour déterminer son risque d'être maltraitée. Cette approche rappelle aussi que les vies sont interreliées, c'est-à-dire que ce que vit une personne est lié à ce que sa famille, son entourage et même son groupe social vivent ou ont vécu. Les facteurs qui influencent le parcours de vie se situent à plusieurs niveaux et dépassent les simples caractéristiques de l'individu.

La perspective des parcours de vie reconnaît la dimension temporelle et sociohistorique des trajectoires ainsi que l'influence de facteurs qui se cumulent, se croisent et s'influencent tout au cours de la vie.

Cette perspective des parcours de vie insiste sur l'importance de **certaines périodes décisives de la vie d'une personne où le risque de violence peut se déclencher ou augmenter, ce que l'on peut appeler des temporalités à risque.**

Les temporalités à risque sont des périodes, événements qui augmentent les risques de situation de maltraitance et où le niveau de maltraitance peut s'intensifier, s'accroître et prendre des formes de violences plus élevées pour la personne potentiellement victime.

Les temporalités à risque de maltraitance pour les personnes âgées (sources)



4.8. La nécessité de développer la recherche sur la maltraitance des personnes âgées

La nécessité de développer la recherche sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées (Dong, 2014) est souvent évoquée dans la littérature scientifique.

Stimuler la recherche sur la prévalence, sur les causes (ou déterminants tant du côté des personnes maltraitées que des personnes ou des organisations maltraitantes), sur les

conséquences et sur les interventions (prévention, repérage et suivi) concernant les maltraitements envers les personnes âgées est une nécessité soulignée.

Effets et conséquences de la maltraitance	
Victimes de maltraitance	La maltraitance des personnes âgées est associée à une morbidité importante et à une mortalité prématurée. En dépit de ces résultats, les recherches et les politiques publiques traitant de cette question sont extrêmement rares.
Auteurs	Des recherches longitudinales sont également nécessaires pour comprendre les caractéristiques, les relations, les contextes des auteurs potentiels d'actes de maltraitance envers les personnes âgées (26).

Les écrits recensés mettent en lumière la nécessité de procéder à des recherches sur les caractéristiques des auteurs de la maltraitance et des personnes qui sont maltraitées, tout comme sur les conséquences sur les victimes (26). Ce manque de connaissances a ainsi un impact sur les politiques de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et sur le travail de terrain des professionnels.

La prévention, l'intervention et le suivi des situations demandent plus de connaissances et de recherche (26, 27). Cette demande de recherche vise à approfondir un des aspects de la lutte contre la maltraitance (profils des personnes maltraitées, personnes/groupes ou organismes maltraitants, dynamiques de la maltraitance, conséquences, portée et effets des interventions, etc.). Elle vise aussi à comprendre l'expérience de la maltraitance du point de vue de tous les acteurs concernés, y compris les personnes âgées, qu'elles aient ou non été maltraitées. Le but ultime de ces recherches est d'être à même de proposer des actions, mais aussi d'identifier des pistes de recherche futures qui permettront une meilleure compréhension de la maltraitance envers les personnes âgées.

Avis des membres du GT

La recherche sur la maltraitance, la compréhension du phénomène, l'élaboration de dispositifs de lutte contre la maltraitance et de dispositifs et actions de prévention constituent également pour le groupe de travail une priorité. Ils préconisent un certain nombre d'actions pour son développement comme :

- la création d'une chaire de recherche qui oriente l'action gouvernementale dans la lutte contre la maltraitance, qui produise des données probantes et d'évaluation permettant de croiser les données de recherche avec la pratique professionnelle, en s'intéressant aux multiples formes de maltraitance exercées tant à domicile qu'en établissement et aux actions possibles en vue de lutter contre elle, comme la prévention, le dépistage, l'intervention et le suivi ;
- le développement des recherches-actions et des collaborations chercheurs-professionnels de terrain permettant de construire des passerelles entre la recherche, l'intervention clinique et les pratiques professionnelles ;

- l'intégration des personnes concernées et leurs proches à des projets de recherche-action, pour être en mesure de proposer des actions et des services qui répondent vraiment à leurs attentes ;
- la réalisation d'une enquête nationale quantitative sur la prévalence de la maltraitance ;
- la réalisation d'enquêtes qualitatives sur les motivations des personnes maltraitantes, les conséquences de la maltraitance, les stratégies et les ressources utilisées par les personnes maltraitées, les mécanismes menant à la maltraitance et à la perpétuation de la violence ;
- l'évaluation scientifique des programmes qui tiendront compte du point de vue et du vécu des personnes concernées (de type recherche participative) ;
- des recherches sur les coûts économiques associés à la maltraitance pour la personne et son entourage pour mieux investir dans des politiques de prévention ;
- mettre en place des indicateurs pour chiffrer le coût de la maltraitance : coûts directs (séquelles physiques, troubles psychiques, pertes financières, suivi de la maltraitance par des soignants, des travailleurs sociaux, voire la protection de la personne et les poursuites engagées contre le maltraitant) et coûts indirects (répercussion sur l'entourage pouvant induire problèmes de santé, dépression, arrêts de travail, perte de productivité) ;
- conduire des projets de recherche (études qualitatives) auprès des personnes ayant vécu la maltraitance et auprès des proches ;
- investir dans des programmes de prévention afin de réduire les coûts de la maltraitance pour la personne et la société.

5. Les violences conjugales

5.1. Définitions

La violence au sein du couple est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes, quel que soit le type de relation, hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation. Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et culturels (28)¹⁸. La qualité de partenaire intime de l'auteur des faits (conjoint, concubin, partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité) constitue une circonstance aggravante de l'infraction pénale de violences (article 132-80 du Code pénal)¹⁹.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes²⁰), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées. La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique (28).

Les violences conjugales doivent être distinguées du simple conflit de couple.

Un conflit « est une opposition d'intérêts, d'opinions ou de valeurs entre deux ou plusieurs personnes sans que la peur détermine qui sera le gagnant. Bien géré, un conflit sera résolu sans violence par la négociation, le compromis ou la médiation » (28). Tandis que les violences conjugales sont un ensemble d'attitudes, de propos et de comportements visant « à effrayer, intimider, terroriser, manipuler, offenser, humilier, culpabiliser ou blesser autrui » (29) dans le but de gagner du pouvoir sur la personne et de la dominer. Le rapport de force est asymétrique : il y a un « dominant » et un « dominé ».

	Les violences conjugales	Conflit de couple
Le pouvoir sur l'autre	Avoir le pouvoir sur l'autre par tous les moyens pour y arriver	Avoir le pouvoir sur la situation
L'intention	Moyens choisis pour obtenir le pouvoir sur l'autre	Avoir raison sur le sujet du conflit
La persistance	Répétées, cycliques	Spontané, occasionnel
L'impact	Peur, honte, impossibilité de s'exprimer librement par peur des représailles, etc.	Partenaires libres de s'exprimer pour défendre leurs points de vue

Tableau repris et réadapté de Paradis (20)

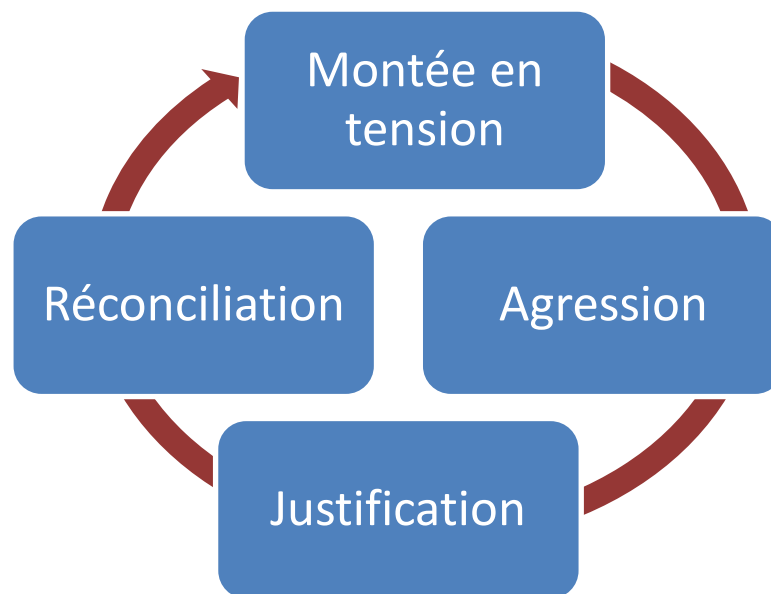
¹⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3107787/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-recommandations

¹⁹ « Les peines encourues pour un crime, délit ou contravention sont aggravées lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, y compris lorsqu'ils ne cohabitent pas. La circonstance aggravante prévue au premier alinéa est également constituée lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un acte civil de solidarité. Les dispositions du présent alinéa sont applicables dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime (article 132-80 du Code pénal).

²⁰ « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. »

La persistance de ces violences s'inscrit dans ce qui est appelé le « cycle de la violence » (HAS, 2019) pour désigner l'évolution de la violence par cycle.

Ce cycle débute et se répète par une montée en tension dans la relation orchestrée par l'auteur, à la suite de laquelle survient la phase d'agression où l'auteur commet les violences conjugales. La phase qui s'ensuit est celle de la justification où l'auteur justifie ses violences en culpabilisant la victime (ex. : « C'est ta faute »). Survient alors la phase de réconciliation au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus. En l'absence d'intervention, « le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des phases de [réconciliation] » (28).



L'augmentation de la fréquence et de la gravité de ces violences peut mener jusqu'à l'homicide de la victime (28) ou à son suicide (30)

Le féminicide

Le féminicide est le meurtre d'une femme en raison de son genre. Selon le collectif #NousToutes en 2022, 147 féminicides ont été commis. Dans la loi française, le féminicide n'est pas juridiquement reconnu, mais un ensemble de qualifications pénales existe : tuer volontairement une femme en raison de son genre et/ou commettre un meurtre en tant que partenaire ou ex-partenaire est une circonstance aggravante.

Au sein des violences conjugales, les enfants subissent eux-mêmes cette violence par leur exposition à celle-ci.

Polyvictimisation et exposition à la violence des enfants

En raison de l'immédiate proximité des membres d'une même famille vivant sous le même toit, différentes formes de violence et de maltraitance peuvent cohabiter et toucher différents membres

du foyer (16). Par exemple, la partenaire peut être victime de violence conjugale et l'enfant victime de maltraitance.

Dans le cas des violences conjugales, l'article D. 1-11-1 du Code de procédure pénale reconnaît le statut de victime aux enfants mineurs témoins ou victimes directes de ces violences²¹.

Une loi récente vise d'ailleurs à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes des violences intrafamiliales (loi n° 2024-233 du 18 mars 2024²²).

5.2. Données épidémiologiques françaises

Données épidémiologiques

- 87 % des victimes de violences conjugales enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes (15).
- Les principales violences conjugales sont des violences psychologiques (27 % des femmes ont été victimes de violences psychologiques par leur partenaire), puis physiques et sexuelles (pour 15,9 % des femmes) (15).
- En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année (soit 25 victimes par heure) (28).
- Bien que cela soit moins fréquent, les hommes sont aussi victimes de violences conjugales (11).

Focus sur les personnes vulnérables

- Les femmes en situation de handicap sont souvent victimes de violence, notamment par leur partenaire proche aidant. La situation d'assistance et/ou de dépendance peut créer des bénéfices individuels et/ou interpersonnels entre le partenaire aidant et la partenaire en situation de handicap. Aussi, cette relation peut faire évoluer différents facteurs de risque comme des problèmes d'ordre psychique (anxiété, dépression), des conflits de couple et de l'insatisfaction dans la relation chez le partenaire aidant pouvant alors amener à des violences conjugales du proche aidant envers sa partenaire en situation de handicap (31-33).

- Les mères adolescentes sont plus vulnérables en raison d'une accumulation de traumatismes et de polyvictimisation liée à leurs parcours de vie, notamment la pauvreté et ses effets connexes (34).

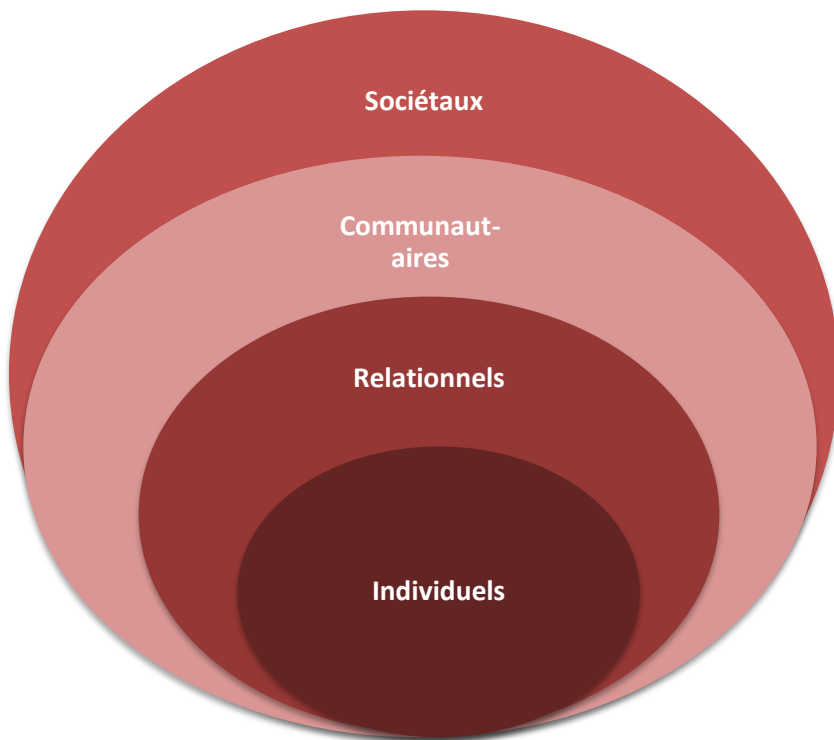
- Les personnes issues de la diversité de genre et de la sexualité vivent une réalité qui conditionne plusieurs facteurs de risque (hétéronormativité, stigmatisation sexuelle, exclusion et isolement social, manque de soutien, etc.), les rendant plus vulnérables face à des situations de violence conjugale (35).

²¹ L'article 3 du décret prévoit notamment qu'en cas de violences conjugales commises en présence d'un mineur, ce dernier doit pouvoir se constituer partie civile, le cas échéant en étant représenté par un administrateur *ad hoc*, y compris avant l'audience de jugement afin qu'il puisse y être convoqué comme partie civile et non comme témoin.

²² [Loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes de violences intrafamiliales](#)

5.3. Facteurs de risque de violences conjugales²³

Selon le **modèle écologique**, les violences conjugales – qu’elles soient données ou subies – résultent d’une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, relationnels, communautaires, sociétaux.



Le premier niveau correspond aux facteurs individuels qui désignent les caractéristiques personnelles et biologiques d'un individu.

Le deuxième niveau correspond aux facteurs relationnels qui caractérisent l'influence des relations sociales (famille, amis, etc.) d'un individu.

Le troisième niveau correspond aux facteurs communautaires qui font référence à l'influence des caractéristiques, des contextes et milieux dans lesquels évolue un individu.

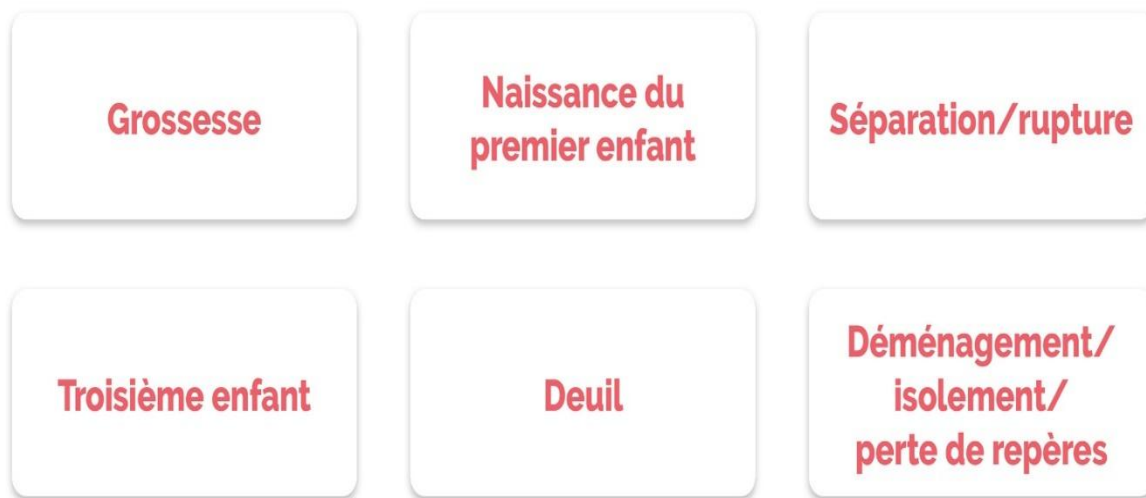
Le quatrième niveau correspond aux facteurs culturels qui créent et entretiennent les violences conjugales.

Chacun de ces niveaux influence la probabilité d'être victime ou auteur de violences conjugales.

— ²³ (28, 36-39)

Facteurs individuels	Facteurs relationnels	Facteurs communautaires	Facteurs sociétaux
Genre féminin	Difficultés émotionnelles qui peuvent influencer le type de relation	Croyance patriarcale liée au rôle traditionnel des genres (domination masculine)	Tolérance de la violence dans la société
Situation de handicap, maladies longue durée et maladies incapacitantes	Isolement social	Caractéristiques socio-démographiques (quartiers prioritaires, milieux ruraux)	Perpétuation des croyances des femmes et rôle traditionnel des femmes
Problème de santé mentale	Insatisfaction et conflit de couple récurrent	Pauvreté, chômage	
Difficultés émotionnelles (faible estime de soi, anxiété)	Grande différence d'âge des partenaires	Faible niveau d'alphabétisation, faible niveau d'instruction	
Acceptation, minimisation et/ou banalisation de la violence	Changement important dans la relation : grossesse, annonce d'une séparation ou séparation en cours	Isolement social et géographique	
Exposition à de la violence intrafamiliale durant l'enfance	Femme plus instruite que son partenaire	Absence de structures d'accueil	
	Facteurs économiques : statut social faible, précarité, difficulté économique, revenu faible ou absent		
Excès/addiction aux substances (drogues et alcool)			
Sexualité et genre			
Historique de violence conjugale subie			
Déracinement géographique			
Faible niveau d'instruction			

5.4. Temporalités à risque



5.5. Facteurs de protection

Certains facteurs, appelés ici facteurs de protection, tendent à réduire la possibilité d’être victime de violence conjugale. **Ils ont été posés par les experts en groupe de travail :**

- résilience individuelle ;
- satisfaction dans le couple ;
- famille et entourage ;
- relation axée sur le respect et la réciprocité.

6. Les parents violentés

6.1. À propos de la définition

Il n'existe pas d'appellation uniformisée pour désigner le phénomène et différentes terminologies sont ainsi utilisées dans la littérature scientifique : « violence des grands ados envers leurs parents » ; « violence parentale » ; « abus parentaux » ; « maltraitance parentale ».

De même, il n'existe pas de définition normée. Il est cependant possible de décrire le phénomène comme tout acte ou parole d'un enfant (adolescent ou jeune adulte) qui utilise les menaces, le chantage ou la violence physique, psychologique et/ou financière, sur l'un de ses parents ou les deux, de manière régulière alors qu'ils vivent sous le même toit. La violence diffère selon le genre de l'auteur : les garçons sont plus agressifs physiquement tandis que les filles sont davantage violentes psychologiquement et émotionnellement (40, 41).

Les premiers cas étudiés montraient que la violence sur les parents était plus fréquente dans les familles monoparentales et qu'elle était notamment dirigée contre les mères. L'augmentation progressive des familles monoparentales a peut-être favorisé mécaniquement l'augmentation de ce type de violence et ainsi participé à une plus grande visibilité du phénomène.

L'exposition à la violence au sein de la famille est systématiquement liée à la perpétration de la violence sur les parents. Routt et Anderson ont estimé que 50 à 80 % des auteurs ont été exposés à la violence intrafamiliale ou en ont été les cibles (42).

Le fait d'être exposé à un environnement familial consommateur de substances stupéfiantes et d'alcool augmente les risques de l'enfant de développer des comportements agressifs et violents vis-à-vis de son entourage et de ses parents (43).

L'avis des membres du GT

Face à cette absence de terminologie « standardisée », les membres experts du GT ont choisi d'utiliser la terminologie de parents violentés plutôt que celle de violences parentales.

La terminologie « parents violentés » sera employée tout au long du guide, afin de lever les ambiguïtés et de désigner l'ensemble des paroles, actes de maltraitance et violences à l'encontre de l'un des parents ou des deux.

6.2. Des données épidémiologiques faibles

La prévalence est difficile à estimer et fait débat (variable selon le type de violence, le niveau et la sévérité, la définition de cette violence) et les chiffres sont complexes à interpréter. Par ailleurs, les données existantes sont très certainement sous-estimées, ce qui s'explique par une plus grande difficulté pour les victimes d'en parler du fait de la honte ressentie et la stigmatisation sociale que cette violence fait peser sur la famille.

En France, 7 % des auteurs de violence intrafamiliale sont le fait d'un descendant (ou le conjoint d'un enfant) selon le service statistique ministériel de la sécurité intérieure en 2019.

Dans les familles monoparentales, la mère est la cible dans 90 % (44) à 95 % des cas (45).

Cependant, le repérage de ces parents victimes de violence est difficile. La plupart des parents refusent de dénoncer ces actes de maltraitance à leur encontre, par honte, par peur, par culpabilité, mais aussi par amour pour leurs enfants et volonté de les protéger.

Par ailleurs, il n'existe que peu de dispositifs dédiés au repérage de cette maltraitance. Bien souvent, le repérage de ces parents se fait par une autre porte d'entrée, notamment celle de la prévention et de la protection de l'enfance, lorsqu'une intervention est mise en place en faveur d'un adolescent/d'un jeune majeur auteur de violences ou pour un autre mineur/jeune majeur présent au domicile.

Ces parents, par peur de la stigmatisation, s'isolent socialement, s'enferment dans leur logement, se coupent souvent de toutes formes de soutien et refusent l'aide qu'on leur propose. Ils développent la plupart du temps des troubles dépressifs importants qui constituent des signaux d'alerte évocateurs mais faibles, presque invisibles, pour l'entourage et les professionnels.

6.3. Facteurs de risque²⁴

6.3.1. Facteurs de risque pour les victimes

Attitude des parents vis-à-vis de l'enfant (trop permissifs ou trop autoritaires)	Famille dysfonctionnelle	Victime de violence en dehors de la famille (notamment à l'école)
Mauvaise fréquentation	Témoin de violence intrafamiliale	Victime de violence intrafamiliale (parent/fratrie)

(41, 46-48)

6.3.2. Facteurs de risque pour les auteurs

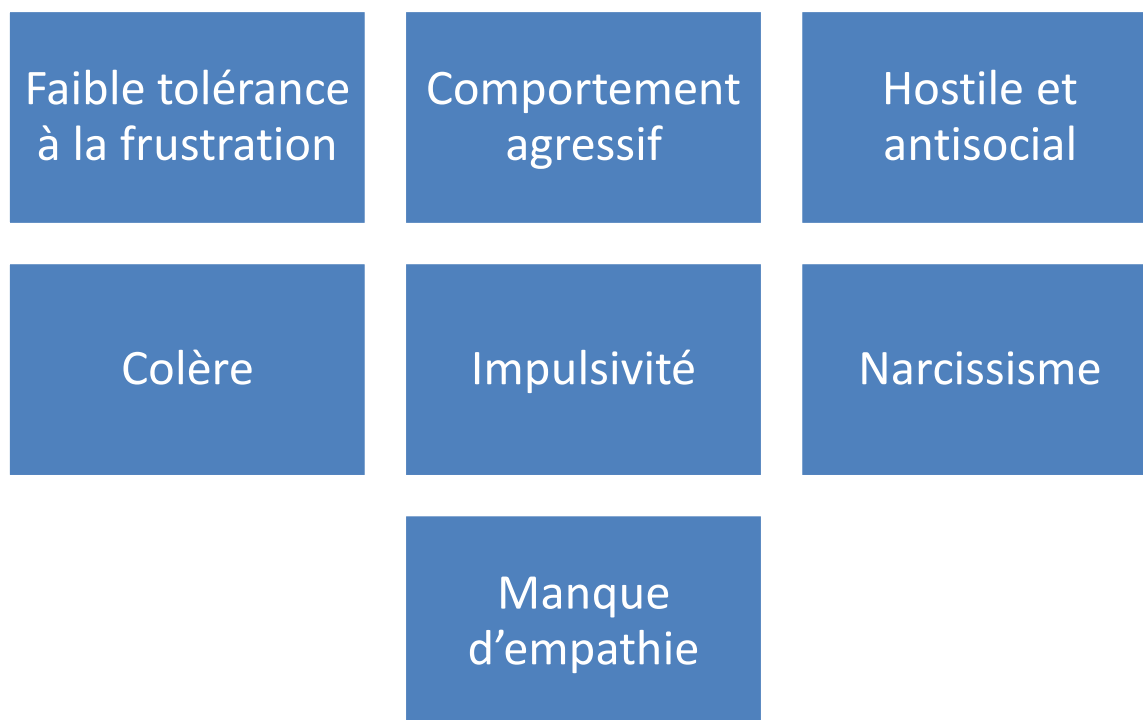


Tableau de synthèse des facteurs de risque²⁵

Risque d'être victime	Type de risque	Risque d'être auteur
L'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant (trop permissifs ou trop autoritaires, posture de soumission, banalisation de la violence) [50 %]	Facteur de risque contextuel	L'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant (trop permissifs ou trop autoritaires, l'enfant ressent un rejet ou de l'agression) [25 %]
Famille dysfonctionnelle (notamment caractérisée par une faible relation parent-enfant) [31 %]	Facteur de risque contextuel	Famille dysfonctionnelle (notamment caractérisée par une faible relation parent-enfant et un manque de communication) [37,5 %]
La monoparentalité (mère seule) [50 %]	Facteur de risque contextuel	Témoin de violence intrafamiliale (notamment conjugale) dans l'enfance, victime de violence intrafamiliale (parent, fratrie) dans l'enfance [67 %]
Le genre féminin [56 %]	Facteur de risque individuel	Problèmes de santé mentale (41,5 %)
	Facteur de risque individuel	Troubles comportementaux (difficulté à réguler ses émotions, émotions négatives) [46 %]

²⁵ (49, 50)

6.4. Les temporalités à risque sources

Les temporalités à risque ont été identifiées par les membres du groupe de travail.



6.5. Un phénomène de violence qui fait débat

Il existe peu de littérature scientifique dans le domaine malgré une augmentation de ce type de violence. Pour mieux comprendre ce phénomène complexe, le groupe d'experts a auditionné deux expertes psychiatres lors d'une séance du groupe de travail pour prendre connaissance de leur travail et entendre leur expertise :

- Anne Raynaud (médecin psychiatre, directrice de l'Institut de la parentalité)
- Nathalie Franc (pédopsychiatre, CHU de Montpellier, responsable d'une consultation sur les TDAH et les troubles du comportement chez l'enfant)

➔ Audition de Nathalie Franc²⁶

Nathalie Franc est pédopsychiatre au CHU de Montpellier depuis 2005. Elle s'intéresse particulièrement aux troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. Elle a développé une consultation spécialisée pour le TDAH en 2007 ainsi que des groupes de guidance éducative destinés aux parents d'enfants avec TDAH. Depuis 2015, elle propose avec son équipe également des programmes de prise en charge pour les situations plus complexes (enfants violents, enfants tyranniques). Son objectif en tant que médecin et auteur de livres est d'accompagner les parents pour faire face aux particularités de leurs enfants et s'y adapter au mieux en trouvant des stratégies efficaces.

Depuis 2015, plus de 1 000 enfants ont participé au programme de prise en charge des situations complexes et à l'étude qu'elle a entreprise en parallèle.

²⁶ Compte-rendu de sa présentation orale et de sa présentation via un support écrit (PowerPoint) en séance du groupe de travail.

Nathalie Franc partage avec les membres du groupe de travail ces principaux constats issus de son travail de terrain

Pour Nathalie Franc, il importe tout d'abord de distinguer différents types de maltraitance :

- la maltraitance verbale ;
- la maltraitance psychologique comme menace ;
- les abus financiers ;
- le harcèlement ;
- les violences physiques : bousculades, coups.

Ensuite, il est nécessaire de souligner les principales caractéristiques communes chez les jeunes violents contre leurs parents :

- l'impulsivité ;
- les difficultés de régulation émotionnelle ;
- une intolérance aux frustrations.

Nathalie Franc distingue deux situations cliniques bien différentes.

Enfants violents contre leurs parents et ayant des troubles du comportement à l'extérieur	Enfants violents seulement dans le cadre familial (décrits sous le terme d'enfants à comportement technique)
Troubles du comportement généralement présents dans le milieu scolaire et/ou extrascolaire	Troubles du comportement seulement en famille proche (parents, fratrie, parfois GP)
Opposition aux adultes, transgression des règles établies, intolérance aux frustrations	Comportement hyperadapté en dehors de la maison
Profil global de troubles des conduites	Profil d'inhibition, troubles anxieux ou RAS
Facteurs de risque environnementaux proches de ceux des troubles des conduites	Facteurs de risque environnementaux très différents de ceux des troubles des conduites
Autres facteurs de risque : la maltraitance infantile	Pas de maltraitance (sauf si escalade de violence) plutôt suraccommodation

Situation 1 : enfants violents contre leurs parents et présentant de l'agressivité en dehors du cadre familial

- Risque élevé d'antécédents de maltraitance infantile
- Présence possible d'autres facteurs : précarité sociale, fratries nombreuses, famille monoparentale, jeune âge maternel
- Comportements agressifs généralisés
- Psychopathologie : troubles des conduites, TDAH à explorer

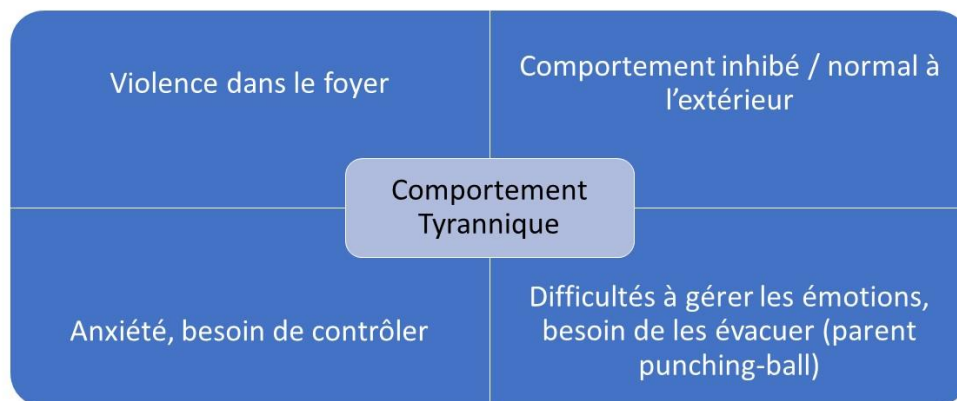
➔ Comment repérer ? Et que faire ?

- Le repérage peut être fait dans le cadre scolaire
- Nécessité d'explorer l'existence d'un TND, en particulier dans les familles à haut risque psychosocial
- Sensibilisation des professionnels de première ligne : avez-vous peur de votre enfant/de ses réactions ? Fait-il des crises ? Est-il violent à la maison contre vous/la fratrie ?

Situation 2 : enfants violents contre leurs parents uniquement

- Enfants violents uniquement contre leurs parents (comportement tyrannique)
- Des profils d'enfants particuliers

Des profils d'enfants particuliers



Un problème qui démarre souvent tôt par des crises de colère dans la petite enfance et des enfants qui expriment de l'anxiété et de la souffrance. Ces enfants sont ainsi l'objet d'une trop forte surprotection des parents qui cherchent à leur éviter le stress. Cette attitude parentale d'évitement, de contournement du problème peut conduire à de la violence.

Ces enfants présentent souvent des caractéristiques communes à l'interaction de deux dimensions :

➔ Une dysrégulation émotionnelle

- TDAH
- Troubles de l'humeur
- Post-traumatisme
- Troubles disruptifs
- Troubles borderline (mais diagnostiqué souvent après 18 ans)

➔ Des troubles anxieux

- Anxiété de séparation
- Anxiété généralisée

- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles du spectre de l'autisme

Les caractéristiques principales des familles d'enfants à comportement tyrannique sont :

- un contexte favorisant la surprotection de l'enfant (parents de CSP élevé, parents plus âgés, ATCD médicaux chez l'enfant, couples unis) ;
- une tendance à l'hyperaccommodation face aux symptômes ;
- une hyperaccommodation qui diminue le niveau d'exposition et aggrave la sévérité des troubles sous-jacents ;
- pas de motivation au changement du jeune et psychothérapies inefficaces.

Mon enfant est-il tyrannique ? Les questions à poser aux parents

- Votre enfant est-il violent physiquement ?
- Avez-vous peur de votre enfant/de ses réactions ?
- Considérez-vous que vous vous décidez en fonction de votre enfant ?
- Avez-vous honte de ce que vous faites pour votre enfant ?
- Avez-vous renoncé à des choses importantes pour vous et pour votre enfant ?

Le sujet des enfants violents envers leurs parents est un sujet tabou, et encore mal connu pas les professionnels. Il faut noter également que la prévalence de ces violences reste inconnue (peu de travaux et études scientifiques), d'où la nécessité de développer des recherches sur ce phénomène.

Les parents de ces enfants « violents », maltraitants sont souvent isolés et se sentent accusés, stigmatisés. Ils éprouvent de la honte à en parler à leur entourage.

Elle conclut son audition par plusieurs constats issus de son travail de terrain :

- la mauvaise connaissance de cette situation qui aggrave la honte sociale des parents et des familles ;
- la non-prise en compte des troubles des enfants (retards dans le repérage, le diagnostic et l'accompagnement adapté) ;
- la non-prise en compte par les services sociaux (question des IP et des signalements qui dans ce cadre ne sont pas pris en considération pour des demandes de placement) ;
- la non-prise en compte par les services de police/pompiers/urgences en fonction de l'âge des enfants.

➔ Audition d'Anne Raynaud²⁷

Psychiatre spécialisée dans la périnatalité, Anne Raynaud participe au développement d'actions dédiées au soutien des parents et des enfants en développement.

Fondatrice de l'Institut de la parentalité, elle déploie, avec l'aide de ses collaborateurs, des dispositifs pour accompagner les parents et les professionnels aux multiples enjeux de la construction psychique et du développement psycho-affectif d'un (petit) être. Appuyant son travail sur les connaissances de la théorie de l'attachement croisée aux principes de psychoéducation, le Dr Raynaud propose des offres d'accompagnement et de prévention afin de

²⁷ Compte-rendu de sa présentation orale et de son support écrit (PowerPoint) présentés en séance de travail.

Anne Raynaud s'appuie sur la théorie de l'attachement (cf. Encadré ci-dessous) pour décoder ce qui « se joue » notamment à l'adolescence. Pour grandir, s'épanouir, un individu a besoin d'éprouver un sentiment de sécurité émotionnelle ou affective.

Pour construire, il faut d'abord se sentir en sécurité. Sans cette sécurité, les individus vont exprimer ce sentiment par un certain nombre de stratégies pour trouver cette sécurité seul en déployant notamment des comportements de retrait ou au contraire des comportements aversifs. La recherche de ce sentiment de sécurité peut conduire au développement de troubles du comportement, d'addictions aux jeux, à l'alcool et à d'autres produits stupéfiants.

La théorie de l'attachement

John Bowlby écrit un article en 1958 sur « La nature du lien de l'enfant avec sa mère » dans lequel il critique la théorie des pulsions, en s'appuyant sur les découvertes de l'éthologie. Le terme « d'attachement » y apparaît pour la première fois.

Si les bébés naissent bien avec une prédisposition innée à s'attacher, c'est par la répétition des moments partagés, des soins prodigués qu'un enfant s'attache à un adulte. Deux indices caractérisent une relation d'attachement pour l'enfant : il recherche auprès de la figure d'attachement, de manière préférentielle, proximité et sécurité et proteste en cas de séparation subie. (...)

L'attachement, un système motivationnel

Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement. Ainsi, toutes les conditions indiquant un danger ou générant du stress pour l'enfant activent ce système, que ce soit des facteurs internes, comme la fatigue ou la douleur, ou des facteurs externes, liés à l'environnement (tout stimulus effrayant, par exemple la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement).

Finalement, ce système semble plutôt constamment activé, corrigé en permanence quant à l'objectif à atteindre, comparable au fonctionnement d'un thermostat : sous certaines conditions, le système d'attachement est fortement activé, ce qui conduit l'enfant à chercher et à n'être satisfait que par le contact ou la proximité avec la figure d'attachement. En revanche, lorsque les conditions sont perçues comme normales, l'enfant est libre de poursuivre d'autres buts et d'autres activités, même si le système continue de contrôler l'environnement comme possible source de stress.

Les comportements d'attachement

Pour obtenir cette proximité, le nourrisson use de divers comportements innés tels que le sourire, les vocalisations, le fait de s'agripper, les pleurs (ces derniers, vécus par le donneur de soins comme désagréables, l'incitent à tenter d'y mettre fin) et, plus tard, la marche. Ces comportements, bien que présents dès la naissance, ne sont pas encore dirigés vers une figure particulière et apparaissent plutôt indifférenciés dans un premier temps.

Mais, très tôt, les cris ou les pleurs de l'enfant sont mieux calmés par la mère que par n'importe quelle autre personne. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier ou pleurer,

²⁸ [Nathalie Franc – HyperSupers TDAH France](#)

essayant ainsi de la ramener auprès de lui. L'enfant sourit préférentiellement et plus intensément aux personnes qui lui sont familières, et encore plus à sa figure d'attachement principale. L'enfant babille de plus en plus avec sa figure d'attachement, instaurant de véritables dialogues, et beaucoup moins devant les personnes étrangères ou les objets inanimés.

C'est la répétition des expériences de réconfort en situation de détresse qui permet l'émergence progressive d'une meilleure discrimination par l'enfant de ses figures d'attachement.

Le système exploratoire

Quand le système d'attachement n'est plus activé, que l'enfant est rassuré, alors entre en jeu le système exploratoire grâce auquel l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement. Ce système se développe surtout à partir de 7 mois, période qui correspond à la mise en place du système d'attachement et à la constitution de figures d'attachement spécifiques. Avec ses progrès moteurs, sa capacité à se déplacer, l'enfant peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon. Il devient dès lors particulièrement actif dans la régulation de la distance avec l'adulte. (...)

La figure d'attachement

Après 7 mois, alors que l'enfant différencie de mieux en mieux les personnes qui lui sont étrangères ou familières, il commence à développer une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne spécifique.

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirige son comportement d'attachement. Est susceptible de devenir une figure d'attachement tout adulte (dans les conditions normales) qui s'engage dans une interaction sociale et durable animée avec le bébé, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches.

On peut repérer dans le réseau social de l'enfant les figures d'attachement ayant une fonction de *caregiver* à partir des trois critères suivants : il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière dans sa vie et l'investissant émotionnellement.

Dès 1969, Bowlby soutient que l'enfant développe une hiérarchie de relations d'attachement ; celle-ci s'établit en fonction de la force du sentiment de sécurité que lui apporte chaque relation avec ceux qui s'occupent de lui, liée à la quantité et à la qualité des soins donnés. Le plus souvent, la mère devient la figure d'attachement principale parce que c'est celle qui, autour des soins de routine, passe le plus de temps avec le bébé dans les premiers temps. Pour Bowlby, l'enfant a une tendance innée à s'attacher spécialement à une figure : dans un groupe stable d'adultes, une figure deviendra une figure d'attachement privilégiée. Les autres figures qui l'élèvent (et en particulier le père) représentent les figures d'attachement subsidiaires ; en cas d'absence de la mère, l'enfant se tournera préférentiellement vers elles pour rechercher sécurité et consolation.

Ainsi, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale durable avec l'enfant et qui répond aux besoins de réconfort de l'enfant lorsque celui-ci est stressé est susceptible de devenir une figure d'attachement.

La sensibilité avec laquelle l'adulte répond aux besoins exprimés par l'enfant conditionne la sécurité de l'attachement de ce dernier. (...)

Les relations de l'enfant avec sa figure d'attachement évoluent avec l'âge, le développement de ses capacités motrices et de ses aptitudes cognitives. Ainsi, la période entre 6-9 mois et le début de la troisième année est marquée par des changements importants dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant. Il acquiert un contrôle sur la proximité grâce au

développement de sa motricité, ce qui lui donne un rôle actif dans la gestion de la distance optimale avec sa figure d'attachement : il peut approcher, suivre, rechercher sa mère de façon tout à fait active. Quatre phénomènes marquent cette phase. L'enfant approche de manière spécifique la figure d'attachement lors des retrouvailles ou des situations de détresse : il va vers elle sans hésitation si elle est présente. L'enfant suit, de manière tout aussi spécifique, sa figure d'attachement principale quand celle-ci s'éloigne de lui.

La figure d'attachement de l'enfant représente la base à partir de laquelle il peut s'autoriser à explorer le monde environnant. Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement.

Parallèlement, lors de ses pérégrinations, tout signal d'alarme incite l'enfant à retourner vers sa figure d'attachement qui constitue alors un havre de sécurité.

En lien avec ces phénomènes, apparaissent la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation : l'enfant suspend ses activités quand il est confronté à une personne inconnue, s'en éloigne pour aller vers sa figure d'attachement en témoignant de l'activation de son système d'alarme. Après un certain temps, si l'étranger apparaît bienveillant et n'est pas intrusif, l'enfant peut interagir avec lui, mais en maintenant un certain niveau d'alerte. Tout éloignement ou toute absence de la figure d'attachement active de manière spécifique l'attachement de l'enfant et déclenche les comportements d'attachement.

Il existe une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance.

La notion de base de sécurité renvoie ainsi à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin, et cela quel que soit l'âge de l'individu. La proximité physique, nécessaire au début de la vie, devient progressivement un concept mentalisé et rejoint celui d'accessibilité.

Vers 3 ans, l'enfant a beaucoup moins besoin de la réalité d'une proximité que de la conviction de la possibilité d'obtenir l'attention du *caregiver*. Le développement de son langage lui permet de faire part de ses souhaits et de ses ressentis à ses figures d'attachement. Grâce à sa motricité, il peut réguler de lui-même la distance optimale supportable avec sa figure d'attachement ; le développement de ses capacités cognitives lui permet de s'être construit une représentation mentale de la séparation, qu'il peut mieux tolérer. Il est moins désespéré lors des séparations, et ce d'autant plus qu'il aura négocié et se sera mis d'accord avec sa figure d'attachement sur les conditions de cette séparation et sur les modalités des retrouvailles. On parle de partenariat émergent.

L'enfant est alors prêt pour une nouvelle étape. Ses capacités à tenir compte des attentes et de l'état d'esprit de sa figure d'attachement, à adapter ses comportements en conséquence lui permettent de différer ses demandes et d'adapter des stratégies logiques pour atteindre un objectif. C'est le « partenariat corrigé quant au but », qui prend toute son importance dans les situations clés réveillant l'attachement que sont les séparations et les conflits autour de l'autorité.

Ces capacités de partenariat qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords sont à cet âge-là un bon reflet de la qualité de l'attachement. (...)

Différents styles d'attachement

Mary Ainsworth, collaboratrice de John Bowlby, a défini les différents styles d'attachement, à savoir l'attachement sécure, les attachements insécures évitant et ambivalent/résistant et comment les évaluer chez l'enfant de 12 mois grâce à l'expérience de la « situation étrange » (1978).

Plus tard, George, Main et Kaplan (1991) décrivent l'attachement désorganisé, lorsque l'enfant n'a plus aucune stratégie pour s'adapter aux situations de stress. Ce style d'attachement est, quant à lui, beaucoup plus fortement corrélé avec la psychopathologie et justifie de développer des interventions thérapeutiques centrées sur cette problématique.

– L'attachement de type sécure. Il s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.

– L'attachement de type insécure évitant. L'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents.

– L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté.

– L'attachement désorganisé : il s'agit d'enfants qui, typiquement, se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension et la confusion. La séquence temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation ; des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (comme s'approcher avec la tête détournée) ; les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects mal dirigée. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence ; c'est-à-dire d'enfants dont les figures d'attachement sont elles-mêmes terrifiées et/ou terrifiantes.

L'enfant forme ainsi simultanément un modèle de soi et un modèle d'autrui. Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé, alors que le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins.

Extraits choisis de l'article de la revue Origines et concepts de la théorie de l'attachement (51)

Pour Anne Raynaud, **la théorie de l'attachement** permet d'étudier la façon dont l'enfant déstabilisé, stressé demande et obtient du réconfort de la part d'un adulte, notamment de sa figure d'attachement. Ces interactions précoces vont modeler les représentations concernant l'image de soi d'autrui. C'est donc une théorie du développement psychique dans le cadre des relations interpersonnelles.

Les différents styles d'attachement sécure ou insécure doivent être considérés comme des facteurs de protection ou de vulnérabilité **qui s'intriquent avec d'autres aspects tels que le tempérament, les conditions et événements de vie et peuvent expliquer la violence verbale, physique des enfants envers leurs parents.**

Pour Anne Raynaud, trois types d'attachement peuvent davantage expliquer les comportements maltraitants/violents des enfants vis-à-vis de leurs parents.

➔ L'attachement évitant

- Pas de confiance
- Évitement relationnel et isolement
- Comportement mimant l'indifférence
- Pauvreté de l'exploration
- Attention excessive donnée aux objets
- Peu de coopération dans les activités communes

➔ L'attachement ambivalent résistant

- Hypersollicitations
- Grandes difficultés à gérer les émotions : il les exagère ou les montre de manière déformée et disproportionnée, ce qui peut nuire à la communication avec la figure d'attachement
- En difficulté par rapport à l'autonomie
- Exploration fragmentée

L'attachement désorganisé

- Comportements aléatoires peu compréhensibles
- Figure d'attachement effrayante
- « Peur sans solution »
- Hypervigilance avec sidération
- Angoisse massive et peur d'être abandonné
- Comportements stéréotypés, de fortes colères ou fortes détresses

À l'école, ces trois types d'attachement peuvent s'exprimer de la façon suivante.

Attachement ambivalent évitant	Attachement ambivalent Résistant	Attachement désorganisé
- Peu de plaisir dans la découverte - Moins de créativité - Plus « académique »	- Haut niveau d'anxiété et d'incertitude en classe - Refus de réaliser les tâches demandées	- Grandes difficultés dans les apprentissages - N'accepte pas de ne pas savoir mais refuse les tâches pour échapper au stress

L'attachement désorganisé peut ainsi conduire à des comportements psychopathologiques tels que : troubles des comportements, conduites addictives, anxiété avec attaques de paniques, troubles de l'humeur, troubles de l'attachement (comportement inhibé et désinhibé).

Ces trois types d'attachement déséquilibrés ont un impact fort sur le comportement de l'enfant aussi bien à l'école qu'en famille.

Pour Anne Raynaud, le repérage précoce de ces enfants et l'étayage permettraient de limiter les comportements parfois maltraitants envers leurs parents.

Discussions/échanges

Nathalie Franc souligne que la théorie de l'attachement est intéressante pour une certaine lecture clinique mais qu'il faut rester très prudent et ne pas faire de lien de causalité entre les troubles neuro-développementaux et les styles d'attachements désorganisés.

Elle n'est pas favorable à l'utilisation de la théorie de l'attachement comme théorie explicative et étiopathogénique.

Par ailleurs, elle relève un point de vigilance important : mettre le focus sur le *caregiving* des parents peut conduire à suggérer qu'on n'aurait pas bien accompagné ces enfants en début de vie, d'autant que certains sont très bien suivis. Chaque enfant a des besoins spécifiques en termes d'éducation et les parents qu'elle rencontre par ailleurs sont très impliqués dans leur rôle de parents.

La notion de *caregiving*

« Le terme de *caregiving* peut être traduit par celui de « donneur de soins ».

Bowlby définit le *caregiving* comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à prodiguer des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs.

Ce sont donc les comportements parentaux ayant pour objet de favoriser la proximité et le réconfort lorsqu'ils perçoivent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger. Ce système serait la réciproque du système d'attachement et aurait une fonction adaptative : la protection des jeunes enfants.

Il repose donc sur l'engagement et le sens de la responsabilité dans la protection de son enfant ; le parent a ainsi tendance à faire passer la protection et le bien-être de son enfant avant même ses propres besoins. Il se montre sensible aux besoins d'attachement de son enfant par sa disponibilité émotionnelle, son aptitude à le consoler et l'apaiser.

Lorsqu'il parvient à réconforter son enfant, le parent, s'il ne perçoit plus de danger, modère ses comportements de *caregiving*, son système étant alors désactivé. Si ce système s'exprime déjà sous des formes immatures dans la petite enfance, il se transforme surtout à l'adolescence et durant la période de transition vers la parentalité.

Le *caregiving* parental dépend des propres expériences de ceux-ci concernant leurs relations d'attachement et les parents insécures peuvent être plus en difficulté pour répondre aux besoins de leur enfant. »

Extraits choisis de l'article de la revue Origines et concepts de la théorie de l'attachement, (51)

Anne Raynaud précise qu'il s'agit d'avoir une lecture binoculaire, neurodéveloppementale, environnementale/sécurité affective.

Médecins traitants et pédiatres qui assurent le suivi de l'enfant sont en première position pour effectuer ces repérages et détecter des comportements problématiques. En effet, souvent les parents peuvent consulter pour des crises de colère mais ne précisent pas tout de suite jusqu'où ces crises conduisent et comment elles se traduisent. Il est important que ces professionnels posent des questions plus directes pour obtenir plus de détails et comprendre la situation. Même si l'enfant est poli en consultation, les questions doivent être posées aux parents et à l'enfant.

Ce point soulève la question de la formation des professionnels de santé.

Les enseignants (en maternelle, primaire et collège) comme l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique peuvent être également des acteurs de premier plan pour le repérage de ces enfants et permettent une prise en charge la plus précoce possible. La formation de ces acteurs sur cette thématique et le repérage des enfants susceptibles d'avoir des comportements maltraitants apparaissent ainsi comme nécessaires.

➔ Éclairage juridique sur ces enfants/ados violents

Les membres du groupe de travail ont estimé nécessaire d'avoir un éclairage juridique sur les recours juridiques existants des parents victimes de maltraitances et violences commises par leurs enfants à leur encontre. Une juriste a ainsi été auditionnée pour notamment comprendre le traitement juridique des plaintes déposées par les parents à l'encontre de leurs enfants lorsqu'ils sont mineurs et majeurs.

Sandrine Zanni, substitut du procureur de la République au sein du service civil du tribunal judiciaire de Nantes, a ainsi été auditionnée en groupe de travail

Sandrine Zanni réceptionne des signalements sur des situations variées :

- pour les mineurs : les signalements arrivent via les CRIP ;
- pour les majeurs, les signalements arrivent directement.

Le traitement des signalements

- Si infraction pénale : envoi du signalement à un service d'enquête afin de mener une investigation sur les faits qui ont été dénoncés (entendre la victime, enquête de voisinage). Une fois l'enquête terminée et les éléments recueillis, une décision est prise : déferrement pour une réponse pénale ou convocation devant le tribunal correctionnel.
- Malgré la convocation devant le tribunal, la situation de maltraitance ou vulnérabilité peut perdurer. Dans ce contexte, c'est une procédure civile qui démarre. Cependant, il n'y a pas de mise à disposition d'une équipe d'enquête pour recueillir des informations suffisantes pour évaluer si les conditions légales sont réunies (appui sur le Code civil) et définir effectivement l'altération des facultés mentales ne permettant pas à la personne de faire face à la vie quotidienne et à terme, saisie du juge des tutelles.
- Si aucune infraction pénale mais la situation relève d'un cas de vulnérabilité et de la maltraitance, une saisine du conseil départemental est réalisée étant donné que la loi dit que l'action du juge des tutelles n'est que subsidiaire à l'action administrative. Si la situation est déjà gérée au niveau administratif et qu'elle n'est pas suffisante et que la personne refuse de l'aide, il est vu avec le conseil départemental si connaissance de la situation.

- Pour les majeurs protégés : les rapports avec le conseil départemental suivant les spécificités territoriales sont très différents (difficultés de collaboration). Le travail avec les conseils départementaux demande beaucoup de discussions et de réunions. Le travail en réseau permet de faciliter les échanges mais demande du temps et de l'investissement pour tisser un maillage efficace de coopération.

La multiplicité des intervenants (mairies, CCAS) rend la tâche d'évaluation très difficile pour le ministère public car il faut déterminer le bon interlocuteur vers qui se tourner pour disposer des bonnes informations. La mise en place d'un circuit avec tous ces différents interlocuteurs permet de rendre plus fluide l'échange d'information et d'avoir une meilleure connaissance de la situation des personnes qui doivent être protégées.

En cas de situation connue par le conseil départemental, il y a désengagement de la justice si l'accompagnement est suffisant.

Dans le cas d'un accompagnement insuffisant par le conseil départemental, le ministère public reprend la main et prépare un dossier pour saisir le juge des tutelles. Pour les personnes mariées ou ayant un conjoint, il faut vérifier si la situation de la personne à protéger n'est pas suffisamment garantie par un système de procuration d'un conjoint, et il ne sera pas possible d'avoir une mesure de protection.

Dans un signalement avec les éléments qui montrent que la personne a une altération des facultés mentales qui engendre des difficultés dans la vie quotidienne, un médecin expert est réquisitionné pour réaliser un examen médical. Si l'altération des facultés mentales est confirmée par le médecin, une requête auprès du juge des tutelles est faite pour qu'il se prononce sur la situation.

En cas de violence par des enfants devenus majeurs sur des parents, il y a donc infraction pénale et intervention du ministère public.

Parfois, il n'y a pas forcément de violence, ce sont des cas de maladie psychiatrique, face au refus de soin, les parents se retrouvent souvent démunis. Si les parents confirment la maladie psychiatrique, l'enfant peut être hospitalisé.

Lorsqu'il n'y a pas de troubles psychiatriques connus ou diagnostiqués, ce sont des troubles du comportement (qui sont en hausse chez les jeunes majeurs), pas de possibilité d'hospitalisation. Ces situations sont les plus difficiles à gérer pour les parents.

Si infraction, dans certains cas, les parents ne veulent pas porter plainte car ils se sentent coupables, ressentent de la honte et une culpabilité forte à témoigner contre leur enfant.

Par ailleurs, il est juridiquement impossible de porter plainte contre son enfant en raison de l'immunité familiale sauf en cas de vol des moyens de paiement et des papiers d'identité.

Constats

Augmentation des saisines de l'aide sociale à l'enfance en prévision de la majorité future. Cependant, malgré les outils et les moyens à disposition, il reste très difficile de traiter et de répondre à la multiplicité et complexité des situations à traiter. Une des difficultés rencontrées sur le terrain est liée à la mobilité des magistrats sur le territoire. Chaque nouveau magistrat doit sur un territoire de nouveau renouer de nouveaux contacts avec conseil départemental, mairie, CCAS, etc. L'investissement est très grand pour créer ce réseau nécessaire au traitement des dossiers en coopération étroite avec l'ensemble des interlocuteurs nécessaires à l'avancement du dossier.

7. Repérer, évaluer, accompagner

7.1. Les grilles de repérage élaborées par les membres du GT

Pour repérer et évaluer les situations de risque de maltraitance sur personnes majeures en situation de vulnérabilité, trois grilles de repérage sont proposées relatives aux différentes maltraitances et violences ciblées dans ce guide. Chaque grille de repérage est illustrée par un cas pratique qui reprend les étapes de repérage, d'évaluation et d'accompagnement de la victime présumée et de son auteur.

Grille 1. Repérage de la maltraitance sur les personnes âgées

Grille 2. Repérage des violences conjugales

Grille 3. Repérage de la maltraitance des enfants sur leurs parents, « parents violentés » (**grilles en annexes**)

➔ Mode d'emploi des grilles

L'utilisation de ces grilles de repérage doit se faire dans le respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité de la personne et dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

Il convient d'échanger avec la personne (en privé) sur les signes observés et de l'associer dans l'évaluation de la situation.

Objectifs

Sensibiliser les professionnels au repérage du risque de maltraitance intrafamiliale.

Destinataires

Les grilles s'adressent à tout professionnel et bénévole au contact d'une personne majeure en situation de vulnérabilité.

Structuration

Chaque grille de repérage comporte quatre grandes parties :

- Les vigilances fortes
- Les signaux d'alerte
- Les facteurs de risque :
- Les facteurs de protection/points d'appui

Le + de ces grilles

Les signaux d'alerte et facteurs de risque sont associés à des pictogrammes de forme et couleur différentes afin de définir un niveau de vigilance.

 Triangle rouge : niveau de vigilance très fort (danger grave et avéré, situation de péril)

 Rond jaune : niveau de vigilance moyen à fort

Point de vigilance

Ne pas considérer comme maltraitée toute personne pour laquelle certains facteurs de risque sont identifiés à son échelle, celle de ses parents ou de son environnement. Il est intéressant pour un évaluateur de connaître ces facteurs, mais la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque ne signifie pas automatiquement qu'il y a maltraitance dans la situation concernée ; néanmoins, l'accumulation de plusieurs facteurs de risque augmente le risque de maltraitance et doit mettre en vigilance le professionnel. Ces signaux d'alerte et facteurs de risque peuvent être croisés avec une caractérisation de la situation de vulnérabilité de la victime supposée (cf. vigilances fortes).

Exemples de conduites à tenir

Situation 1 : j'identifie un signe/item jaune ou plusieurs bleus : j'explore, je recherche d'autres signes, je reste vigilant et à l'écoute.

Situation 2 : j'identifie plusieurs signes/items jaunes et plusieurs bleus : j'informe ma hiérarchie et/ou l'équipe de professionnels qui intervient auprès de la personne ; je partage mes informations et me consulte avec l'équipe pour statuer sur la conduite à tenir : par exemple, mobiliser le réseau familial, amical, social, médical de la personne supposée victime ; faire un signalement aux autorités (conseil départemental, procureur), faire une demande de régime de protection...

Situation 3 : j'identifie un signe/item rouge (parmi les signaux d'alerte) : j'informe ma hiérarchie et/ou les autorités compétentes pour le déclenchement d'une action rapide de mise en sécurité/protection de la victime supposée.

➔ Ces grilles ont été réalisées au cours des différentes réunions des experts du groupe de travail. Elles reposent sur :

- la revue de littérature composée sur les maltraitances intrafamiliales ;
- l'examen des différentes grilles de repérage/outils existants ;
- les compétences professionnelles des experts.

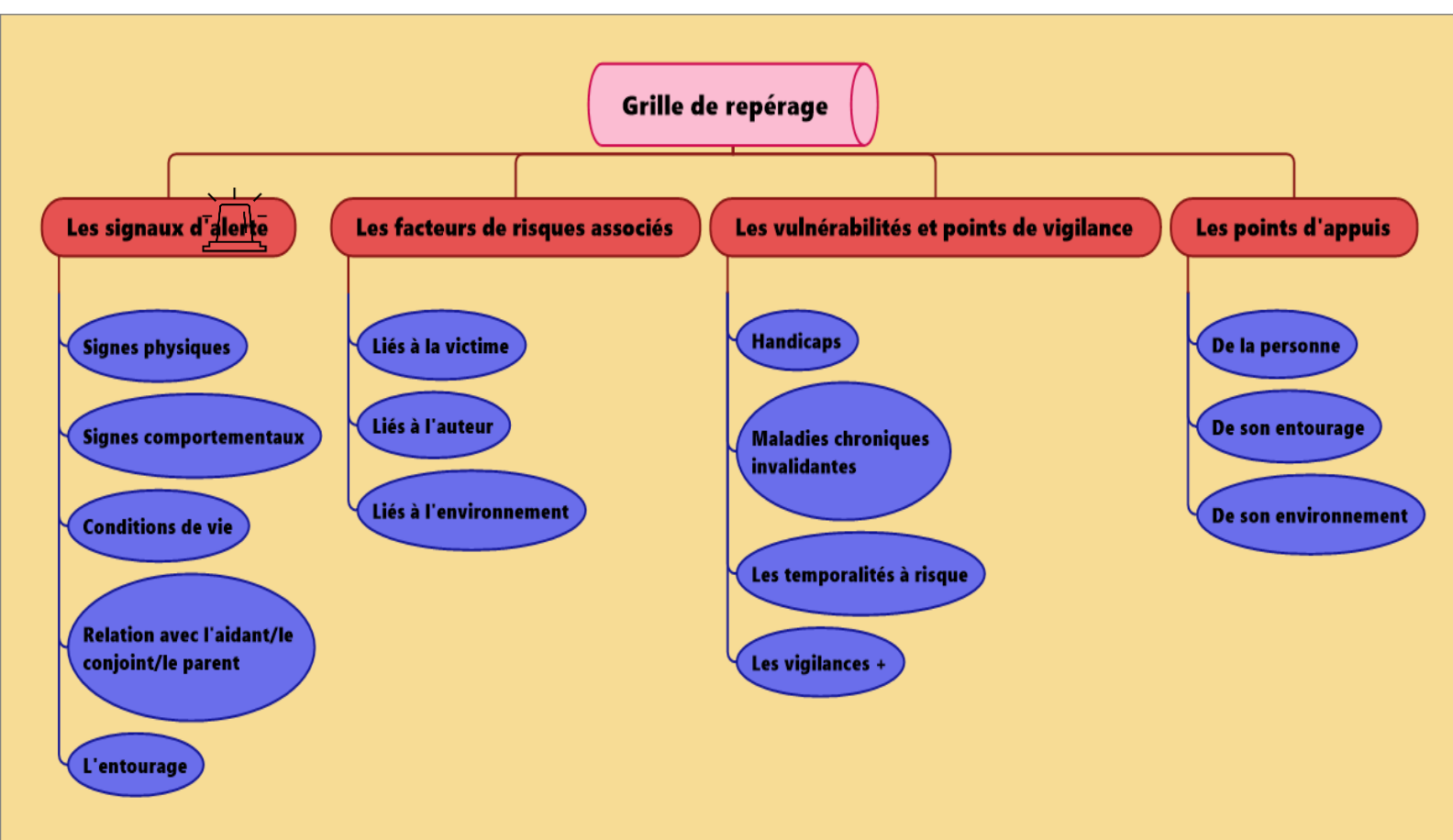
Avis des membres du groupe de travail

Les experts ont, atelier par atelier sur la base de ce premier schéma, conçu les trois grilles de repérage.

Les membres du groupe de travail ont décidé de rebaptiser les « vulnérabilités fortes et points de vigilance » en « **vigilances fortes** » pour chaque population.

Les membres du groupe de travail ont insisté pour que dans chaque grille figurent les points d'appui ou facteurs de protection qui permettent pour un professionnel de s'appuyer sur les ressources intrinsèques de la personne ainsi que sur les ressources de son environnement proche (famille/amis/entourage) et les ressources institutionnelles (associations, centres d'accueil, permanence juridique).

Chaque grille se structure donc ainsi :



➔ Chaque grille de repérage présente cette structuration.

➔ Les vigilances fortes ont été remontées pour les trois populations en haut des grilles après débat et avis des membres du groupe de travail.

7.2. Évaluer

Pour prévenir les risques de maltraitance, protéger les personnes vulnérables, prendre en charge les victimes, il est important de repérer les signes de maltraitance et de les caractériser dans une démarche d'évaluation des situations de risque.

Avis du groupe de travail

Pour compléter les grilles, les membres du GT ont souhaité souligner que l'évaluation des risques de maltraitance s'inscrit dans un processus de repérage qui implique plusieurs étapes et précautions associées.

➔ Mettre en place des conditions favorisant la divulgation des maltraitances

- Mieux informer les victimes de leurs droits, des circuits d'alerte et de signalement judiciaire, des recours et des aides possibles en cas de maltraitance.
- Mieux informer les aidants et personnes intervenant auprès des personnes vulnérables sur la notion de maltraitance, comment la repérer, les solutions de répit et de recours.
- Mieux informer les témoins de maltraitance de leurs droits, de l'importance de leur rôle et des obligations et devoirs associés.
- Préciser les obligations des acteurs (aidants professionnels et aidants familiaux) en termes de prévention et d'alerte.

➔ Mettre en place des conditions favorisant l'échange avec la personne

- Proposer à la personne de parler en privé (hors la présence de l'auteur supposé).
- Adopter une attitude empathique sans porter de jugement.
- Signifier à la personne son inquiétude au regard des faits observés et constatés.
- Poser des questions qui aident la personne à parler de ses expériences.
- Respecter la temporalité de la personne dans le fait de ne pas dire tout en une seule fois.
- Adopter une écoute et une attitude bienveillante et être rassurant dans les réponses.
- Légitimer la situation de victime, lui confirmer qu'elle est dans son droit de refuser les maltraitances et violences et de demander de l'aide.
- Faire attention à ses propres préjugés, ne pas minimiser, banaliser ou porter de jugement.

Recommandations concrètes trouvées issues de la littérature scientifique pour échanger avec la victime

En préalable, proposer (toujours) de parler en privé, poser des questions qui aident la personne à parler de ses expériences, être rassurant dans les réponses, faire attention aux préjugés (15).

« Est-ce que votre partenaire...

- Vous humilie ou se moque de vous devant vos amis ou votre famille ?
- Dénigre vos accomplissements ?
- Vous donne l'impression que vous n'êtes pas capable de prendre des décisions ?
- Utilise l'intimidation ou les menaces pour vous plier à sa volonté ?
- Vous dit que vous n'êtes rien sans lui ?
- Vous malmène en vous empoignant, en vous poussant, en vous pinçant, en vous bousculant, en vous frappant ?
- Vous appelle plusieurs fois par nuit ou se présente à l'improviste pour vérifier que vous êtes bien là où vous aviez dit que vous seriez ?
- Invoque l'influence de la drogue ou de l'alcool comme excuse pour vous insulter ou vous maltraiter ?
- Vous tient pour responsable de ses sentiments ou de ses actions ?
- Vous force à accomplir des actes sexuels qui vous semblent prématurés ?
- Vous donne l'impression qu'il n'existe aucune issue pour sortir de la relation ?

- Vous empêche de faire ce dont vous avez envie, comme passer du temps avec vos amis ou en famille ?
- Essaie de vous empêcher de partir après une dispute ou bien vous abandonne quelque part pour vous « donner une leçon » ?

« Est-ce que...

- Vous avez parfois peur de la façon dont votre partenaire risque d'agir ?
- Vous devez constamment excuser le comportement de votre partenaire auprès de tiers ?
- Vous pensez qu'il suffirait que vous changiez vous-même pour que votre partenaire change aussi ?
- Vous vous efforcez de ne rien faire qui puisse causer une dispute ou mettre votre partenaire en colère ?
- Vous faites toujours ce que décide votre partenaire au lieu de ce que vous voudriez faire ?
- Vous restez avec votre partenaire parce que vous avez peur de ses actions potentielles en cas de rupture ?

[...] Vous vous trouvez peut-être dans une relation émotionnellement abusive si votre partenaire :

- Se moque de vous, vous insulte ou vous critique constamment.
- Ne vous fait pas confiance et se montre jaloux ou possessif.
- Essaie de vous isoler de votre famille ou de vos amis.
- Surveille vos déplacements, vos appels téléphoniques et avec qui vous passez du temps.
- Ne veut pas que vous travailliez.
- Contrôle le budget familial et refuse de partager les ressources financières.
- Vous punit en vous privant d'affection.
- Exige que vous demandiez sa permission.
- Menace de vous faire du mal à vous, à vos enfants, à votre famille ou à vos animaux de compagnie.
- Vous humilie de quelque façon que ce soit.
- Endommage des biens dans ses accès de colère (jette des objets, donne des coups dans les murs ou les portes, etc.).
- Vous pousse, vous frappe, vous mord, vous donne des coups de pied ou vous étouffe.
- Vous abandonne dans un endroit dangereux ou inconnu.
- Vous effraie en conduisant de façon imprudente.
- Utilise une arme pour vous menacer ou vous blesser.
- Vous force à quitter votre domicile.
- Vous séquestre à domicile ou vous empêche d'en sortir.
- Vous empêche d'appeler la police ou d'obtenir une assistance médicale.
- Maltraite vos enfants.
- Use de la force physique lors de relations sexuelles.
- Vous accuse de le tromper ou est souvent jaloux de vos relations avec d'autres personnes.
- Vous demande de porter des tenues suggestives.
- Vous insulte ou vous donne des noms obscènes.
- Vous a déjà manipulé ou forcé à entretenir des relations sexuelles.
- Vous immobilise pendant les relations sexuelles.

- Exige que vous vous soumettiez à des actes sexuels alors que vous êtes malade, fatigué ou après vous avoir frappé.
- Vous blesse au moyen d'armes ou d'objets pendant les relations sexuelles.
- Implique d'autres personnes dans vos relations sexuelles.
- Ne tient pas compte de vos sentiments en matière de sexe.
- « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? »
- « En cas de dispute, cela se passe comment ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »
- « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? »
- « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? » (28)

➔ Évaluer les signes de gravité de la situation de maltraitance (s'appuyer sur les grilles de repérage en annexe)

- La fréquence/intensité des épisodes violents
- Les conséquences physiques et psychologiques sur la personne
- Les retentissements sur les enfants
- Les impacts et conséquences sur les autres membres de la famille et l'entourage proche
- La dangerosité de l'agresseur (menaces de mort, tentatives de passage à l'acte, par exemple strangulation, présence d'armes à feu, intentionnalité de nuire, conscience et maîtrise de ses actes...)

➔ Associer la personne dans l'évaluation de la situation et l'informer de ce qui est décidé

- Favoriser la parole des personnes concernées
- Rechercher l'adhésion de la victime
- Donner des éléments à la personne pour qu'elle puisse formuler ses choix de vie

➔ Se mettre en lien avec les autres professionnels qui s'occupent de la personne et partager les informations (dans le respect des règles relatives au secret professionnel)

Repères juridiques

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le Code de la santé publique (CSP) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ce secret concerne aussi le professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) (article L. 1110-4 du CSP). Les modalités d'échange (avec un ou plusieurs professionnels identifiés) et de partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social (lorsque les professionnels sont membres d'une même équipe de soins ou non) sont régies par les articles L. 1110-4 et suivants du CSP, et R. 1110-1 et suivants du CSP. Seuls les professionnels listés à l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique (des professionnels de santé, mais aussi des professionnels du secteur social et médico-social) participant à la prise en charge d'une même personne peuvent échanger et partager des informations (y compris médicales) à condition : 1° que ces seules informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne ; 2° qu'elles relèvent du périmètre de leurs missions. Des professionnels de santé et des professionnels du secteur social/médico-social peuvent échanger ou partager des informations dans les conditions suivantes.

En cas d'échange d'informations

Préalablement à l'échange, le professionnel doit informer la personne concernée (ou son représentant légal) : de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange ; de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, ou de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

En cas de partage d'informations appartenant à la même équipe de soins

Le consentement du patient (ou du représentant légal) à ce partage d'informations au sein de la même équipe de soins est présumé.

En cas de partage d'informations entre professionnels n'appartenant pas à la même équipe de soins

Le consentement préalable de la personne concernée (ou du représentant légal) est requis. Le consentement peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

- ➔ **Organiser un système de veille en mobilisant les différents intervenants du domicile (professionnels et bénévoles)**
- ➔ **Mobiliser l'ensemble des intervenants du domicile et les encourager à rester vigilants**
- ➔ **Désigner un référent/coordonnateur (au sein de l'équipe intervenant au domicile) pour centraliser les informations**

7.3. Proposer un suivi et un accompagnement

Les membres du groupe de travail ont estimé que repérer et évaluer suppose un suivi et un accompagnement des victimes, mais également des auteurs, notamment les aidants, exposés aux risques d'épuisement et de devenir ainsi potentiellement maltraitants.

7.3.1. Accompagner les victimes

➔ Contribuer à la prise de conscience de la victime de sa situation de maltraitance

- Relater les faits observés (signes physiques, comportementaux...) chez la personne, les enfants, son entourage et lui faire part de votre inquiétude
- L'informer des conséquences des actes de maltraitance et de violence pour elle (ses enfants, son entourage)

➔ Laisser le temps à la victime de comprendre la situation (de violence et/ou d'emprise, de dépendance, etc.) pour ne pas aller plus vite qu'elle ne peut et rester en soutien le temps nécessaire

- Ne pas brusquer la personne dans son récit
- Adopter une posture d'écoute active pour favoriser la parole
- Déculpabiliser la personne qui peut se sentir coupable de « briser la famille », lui rappeler qu'elle a le droit de se protéger elle et sa famille
- Réattribuer l'unique responsabilité des violences à l'agresseur

➔ Identifier les capacités de la personne/points d'appui ou facteurs de protection

Les facteurs de protection ont une influence positive sur la personne, ils limitent les risques et, de ce fait, contribuent à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie. Ces facteurs de protection sont des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets de facteurs de risque.

Les facteurs de protection atténuent, voire inhibent les expériences et/ou interactions négatives.

Il est donc primordial de repérer les facteurs de protection qui participent à l'évaluation globale des situations à risque de maltraitance. Le professionnel en effet peut identifier les points d'appui (enfants, travail, estime de soi, personnes ressources, etc.) de la personne pour favoriser sa compréhension de la situation et soutenir sa décision de rompre avec la violence et celle de son auteur.

7.3.2. Repérer les aidants et les accompagner

Point de vigilance sur les aidants familiaux

Lorsqu'une personne est vulnérable (perte d'autonomie, restriction ou abolition du discernement) au sens juridique (**article 434-1 et article 434-3 du Code pénal**), le conjoint, l'enfant, le parent est amené alors à prendre soin de l'autre (de sa santé, de son bien-être, de ses finances, etc.). Ils deviennent alors des aidants familiaux.

- « Les aidants sont toutes ces personnes qui fournissent de l'aide de manière informelle à un proche à cause d'un problème de santé, d'un handicap, ou tout simplement d'une perte

d'autonomie. Les aidants constituent un groupe de personnes particulièrement à risque tant en termes de santé mentale que de santé physique » (52).

- Les proches aidants, en s'occupant des personnes situées dans leur entourage, vulnérables, fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap, accomplissent au quotidien une mission essentielle. Ils assument de lourdes responsabilités et éprouvent souvent des difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle.
- Parfois épuisés par leur rôle et leur tâche (d'autant plus lorsqu'elle est non souhaitée, mal acceptée ou lorsque le rapport à l'aidé est ambivalent), les aidants peuvent devenir maltraitants.
- Les aidants sont souvent seuls face à la maladie ou au handicap de leur proche et peuvent manquer de connaissances sur la maladie ou le handicap (symptômes, conséquences, soins nécessaires, prise en charge, évolution). Ils souffrent d'isolement et de manque d'informations, de formations, d'appuis et de soutien.

Les difficultés rencontrées par les aidants :

- 50 % se sentent parfois seuls, non soutenus moralement ;
- 53 % s'estiment mal informés sur leur rôle d'aidant ;
- 61 % des aidants travaillent et 44 % disent éprouver des difficultés à concilier leur rôle avec leur vie professionnelle ;
- 25 % des aidants ont dû s'absenter au cours des 12 derniers mois pour s'occuper de leur proche (en moyenne 16 jours) ;
- 62 % se sont déjà retrouvés dans un état d'épuisement intense ;
- 74 % déclarent avoir parfois besoin de répit pour souffler (enquête Macif/lpsos 2020) (53).

Les aidants familiaux, les proches aidants peuvent oublier de donner le traitement médicamenteux à la personne, négliger les soins d'hygiène quotidiens, etc.

Les aidants ont besoin ainsi d'être soutenus, aidés, relayés (par des professionnels). Leur proposer soutien (psychologique) et accompagnement (social et médico-social comme des temps et des lieux de répit) est nécessaire pour prévenir leur épuisement et les risques de maltraitance envers leurs proches.

Pour aller plus loin : recommandation HAS « Répit des aidants » (54)²⁹

Ainsi, pour prévenir tout risque de maltraitance d'un aidant envers son proche aidé, il est indispensable de :

- repérer les aidants en amont de l'épuisement le plus précocement possible ;
- informer les aidants sur les dispositifs de droits et d'aides pour eux-mêmes et leurs proches ;
- proposer des solutions de relayage permettant le maintien à domicile du proche aidé (infirmier, aide-ménagère, etc.) ;
- former et sensibiliser les aidants sur les pathologies des proches, les gestes et postures adaptés... ;
- proposer aux aidants un soutien psychologique ;

²⁹ [Haute Autorité de santé – Répit des aidants](#)

- orienter les aidants vers des lieux de répit pour se ressourcer et se reposer et des espaces virtuels dédiés (communautés en ligne, aide individuelle en visioconférence) pour échanger ;
- faciliter et travailler sur le lien entre aidants et proches aidés en les orientant vers des dispositifs.

7.3.3. Développer les compétences des professionnels

Avis du groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont relevé plusieurs enjeux liés aux difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain, détaillés dans un tableau de synthèse p. 27. Ils ont ainsi souhaité poser quelques recommandations issues de leurs expériences de terrain axées sur la formation, la coordination des acteurs et le soutien aux professionnels.

Les recommandations qui figurent dans le guide sont donc principalement issues des réflexions des membres du GT et s'inscrivent par ailleurs dans des recommandations classiques des RBBP qui visent à :

- **mieux former les professionnels** : sensibiliser et mieux former tous les professionnels ainsi que les cadres de direction au phénomène de maltraitance et plus particulièrement au repérage des risques de maltraitance par des formations généralisées, régulières, pluridisciplinaires et répétées ;
- **organiser et travailler en coopération** : le développement du travail en équipe, entre équipes, avec la mise en place de modes d'échange, de coopération, de coordination entre les différents professionnels et intervenants (bénévoles) du domicile est nécessaire pour des professionnels qui se sentent souvent isolés les uns des autres ;
- **mettre à disposition des professionnels des outils simples et pratiques sur le terrain en proposant des grilles de repérage comme celles proposées dans le guide, accompagnées d'un atelier de formation à ces grilles** (autres outils et grille de repérage annexe 3).

Les membres du groupe de travail soulignent les difficultés rencontrées par les professionnels confrontés à ces situations de violence. Ils ont souhaité également mettre en avant **des recommandations pour soutenir les professionnels dans leurs pratiques et les sécuriser et les préserver des risques psychosociaux**.

Les professionnels peuvent être confrontés à des situations de maltraitance, d'agressivité et de violence entre parents et enfants, entre conjoints, etc. Certaines expériences peuvent être très mal vécues et constituer un véritable traumatisme pour le professionnel.

Le traumatisme vicariant

Le « traumatisme vicariant » est un traumatisme psychologique sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutif aux contacts avec une personne traumatisée. Par exemple, entre autres intervenants, les travailleurs sociaux sont confrontés, au quotidien, à la souffrance des personnes et viennent à souffrir eux-mêmes par ricochet ; cela vient altérer leur vision du monde. L'évènement traumatique même est constitué par l'expérience de la rencontre avec la personne traumatisée. Plus la fréquence de tels contacts est grande, plus il y a de risques, par effet cumulatif, de traumatisme vicariant (2).

Les membres du groupe de travail ont également insisté sur le nécessaire développement **des compétences de questionnement éthique des professionnels pour l'analyse des situations** : sensibiliser et former à la réflexion éthique (sensibilisation, formation, études de cas, jeux de rôle, échanges de pratiques, usage de la fiction, etc.) et créer des lieux dédiés aux discussions éthiques autour d'études de cas.

La démarche de réflexion éthique

La démarche de réflexion éthique propose une réflexion sur les conséquences de ses décisions et de ses actes pour soi et les autres ; la manière d'agir, la motivation de cet agir en particulier.

La réflexion éthique émerge d'un questionnement/dilemme concernant les professionnels, les personnes accompagnées ou leur entourage.

La réflexion éthique donne du sens aux pratiques. Elle permet de se poser les questions : « Est-ce que je fais bien ? En quoi mon action contribue-t-elle à aider la personne accompagnée ? »

Elle contribue à faciliter une prise de décision la plus juste possible dans une situation donnée à un moment donné.

Les situations problématiques ou complexes sur le plan éthique se situent dans des zones d'incertitudes juridiques ou réglementaires ou bien lorsque des logiques de valeurs contradictoires sont à l'œuvre. Dans ces situations, la prise de décision présente un enjeu fort pour les différentes parties prenantes (personnes accompagnées, proches ou professionnels) et le besoin d'aide à la décision sera toujours important (55).

L'éthique propose une réflexion sur des notions ou valeurs (ex. : le bien, la justice, etc.), ouvre le dialogue et la réflexion avec d'autres sciences (sociologie, politique, psychologie, etc.) et incite à un travail de réflexion personnel (sur la meilleure décision à prendre selon les circonstances) et à un travail collectif.

Les compétences éthiques : le terme compétence désigne la capacité d'un individu à savoir discerner les enjeux éthiques, à les prioriser, à élaborer plusieurs scénarios de choix et à en anticiper les effets respectifs, à soupeser les bénéfices et les risques des décisions et interventions envisagées, à se décentrer pour prendre et comprendre divers points de vue et ainsi à effectuer des arbitrages.

Table des annexes

Annexe 1.	Stratégie de recherche	76
Annexe 2.	Les grilles de repérages	84
Annexe 3.	Signaler et alerter : repères juridiques	93
Annexe 4.	Liste des outils et grilles de repérage (liste non exhaustive)	97

Annexe 1. Stratégie de recherche

Définition et délimitation du sujet maltraitances intrafamiliales

La recherche a porté sur les sujets définis et a été limitée aux publications en français et anglais sur la période 2013 à 2023 concernant les pays européens, le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Cette recherche a été complétée par une veille menée jusqu'en février 2024.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale, les bases de données Medline, APA PsycInfo pour une recherche systématique, puis des recherches complémentaires dans Embase et Emcare ;
- pour les études et la littérature francophones, les plateformes Cairn.info, Erudit, Persée et HAL ;
- la *Cochrane Library* et la *Campbell Collaboration* ;
- les sites internet des institutions et associations traitant de la maltraitance, de la famille ou des personnes majeures en situation de vulnérabilité.

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

Stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques

Étude de faisabilité pré-cadrage

Objectif

- Vérifier que le sujet a fait l'objet de publications scientifiques
- Mesurer le volume de publications
- Identifier les concepts et le champ lexical

Méthode

Choix de sources pour la littérature scientifique internationale : bases de données bibliographiques Medline et APA PsycInfo.

La recherche a été effectuée de manière très large sur les maltraitances intrafamiliales dans les descripteurs, le titre et l'abstract.

Équation de recherche

```
MESH.EXACT("Domestic Violence") OR SU.EXACT("Domestic Violence") OR MESH.EXACT("Elder Abuse") OR SU.EXACT("Elder Abuse") OR MESH.EXACT("Spouse Abuse") OR MESH.EXACT("Intimate Partner Violence") OR SU.EXACT("Intimate Partner Violence") OR MESH.EXACT("Emotional Abuse") OR SU.EXACT("Emotional Abuse") OR TI,AB("domestic" N/2 "violence*") OR TI,AB("domestic" N/2 "abuse") OR TI,AB("family" N/2 "violence*") OR TI,AB("familial" N/2 "violence*") OR TI,AB("family" N/2 "abuse") OR TI,AB("familial" N/2 "abuse") OR TI,AB("relatives" N/3 "violence*") OR TI,AB("relatives" N/3 "abuse") OR TI,AB("elder abuse") OR (TI,AB("neglect*") AND TI,AB("family" OR "domestic" OR "relatives")) NOT TI,AB("self-neglect*") OR TI,AB("mistreat*") AND TI,AB("family" OR "domestic" OR "relatives") OR TI,AB("maltreat*") AND TI,AB("family" OR "domestic" OR "relatives") OR TI,AB("intimate partner violence*") OR TI,AB("IPV" AND ("violence" OR "abuse" OR "mistreat*" OR "maltreat*"))
```

Étude de cadrage

Recommandations	202
Revue systématique/Méta-analyses	975

Essais contrôlés	2 036
Études comparatives	431
Études observationnelles	5 631
Revue de littérature	1 613

L'étude de faisabilité pré-cadrage a ainsi permis de mettre en évidence :

- un volume important de littérature et la nécessité d'aborder la recherche par facettes/angles ;
- un critère « personne majeure en situation de vulnérabilité à domicile » difficile à inclure tel quel dans la recherche.

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques a été construite en utilisant des termes présents dans le titre ou le résumé, combinés avec des descripteurs issus des thésaurus.

Stratégie de recherche dans les bases de données Medline et APA PsycInfo (Proquest)

Sujet/Type d'étude

Termes utilisés

Maltraitance intrafamiliale sur personne majeure/facteurs de risque

Revue systématique

ÉTAPE 1

MESH.EXACT("Domestic Violence") OR SU.EXACT("Domestic Violence") OR MESH.EXACT("Elder Abuse") OR SU.EXACT("Elder Abuse") OR MESH.EXACT("Spouse Abuse") OR MESH.EXACT("Intimate Partner Violence") OR SU.EXACT("Intimate Partner Violence") OR MESH.EXACT("Emotional Abuse") OR SU.EXACT("Emotional Abuse") OR TI("domestic" N/2 "violence*") OR TI("domestic" N/2 "abuse") OR TI("family" N/2 "violence*") OR TI("familial" N/2 "violence*") OR TI("family" N/2 "abuse") OR TI("familial" N/2 "abuse") OR TI("relatives" N/3 "violence*") OR TI("relatives" N/3 "abuse") OR TI("elder abuse") OR ((TI("neglect*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives"))) NOT TI("self-neglect*") OR (TI("mistreat*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives"))) OR (TI("maltreat*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives"))) OR MESH.EXACT("Intimate Partner Violence") OR SU.EXACT("Intimate Partner Violence") OR TI("intimate partner violence*") OR TI("IPV" AND ("violence" OR "abuse" OR "mistreat*" OR "maltreat*"))

AND

ÉTAPE 2

MESH.EXACT("Risk Factors") OR MESH.EXACT("Protective Factors") OR MESH.EXACT("Precipitating Factors") OR SU.EXACT("Risk Factors") OR SU.EXACT("Protective Factors") OR SU.EXACT("Psychosocial Factors") OR TI("risk factor*") OR

	TI("protective factor*") OR TI("marker*") OR TI("association*") OR TI("Predict*") OR TI("determinant*") OR TI("context*") OR TI("association between") OR TI("association with") OR TI("associated with") OR TI("contribut*") OR TI("impact") OR TI("assess*") OR MESH.EXACT("Family Relations") OR SU.EXACT("Family Relations") OR TI,AB("ecolog*")	
AND		
ÉTAPE 3	TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR PUB(cochrane database syst rev) OR SU.EXACT("Systematic Review") OR ME("systematic review") OR ME("meta analysis")	
	Autres revues de littérature	
ÉTAPE 1		
ET		
ÉTAPE 2		
ET		
ÉTAPE 4	(TI(review) OR DTYPE(review) OR SU.EXACT("Literature Review")) NOT (TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR PUB(cochrane database syst rev) OR SU.EXACT("Systematic Review") OR ME("systematic review") OR ME("meta analysis"))	
Parents violentés		
	Recommandations	
ÉTAPE 5	TI,AB("abuse of parents") OR TI,AB("abuse towards parents") OR TI,AB("violence against parents") OR TI,AB("youth on parent violence") OR TI,AB("adolescent on parent violence") OR TI,AB("child to parent abuse") OR TI,AB("child to parent violence") OR TI,AB("child to parent offense") OR TI,AB("adolescent to parent abuse") OR TI,AB("adolescent to parent violence") OR TI,AB("adolescent to parent offense") OR TI,AB("youth to parent violence") OR TI,AB("Child violence towards parents") OR TI,AB("Adolescent Violence towards parents") OR TI,AB("Children who assault their parents") OR TI,AB("Children who abuse their parents") OR TI,AB("Adolescents who assault their parents") OR TI,AB("Adolescents who abuse their parents")	

	OR TI,AB("adolescent on parent violence") OR TI,AB("child to mother abuse") OR TI,AB("child to mother violence") OR TI,AB("adolescent to mother abuse") OR TI,AB("adolescent to mother violence") OR TI,AB("parents abuse by") OR TI,AB("child to father abuse") OR TI,AB("child to father violence") OR TI,AB("adolescent to father abuse") OR TI,AB("adolescent to father violence") OR TI,AB("aggression toward parents") OR TI,AB("child to parent aggression") OR TI,AB("adolescent to parent aggression") OR TI,AB("Teenage violence toward parent*") OR TI,AB("Parent abuse by adolescents") OR TI,AB("abuse of parents") OR TI,AB("abuse towards parents") OR TI,AB("violence against parents") OR TI,AB("youth on parent violence") OR TI,AB("adolescent on parent violence")	
ET		
ÉTAPE 6	TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline) OR SU.EXACT(Treatment guidelines) OR SU.EXACT("Best Practices")	
	Revue systématique	
ÉTAPE 5		
ET		
ÉTAPE 4		
	Autres études	
ÉTAPE 5		
SAUF		
ÉTAPE 7	TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline) OR SU.EXACT(Treatment guidelines) OR SU.EXACT("Best Practices") OR TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR PUB(cochrane database syst rev) OR	

	SU.EXACT("Systematic Review") OR ME("systematic review") OR ME("meta analysis")	
Maltraitance intrafamiliale sur personne majeure/protection		
	Recommandations	
ÉTAPE 8	(MESH.EXACT("Elder Abuse -- prevention & control") OR MESH.EXACT("Domestic Violence -- prevention & control") OR MESH.EXACT("Spouse Abuse -- prevention & control")) OR ((SU.EXACT("Domestic Violence") AND SU.EXACT("Violence Prevention") OR MESH.EXACT("Domestic Violence") OR SU.EXACT("Domestic Violence") OR MESH.EXACT("Elder Abuse") OR SU.EXACT("Elder Abuse") OR MESH.EXACT("Spouse Abuse") OR MESH.EXACT("Intimate Partner Violence") OR SU.EXACT("Intimate Partner Violence") OR MESH.EXACT("Emotional Abuse") OR SU.EXACT("Emotional Abuse") OR TI("domestic" N/2 "violence*") OR TI("domestic" N/2 "abuse") OR TI("family" N/2 "violence*") OR TI("familial" N/2 "violence*") OR TI("family" N/2 "abuse") OR TI("familial" N/2 "abuse") OR TI("relatives" N/3 "violence*") OR TI("relatives" N/3 "abuse") OR TI("elder abuse") OR ((TI("neglect*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives")) NOT TI("self-neglect*")) OR (TI("mistreat*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives")) OR (TI("maltreat*") AND TI("family" OR "domestic" OR "relatives")) OR TI("intimate partner violence*") OR TI("IPV" AND ("violence" OR "abuse" OR "mistreat*" OR "maltreat*")) AND (TI("prevent*") OR TI("early intervention*") OR AB("primary prevention*") OR TI("reduc*") OR TI("mediat*") OR TI("decreas*") OR TI("advoca*") OR AB("primary prevention*") OR TI("cooperation talk") OR TI("dispute resolution") OR TI("dispute management") OR TI("dispute reduction") OR TI("conflict resolution") OR TI("conflict management") OR TI("conflict reduction"))))	
ET		
ÉTAPE 6		
	Revue systématique	
ÉTAPE 8		

Liste des sites internet consultés

- Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ)
- Aide Abus Aînés
- Allô maltraitances personnes âgées et/ou handicapées 63 (ALMA 63)
- APF France handicap

- Association Addictions France
- Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale (AIFRIS)
- Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)
- *Australia's National Organisation for Women's Safety*
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
- Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)
- Centre fédéral d'expertise et de soins en santé (KCE)
- Centre Hubertine Auclert
- Cercle Vulnérabilités et Société
- Comité national des violences intrafamiliales (CNVIF)
- Confédération suisse. Département fédéral de l'intérieur. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. Domaine violence domestique
- Confédération suisse. Office fédéral des assurances sociales
- Conseil départemental de la Drôme
- Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis
- Conseil départemental de l'Aveyron
- Conseil départemental de Savoie
- Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
- École des hautes études en santé publique (EHESP)
- Fédération 3977 contre les maltraitances
- Fédération des acteurs de la solidarité
- Fédération nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (ANCREAI)
- Gouvernement du Canada/Centre national d'information sur la violence dans la famille
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)
- Haute Autorité de santé (HAS)
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
- Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés
- *Local Government Association/Association of Directors of Adult Social Services*
- Ministère de la Santé et de la Prévention
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Ministère de l'Intérieur/Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)
- Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)

- Mona Lisa. Engagés contre l'isolement des âgés
- *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)
- *National Resource Center on Domestic Violence* (NRCDV)
- Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)
- Observatoire national du développement et de l'action sociale (ODAS)
- Ordre des infirmiers
- Organisation des Nations unies (ONU)
- Petits Frères des pauvres
- Respect seniors
- Société française de gériatrie et gérontologie
- Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)
- *US Preventive Task Force*
- *World Health Organization* (WHO)

Autres recherches sur sites « incontournables »

- la HAS pour ses travaux antérieurs
- des agences sanitaires et sociales ou médico-sociales étrangères (ex. : INESSS au Québec, NICE au RU)
- des institutions françaises ou étrangères (ex. : ministères)
- les sites internet spécialisés (ex. : Fédération 3977, ALMA...)
- les portails et plateformes :
 - HAL
 - Cairn
 - Erudit
 - Persée
 - Open Édition
 - Science Direct
 - recherche large Google et Google Scholar

Travaux de la HAS en lien avec le thème

Plusieurs travaux traitant directement des sujets de la maltraitance ont été répertoriés sur le site de la HAS.

Les documents spécifiques répertoriés sont 1 guide, 5 études et rapports et 15 recommandations de bonne pratique que l'on peut répartir en :

- 5 recommandations transversales ciblant les ES, ESMS (EHPAD, FAM, MAS) et le domicile ;
- 3 recommandations concernant les femmes ;
- 7 recommandations concernant les enfants.

D'autres productions traitent de sujets connexes qui participent à la bientraitance ou à la prévention de la maltraitance (exemple : qualité de vie en EHPAD, accompagnement en fin de vie, accompagnement des enfants rencontrant des difficultés psychologiques...).

Annexe 2. Les grilles de repérages



Maltraitance sur personnes âgées – Grille de repérage

Les vigilances fortes	Les personnes en situation de handicap avec dépendance importante pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, faire les courses, etc.)	- Polyhandicap - Surdité-cécité - Handicap moteur invalidant - Handicap psychique
	Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger	- Troubles psychiques non équilibrés - Maladies neuro-évolutives avec atteinte cognitive modérée à sévère (maladie d'Alzheimer ou apparent��e, parkinson ou autre) - Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments (anxiolytiques, sédatifs, opiacées, etc.) - Troubles du développement intellectuel
	Les personnes en situation de forte dépendance envers leur aidant	- La personne dépend exclusivement d'un seul aidant et est en perte d'autonomie
	Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer	- Aphasie, mutisme - Non-maîtrise de la langue (barrière linguistique) - Situation d'illettrisme
	Les temporalités à risque	- Deuil (du conjoint, d'une personne proche) - Perte affective (rupture/éloignement géographique) - Changement de lieu de vie/déménagement - Annonce d'une maladie grave pour la personne ou pour un proche - Aggravation d'une maladie chronique
Les signaux d'alerte	Signes physiques	▲ Lésions cutanées suspectes : bleus, ��chymoses, notamment associés à des explications « vagues » et/ou contradictoires ▲ Plaies, brûlures, fractures ▲ Déshydratation (lèvres sèches, fatigue, vertige, maux de tête) ▲ Infections sexuellement transmissibles sans contexte ou possibilité de relations consenties ▲ Plaies génitales et/ou anales ● Défaut de soins (protection pour incontinence non changées ; escarres non traitées, toilette non faite) ● Perte de poids, détérioration de l'état général ■ Absence de lunettes, de prothèses dentaires ou auditives malgré le besoin ou la prescription
	Signes comportementaux d'apparition ou de modification récente	▲ Plaintes de maltraitance ou de violences ▲ Menace de passage à l'acte, tentative de suicide ▲ Méfiance, hésitation à parler, interaction craintive ● Propos suicidaires (idées noires) ● Peur anxiété, repli de soi

▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte (suite)

Signes comportementaux d'apparition ou de modification récente (suite)

- Modification humeur (+/-) (perte de contact, tristesse, pleurs, auto-négligence ; agitation inhabituelle, refus de se lever, perte d'envie, repli sur soi).
- Déclin rapide des capacités cognitives (perte soudaine de mémoire, difficultés à se repérer dans l'espace, désorientations...)
- Demande systématiquement la permission d'un tiers
- Auto-mutilation
- Refus des soins, des médicaments ou l'alimentation
- Désinhibition sexuelle (attitude, propos)
- Changement du rythme (augmentation ou diminutions) des consultations médicales
- Perte d'appétit
- Troubles du sommeil (dort beaucoup ou très peu)
- Incontinence

Conditions de vie de la personne concernée et de son entourage

- ▲ Défaut d'hygiène extrême du domicile
- ▲ Contention
- ▲ Isolement subi, mobilité restreinte, refus des visites, enfermement
- ▲ Dépossession des moyens de paiements (sans aucun encadrement/ni mise sous protection)
- ▲ Situation d'abandon
- ▲ Escroquerie, fraude, vol suspecté (valeurs, biens, documents)
- ▲ Exposition à un environnement violent
- Cohabitation avec une personne ayant des problèmes psychiatriques ou des addictions
- Perte de l'intimité, logement exigu ou inadapté
- Changement soudain de bénéficiaire du testament de l'assurance vie, de la procuration
- Absence d'argent pour les dépenses courantes (la personne doit systématiquement réclamer)
- Cohabitation non choisie (proches ou animaux imposés dans le logement)
- Manque de vêtements adaptés à la bonne taille, manque de linge de toilette, manque de nourriture suffisante, manque de matériel adapté,
- Sur-médication (abus de sédatifs)
- Absence d'accès à une vie culturelle, de loisirs

Sa relation avec l'aidant

- ▲ Menaces de mort, menaces d'abandon
- ▲ Banalisation de la maltraitance (violences habituelles)
- Disqualification permanente de la parole, banalisation de la plainte, reproches, infantilisation, langage irrespectueux
- Contrôle des relations (familiales, sociales, amicales, sexuelles)
- Refus de dialogue et/ou d'aide
- Absence de pouvoir décisionnel apparent : pas de recueil du consentement, pas libre-arbitre, pas d'informations donnée
- L'aidant répond aux questions posées « à la place » de l'aidé
- Manque d'informations, méconnaissance sur les pathologies de la personne concernée
- Conflit ancien avec l'aidant (histoire familiale)

▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte (suite)	Entourage familial	● Entourage en souffrance psychique (addictions, violences, agressivité) ● La victime soutient systématiquement l'auteur présumé (loyauté, dépendance affective) ● Entourage conflictuel et/ou dysfonctionnel (désaccord intrafamilial ; opposition aux projets de soin et d'accompagnement, au choix du lieu de vie) ● Absence d'accompagnement social ou médico-social ■ Isolement social important
	Facteurs liés à la victime	● Histoire de violences subies (victime ou auteur) ■ Entourage en difficultés économiques
Les facteurs de risques associés	Facteurs liés à l'auteur supposé	▲ Troubles psychiatriques/troubles du comportement ▲ Addiction (alcool ou drogue) ● Histoire de violences subies (victime ou auteur) ● Antécédents judiciaires de violence ● Si l'auteur est l'aidant ● Isolement relationnel de l'aidant ● Épuisement de l'aidant (l'aidant dit qu'il est fatigué, qu'il n'a pas de répit ni de relais) ● L'aidant perçoit son rôle comme un fardeau ● L'aidant organise seul l'ensemble des soins, administre les comptes, gère l'ensemble du quotidien (aidant exclusif) ● L'aidant est dépendant financièrement de la personne aidée ● L'aidant rencontre des difficultés personnelles (psychologiques, médicales, physiques, financières...) ● Il existe un conflit familial/une histoire familiale complexe
	De la personne	- Estime de soi - Capacité à demander de l'aide - Connaissance de ses droits - Capacité à se fixer des objectifs - Capacité à faire face aux événements - Capacité à exprimer ses émotions - Capacité financières propres
Les facteurs de protection	De son entourage	- Personnes disponibles et à l'écoute (membres de la famille, professionnels, amis, voisins, bénévoles, etc.)
	De son environnement	- Cohésion de quartier - Proximité établissements de santé et services médico-sociaux - Offre de service adaptée à la population âgée - Milieu de vie exempt d'âgisme et favorisant participation sociale

▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne

Parents violentés – Grille de repérage

Maltraitements des adolescents ou des jeunes adultes sur leurs parents

Les vigilances fortes 	Les personnes en situation de handicap avec perte ou restriction importante d'autonomie pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (comme se nourrir, se laver, faire les courses...)	- Polyhandicap - Handicap avec perte importante d'autonomie - Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...) - Surdité-cécité - Handicap sensoriel important (malentendant, mal voyant...)
	Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger	- Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, <i>border line</i>...) - Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...) - Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacées, etc. - Trouble du développement intellectuel (déficience intellectuelle) - Troubles du spectre de l'autisme
	Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer	- Allophonie (non-maîtrise de la langue/barrière linguistique) - Illettrisme - Aphasie - Difficultés d'élocution à articuler (maladie de Charcot, suite d'un AVC)
	Les temporalités à risque	- Séparation des parents/deuil d'un des parents - Recomposition familiale : nouveau couple, évolution de la fratrie - Changement de lieu de vie/déménagement
Les signaux d'alerte <i>Ce que j'observe, je vois, j'entends</i> 	Signes physiques	▲ Lésions cutanées suspectes : bleus notamment associés à des explications « vagues » et/ou contradictoires ▲ Plaies, brûlures, fractures apparentes ou bandage/pansement ● Tenue vestimentaire trop grande, inadaptée à la saison (pour cacher des marques de coups) ● Hygiène se dégradant (détérioration de l'état général de santé et d'hygiène), odeurs corporelles ● Amaigrissement ou prise de poids brutale ■ Signaux de fatigue (cernes, teint p��le...)

▲ Vigilance forte
● Vigilance moyenne à forte
■ Vigilance faible à moyenne

Les facteurs de risques associés

*Ce que j'interroge,
je cherche,
je recoupe*



Enfant (ado/jeunes adultes)

- ▲ Consommation excessive de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes ou anxiolytiques, d'alcool
- ▲ Victimes ou co-victimes de violences (subies ou témoins)
- Troubles du comportement diagnostiqués ou pas (type *border line*/TDAH/troubles oppositionnel avec provocation, TSA...)
- Surconsommation de jeux vidéo avec repli sur soi
- Appropriation des moyens de paiement (utilisation sans autorisation des parents de la CB)
- Proximité avec pairs violents et délinquance (appartenance à un clan/gang)
- Difficultés scolaire, absentéisme, déscolarisation progressive
- Auto-agressivité : mutilation/scarification
- Omniprésence de du parent au domicile

Liés aux conditions de vie/entourage et environnement

- ▲ Contexte de conflit parental sur la prise en charge de l'enfant
- Contexte de recomposition familiale complexes voire sources de conflits
- Isolement social
- Précarité professionnelle, financière
- Monoparentalité

Les facteurs de protection



De la personne/parent

- Avoir conscience de la gravité de la situation
- Estime de soi (être conscient de ses forces, de ses valeurs, de ses atouts avec réalisme/fierté)
- Capacité à demander de l'aide et à identifier les personnes ressources
- Connaissance de ses droits
- Capacité à s'engager dans un suivi, mobilisation à long terme (présence aux rendez-vous)
- Capacité à maintenir un cadre, des règles (capacité à dire non)

Dans l'entourage du parent

- Personnes présentant un soutien et pouvant orienter dans les démarches
- Personnes susceptibles d'intervenir (voisins, gardien...)

Dans l'environnement du parent

- Cohésion de quartier (régies de quartier/lieux d'accueils et de rassemblement pour les parents et pour les enfants/adolescents)
- Proximité établissements de santé et services médico-sociaux
- Offre de services spécifiques aux familles en difficulté/aux familles monoparentales

▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne

Violences conjugales – Grille de repérage

Les vigilances fortes



Les personnes en situation de handicap avec perte ou restriction importante d'autonomie pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (comme se nourrir, se laver, faire les courses...)

- Polyhandicap
- Handicap avec perte importante d'autonomie
- Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...)
- Surdité-cécité
- Handicap sensoriel important (malentendant, mal voyant...)

Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger

- Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, *border line*...)
- Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...)
- Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacées...
- Trouble du développement intellectuel (déficience intellectuelle)
- Troubles du spectre de l'autisme

Les personnes en situation de forte dépendance envers leur conjoint

- Dépendance économique et administrative exclusive associée à un handicap important physique et/ou psychique (hémiplégie, AVC)
- Aidant exclusif
- Situation d'emprise (victime se sentant responsable de la situation et excusant l'auteur, personne ayant peur de se séparer et de quitter le domicile avec crainte des représailles)

Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer

- Allophonie (non-maîtrise de la langue/barrière linguistique)
- Illettrisme
- Aphasie
- Difficultés d'élocution à articuler (maladie de Charcot, suite d'un AVC)

Les temporalités à risque

- Grossesse
- Rupture affective, séparation
- Naissance d'un enfant dans le couple
- Arrivée du troisième enfant
- Déménagement (isolement/perte de repère)
- Deuil
- Relation rapide (mariage rapide, enfants « rapides ») : « *love bombing* ».

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte

*Ce que j'observe,
je vois, j'entends*



Signes physiques

- ▲ Blessures corporelles : bleus, hématomes, plaies, griffures, morsures, marques de strangulation, fractures...
- Modification de l'apparence physique : manque d'hygiène, tenue vestimentaire et coiffure négligées, dégradation physique ou au contraire maquillage excessif pour cacher blessure
- Amaigrissement ou prise de poids
- Signaux de fatigue (cernes, teint pâle...)
- Tenue vestimentaire inadaptée (écharpe ou manche longue en été, lunettes de soleil)

Signes comportementaux observés et/ou rapportés

- ▲ Auto-agressivité : Idées suicidaires scénarisées, automutilations
- ▲ Verbalisation de la maltraitance
- ▲ Humeur dépressive/idées noires
- Attitude/posture d'hypervigilance et de fébrilité (sursaut, contrôle du téléphone fréquent...)
- Perte d'espoir, comportement « éteint », changement de comportement/caractère, perte de confiance et d'estime de soi, manque de concentration
- Incapacité à sortir de chez soi (personne enfermée à clé à domicile, interdiction d'utiliser les moyens de locomotion)
- Évitement du domicile (surinvestissement professionnel)
- Évitement des sorties et de la vie sociale (personne refusant les invitations de sortie ou annulation au dernier moment de l'invitation)
- Postures de retrait, d'isolement ou d'évitement (regard fuyant, victimes qui se renferment, mutisme, repli sur soi) ou au contraire (agitation et volubilité),
- Troubles alimentaires (perte d'appétit, anorexie, boulimie...)
- Troubles du sommeil (insomnie, réveils nocturnes, cauchemars)
- Plaintes somatiques multiples (douleurs non expliquées, douleurs de dos, palpitation, maux de tête)
- Réponses évasives, ambivalence dans le discours
- Absence aux rendez-vous des professionnels (du sanitaire et du médico-social) ou au contraire surinvestissement des professionnels et demandes permanentes d'attention, rupture de soins, absence de soins médicaux, difficultés à faire confiance aux professionnels
- Absentéisme professionnel, scolaire

Conditions de vie

- ▲ Aménagement du logement pour un meilleur contrôle de l'auteur sur la victime comme portes enlevées par l'(les) auteur(s), restriction d'accès à certaines pièces, caméra pour surveiller la victime
- ▲ Dégradations matérielles (les murs, portes, meubles...)
- Vie sous le même toit que son ex conjoint/concubin
- Logement (logement trop petit qui engendre tension et violence, surpopulation, insalubrité...)

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte (suite)

Relation avec le conjoint

- ▲ Dépendance affective (emprise)
- Changement de comportement et de discours lors de la présence de l'auteur supposé
- Minimise les violences, défend l'auteur supposé
- Agressivité envers l'auteur des violences (mettre le cycle de la violence en annexe avec des exemples)
- Attitude et comportement de l'auteur supposé
- ▲ Surveillance de la victime par l'auteur : personne obligée de donner son emploi du temps à l'auteur supposée, contrôle des messages téléphoniques et mails reçus
- ▲ Insultes
- ▲ Menace au suicide de l'auteur supposé
- Dénigrement
- Chantage affectif (auteur supposé menaçant de quitter la personne si elle ne fait pas ce qu'il lui demande)
- Contrôle (auteur supposé interdisant certaine tenue vestimentaire et/ou en autorisant d'autres)
- Présence permanente au domicile et aux côtés de la personne (auteur supposé accompagnant aux rendez-vous de la personne, venant sur son lieu de travail, présent lors des soins médicaux)
- Auteur qui parle à la place de la personne
- Auteur qui nie et/ou minimise les violences

Signes pouvant être observés chez l'enfant

- ▲ Propos des enfants (victime de l'exposition à la violence) qui peuvent rendre compte de la situation
- Hyper agitation
- Repli sur soi
- Plaintes somatiques répétées
- Troubles anxio-dépressifs
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation
- Énurésie/encoprésie
- Difficultés scolaires (concentration et comportement)
- Régression des acquis
- Apparition de comportements violents (langage et actes)

Les facteurs de risques associés

Ce que j'interroge, je cherche, je recoupe



Liés à la victime présumée

- Sexe/genre féminin
- Exposition antérieure à la violence : victime de violence/maltraitance dans le jeune âge, victime antérieure de violences conjugales
- Dépendance financière, économique et/ou administrative : absence de compte bancaire
- Précarité (financière, à l'emploi...)
- Carences éducatives
- Jeune âge
- Écart d'âge important

Liés à l'auteur présumé

- ▲ Antécédents judiciaires de violence
- ▲ Addiction (alcool, drogue)
- Exposition à la violence
- Victime de violence et/ou auteur de violence
- Troubles psychiatriques/troubles du comportement
- Précarité à l'emploi
- Écart d'âge

Liés à l'entourage et l'environnement

- ▲ Mariage arrangé et divorce interdit
- Isolement social et/ou géographique
- Épuisement de la famille/amis (arrêt du soutien de la victime à la suite des allers/retours)

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Les points d'appuis



De la personne

- Bonne estime de soi
- Capacité à demander de l'aide
- Connaissance de ses droits
- Capacité à se fixer des objectifs
- Capacité à faire face aux événements
- Capacité financières propres mêmes faibles (aide universelle d'urgence de la CAF, SMIC, AAH, réserve d'argent personnel)
- Volonté de protéger les enfants

De son entourage

- Personnes disponibles et à l'écoute
- Proches pouvant apporter une aide financière et en capacité d'accueillir dans leur logement

De son environnement

- Cohésion de quartier
- Proximité de services et établissements médicaux et sociaux (hébergements d'urgence disponibles)
- Soutien des collègues de travail et de la hiérarchie

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Annexe 3. Signaler et alerter : repères juridiques

Lorsque les faits de maltraitance sont avérés, le professionnel doit signaler et alerter les autorités compétentes de la situation de maltraitance et, en fonction du danger encouru pour la personne victime, proposer des actions et dispositifs de mise en sécurité de cette dernière.

→ **En cas de danger imminent (de nature à mettre en danger la victime ou ses enfants) :**

→ **Appeler les secours (numéros d'urgence)**

15 SAMU

17 Police

18 Pompiers

114 par SMS en remplacement du 15, 17 et 18 pour les personnes sourdes, malentendantes, aphasiques, dysphasiques

→ **Dans tous les cas de danger (imminent ou non) :**

→ **Signaler les maltraitances (numéros d'information, d'écoute et d'orientation)**

3977 pour signaler la maltraitance sur les personnes âgées

3919 pour les femmes victimes de violence

→ **Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie, ou d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services**

Cas de violence conjugale

- informer la personne de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police (main courante) ou à la gendarmerie ;

- informer la personne qu'elle peut saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection et l'éloignement de son conjoint violent.

→ **Signaler au procureur de la République**

Le signalement est une dérogation légale au secret professionnel qui consiste, pour un médecin ou tout autre professionnel de santé, à porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, et qui lui permettent de présumer l'existence de violences physiques, sexuelles ou psychiques (art. 226-14 du Code pénal).

Le signalement au procureur de la République se distingue de l'information préoccupante qui est signalée auprès de la CRIP et qui s'inscrit dans un cadre administratif de protection et de prévention des mineurs.

Actualisation, à la suite de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales, du Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code pénal – Secret médical et violences au sein du couple (CNOM).

Pour les médecins

La rédaction du certificat médical ne se substitue pas au signalement.

La loi prévoit que le praticien doit recueillir l'accord de la victime pour porter les faits à la connaissance du procureur de la République. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire :

- si la victime est mineure ;
- **si la victime est une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (art. 226-14 du Code pénal) ;**
- lorsque le médecin ou tout autre professionnel de santé estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République (article 226-14 du Code pénal). Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a publié, avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de santé, un vade-mecum pour accompagner les soignants dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition.

Il contient plusieurs ressources destinées aux soignants, dont une fiche de signalement à transmettre au procureur de la République, ainsi que des informations sur le circuit judiciaire du signalement. Il comprend également des outils pratiques pour aider les médecins à évaluer les situations de danger immédiat et d'emprise, grâce à des questionnements et des exemples concrets (28).

Dès lors que des enfants sont présents dans le foyer, chaque situation doit faire se poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (art. 226-14 du Code pénal).

Lorsqu'il n'a pas vu les enfants en consultation, le médecin qui estime que les enfants pourraient être en danger ou en risque de l'être doit émettre une information préoccupante auprès de la CRIP.

Le praticien peut contacter les responsables référents en protection de l'enfance du conseil départemental (CRIP) afin d'échanger autour de la situation.

Les règles de rédaction du certificat médical s'appliquent aussi au signalement. Ainsi, il ne doit pas mettre en cause un tiers, ne doit pas se prononcer sur la mécanique traumatique ou l'imputabilité, et il doit mentionner les dires et confidences de la personne entre guillemets. Les constats médicaux sont rédigés au présent et les circonstances au conditionnel.

Repères juridiques

Obligation de signalement – Article 40 du Code de procédure pénale

« Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre au magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

Non-assistance à personne en danger – Article 223-6 du Code pénal

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 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. »

Circonstances aggravantes : maltraitements sur personne vulnérable – Articles 434-1 et 3 du Code pénal

« Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues à l'article 226-13. »

Constat de sévices et moyens à mettre en œuvre par le médecin – Article 226-13 du Code pénal

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Focus sur le signalement de violences conjugales

La loi du 30 juillet 2020 a modifié les dispositions de l'article 226-14 du Code pénal en créant une nouvelle dérogation au secret professionnel médical dans des circonstances strictement encadrées par la loi.

Depuis cette loi, l'article 226-14 3° du Code pénal permet à tout professionnel de santé de révéler au procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein d'un couple, même sans l'accord de la victime majeure, à la double condition :

que la victime soit dans une situation de danger immédiat et qu'elle ne soit pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale exercée sur elle, résultant d'une situation d'emprise.

En ce cas, le professionnel de santé doit s'efforcer de recueillir l'accord de la victime, mais peut en tout état de cause effectuer le signalement au procureur, après en avoir informé la victime.

Lorsque les conditions citées ci-dessus sont réunies, le signalement est envoyé au procureur de la République.

Le médecin plus particulièrement peut être amené à évaluer le niveau de danger immédiat et de contrainte morale exercée sur la victime. Pour cela, il s'aide du vade-mecum rédigé par le ministère de la Justice en partenariat avec la Haute Autorité de santé et le Conseil national de l'ordre des médecins, qui liste des questions à se poser pour caractériser le danger et l'emprise (69).

Pour assurer un meilleur accompagnement des victimes, le médecin propose à la victime de contacter lui-même la gendarmerie ou la police pour organiser le dépôt de plainte. Il propose également la rédaction d'un certificat circonstancié qu'il remettra en main propre à la victime.

Toujours afin d'assurer un meilleur accompagnement des victimes, le protocole précise qu'en cas de refus de signalement et en l'absence de danger immédiat, le professionnel de santé doit tout de même :

- établir un certificat médical ;
- remettre au patient les coordonnées de l'association d'aide aux victimes ;
- rappeler au patient que le numéro d'urgence est le 17 ;
- proposer à la victime une orientation vers une unité médico-judiciaire (UMJ) ou maison des femmes.

Annexe 4. Liste des outils et grilles de repérage (liste non exhaustive)

Pour le repérage de la maltraitance sur personnes âgées

- EASI – Elder Abuse Suspicion Index (56, 57)
- CASE – Caregiver Abuse Screen, (56, 58, 59)
- ODIVA – test d'évaluation du danger (58, 60)
- CTS-2 (61, 62)

Pour le repérage des personnes vulnérables

- La personne adulte : grille d'indicateurs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et de maltraitance (63)

Pour le repérage des aidants familiaux (épuisement et risque de maltraitance) :

- DACAN : questionnaire de dépistage de l'abus chez les aidants naturels, (64)
- Échelle de ZARIT ou inventaire du fardeau (65)

Pour le repérage des violences conjugales

- Le violentomètre (66)
- Outils de formation sur les violences au sein du couple (65)
- Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer (28)
- Guide pratique à l'usage des professionnels. Comment agir face aux situations préoccupantes ou aux situations de maltraitance relatives aux personnes âgées ou adultes en situation de handicap vivant à domicile ? (67)
- Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool), (68)

Références bibliographiques

1. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Bernardi V, Matinet B. Les violences intrafamiliales non conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021. Interstats Analyse 2023;55:1-18.
2. Haute Autorité de santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Livret 1 : La gouvernance globale du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes à l'échelle d'un département. Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_1.pdf
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Outil de repérage des situations de maltraitance envers les personnes âgées. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Québec: Gouvernement du Québec; 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf>
5. 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. Mars 2021. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2021. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/maltraitances-des-mineurs-et-des-majeurs-definition-partagee-et-reperes-operationnels_court.pdf
6. Thomas H. Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres. Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant; 2010. <http://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/LV.pdf>
7. Roux-Demare F-X. La notion de vulnérabilité, approche juridique d'un concept polymorphe. Les Cahiers de la Justice 2019;4(4):619-30. <https://dx.doi.org/10.3917/cdlj.1904.0619>
8. Guérin D, Roux-Demare F-X. Logement et vulnérabilité. Approches comparées franco-marocaines. : Institut Francophone pour la Justice et la Démocratie; 2022.
9. Maria I, Raoul-Cormeil G, Rebourg M. Majeurs protégés : bilan et perspectives. : LexisNexis; 2020.
10. Beaulieu M, Le Borgne-Uguen F. Maltraitance envers les aînés : contextualisation des terminologies, définitions et modes d'action. Gérontologie et société 2022;44 / 169(3):9-21. <https://dx.doi.org/10.3917/ges1.169.0009>
11. Ebouat KMEV, Hiquet J, Christin E, Fougas J, Dubourg O, Gromb-Monnoyeur S. Étude rétrospective descriptive relative aux hommes victimes de violences intrafamiliales. La Revue de Médecine Légale 2017;8(2):61-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medleg.2016.09.003>
12. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee Références - Fiche 5.1 : violences au sein de la famille. Montrouge: Insee; 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633#consulter>
13. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
14. Haute Autorité de santé. Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/accompagner_la_personne_necessitant_une_mesure_de_protection_juridique_recommandation.pdf
15. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Panorama des violences en France métropolitaine. Enquête Genese 2021. Paris: SSMSI; 2022. https://www.interieur.gouv.fr/content/download/133224/1056259/file/Panorama%20des%20violences%20en%20France%20metropolitaine_enquete%20GENESE%202021.pdf
16. 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>
17. 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)
18. Fédération 3977 contre les maltraitances. Rapport d'activité 2021. Paris: Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées; 2021. https://3977.fr/wp-content/uploads/2022/12/3977_rapport_activite_2021.pdf.pdf
19. Ladame V. La maltraitance intrafamiliale aux personnes âgées. TraHs 2021;10:1-29. <https://dx.doi.org/10.25965/trahs.3695>
20. Paradis L. L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle. Québec: Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale; 2012.
21. Trincas J. L'âgisme : naissance et développement d'un concept. Dans: Hummel C, ed. Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse. Genève: Centre interfacultaire de gérontologie; 1999. p. 65-74.
22. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. Gerontologist 1969;9(4):243-6. https://dx.doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
23. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. Aggression and Violent Behavior 2020;50:101339. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

24. National Initiative for the Care of the Elderly. DACAN : questionnaire de dépistage de l'abus chez les aidants naturels. Montréal: NICE; 2010.
25. Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging america. Washington DC: National Academy of Sciences.; 2003.
26. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(6):1214-38.
<https://dx.doi.org/10.1111/jgs.13454>
27. Hébert M, Daspe M, Lapierre A, Godbout N, Blais M, Fernet M, Lavoie F. A meta-analysis of risk and protective factors for dating violence victimization: the role of family and peer interpersonal context. *Trauma, violence & abuse* 2019;20(4):574-90.
<https://dx.doi.org/10.1177/1524838017725336>
28. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis : HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3107787/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-recommandations
29. Nations Unies. Que sont les violences familiales ? [En ligne]. New York: ONU; 2023.
<https://www.un.org/fr/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
30. García-Cuellar MM, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. The prevalence of intimate partner violence against women with disabilities: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2023;45(1):1-8.
<https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2022.2025927>
31. Garcia-Vergara E, Almeda N, Fernández-Navarro F, Becerra-Alonso D. Risk assessment instruments for intimate partner femicide: a systematic review. *Frontiers in psychology* 2022;13:896901.
<https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896901>
32. Salwen JK, Gray A, Mona LR. Personal assistance, disability, and intimate partner violence: a guide for healthcare providers. *Rehabil Psychol* 2016;61(4):417-29.
<https://dx.doi.org/10.1037/rep0000111>
33. Iudici A, Antonello A, Turchi G. Intimate partner violence against disabled persons: clinical and health impact, intersections, issues and intervention strategies. *Sexuality & Culture* 2019;23:684-704.
34. Bekaert S, SmithBattle L. Teen mothers' experience of intimate partner violence: a metasynthesis. *ANS Adv Nurs Sci* 2016;39(3):272-90.
<https://dx.doi.org/10.1097/ans.000000000000129>
35. Lorenzetti L, Wells L, Logie CH, Callaghan T. Understanding and preventing domestic violence in the lives of gender and sexually diverse persons. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2017;26(3):175-85.
<https://dx.doi.org/10.3138/cjhs.2016-0007>
36. Clare CA, Velasquez G, Mujica Martorell GM, Fernandez D, Dinh J, Montague A. Risk factors for male perpetration of intimate partner violence: a review. *Aggression and Violent Behavior* 2021;56:101532.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101532>
37. Costa BM, Kaestle CE, Walker A, Curtis A, Day A, Toumbourou JW, Miller P. Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2015;24:261-72.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.06.001>
38. Kebbell MR. Risk assessment for intimate partner violence: how can the police assess risk? *Psychology, Crime & Law* 2019;25(8):829-46.
<https://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2019.1597087>
39. Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage des violences conjugales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
40. Simmons ML, McEwan TE, Purcell R. "But all kids yell at their parents, don't they?": Social norms about child-to-parent abuse in Australia. *Journal of Family Issues* 2019;40(11):1486-508.
<https://dx.doi.org/10.1177/0192513X19842587>
41. Calvete E, Orue I, Fernández-González L, Chang R, Little TD. Longitudinal trajectories of child-to-parent violence through adolescence. *Journal of Family Violence* 2020;35(2):107-16.
<https://dx.doi.org/10.1007/s10896-019-00106-7>
42. Routt G, Anderson L. Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2011;20(1):1-19.
<https://dx.doi.org/10.1080/10926771.2011.537595>
43. Pagani L, Tremblay R, Nagin D, Zoccolillo M, Vitaro F, McDuff P. Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development* 2004;28(6):528-37.
<https://dx.doi.org/10.1080/01650250444000243>
44. Contreras L, León SP, Cano-Lozano MC. Assessing child-to-parent violence with the child-to-parent violence questionnaire, parents' version (cpv-q-p): Factor structure, prevalence, and reasons. *Front Psychol* 2020;11:604956.
<https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604956>
45. Ibabe I, Arnoso A, Elgorriaga E. Child-to-parent violence as an intervening variable in the relationship between inter-parental violence exposure and dating violence. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5).
<https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051514>
46. Gago-Fernandez C. Délinquances et violences interpersonnelles. Violences des adolescents envers leurs parents : quelles dynamiques et besoins au sein de ces familles ? Liège: Université de Liège; 2020.
47. Simmons M, McEwan T, Ogloff JRP. Sixty years of child-to-parent abuse research: What we know and where to go. *Aggression and violent behavior* 2018;38:31-52.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.11.001>
48. Simmons M, McEwan TE, Purcell R. A social-cognitive investigation of young adults who abuse their parents. *J Interpers Violence* 2022;37(1-2):NP327-NP49.
<https://dx.doi.org/10.1177/0886260520915553>
49. Holt A. Adolescent-to-parent abuse as a form of "Domestic violence": a conceptual review. *Trauma, violence & abuse* 2016;17(5):490-9.
<https://dx.doi.org/10.1177/1524838015584372>

50. Gallego R, Novo M, Fariña F, Arce R. Child-to-parent violence and parent-to-child violence: a meta-analytic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* 2019;11(2):51-9.
<https://dx.doi.org/10.5093/ejpalc2019a4>
51. Dugravier R, Barbey-Mintz A-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy* 2015;66(2):14-22.
<https://dx.doi.org/10.3917/ep.066.0014>
52. Observatoire départemental des violences envers les femmes. Comment avez-vous su ? Un guide d'aide à l'entretien avec des femmes victimes de violences. Bobigny: Observatoire des violences faites aux femmes; 2022.
https://seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/comment_avez-vous_su_-_guide_d_aide_a_l_entretien_avec_des_femmes_victimes_de_violences.pdf
53. MACIF, IPSOS. Enquête nationale aidants - 2020. Paris: IPSOS; 2020.
<https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif>
54. Haute Autorité de santé. Le répit des aidants. Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants
55. 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 La Plaine: Anesm; 2010.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf
56. van Royen K, van Royen P, de Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: a scoping review. *Clin Interv Aging* 2020;15:1793-807.
<https://dx.doi.org/10.2147/cia.S261877>
57. Yaffe MJ, Lithwick M, Wolfson C. Evidence d'abus selon des indicateurs EASI. Montréal: McGill; 2006.
https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi_french_version_2013.pdf
58. Fédération 3977 contre les maltraitances, Fédération internationale des associations de personnes âgées, Koskas A. Les maltraitances financières à l'égard des personnes âgées - Un fléau silencieux. Paris: FIAPA; 2017.
https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2018_01_29_-_Rapport_Mission_Mal_Financiere-2.pdf
59. Reis M, Nahmiash D. Caregiver Abuse Screen (CASE). Toronto: Canadian Association of Gerontology; 1995.
<https://familymedicine.medicine.uiowa.edu/sites/familymedicine.medicine.uiowa.edu/files/2024-11/CASE.pdf>
60. Allô maltraitance personnes âgées et ou handicapées. Outils de dépistage des maltraitances à domicile : Odiva, Lisa, Desia, Dacan. Clermont-Ferrand: ALMA 63.
<http://www.alma63.fr/IMG/UserFiles/Filles/annexe%201%201%C3%A8re%20partie.pdf>
61. Santos-Rodrigues RCD, Brandão B, Araújo-Monteiro GKN, Marcolino EC, Moraes RM, Souto RQ. Assessment tools for elder abuse: scoping review. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20220115.
<https://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0115en>
62. Straus MA, Hamby SL, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 2016;17(3).
<https://dx.doi.org/10.1177/019251396017003001>
63. Département de la Drôme. La personne adulte : grille d'indicateurs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et de maltraitance. Valence: Département de la Drôme; 2021.
<https://www.ladrome.fr/wp-content/uploads/2022/03/grille-indicateurs.pdf>
64. Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés. Lutter contre la maltraitance un appel à la fois [En ligne]. Québec: Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador; 2023.
<https://lignemaltraitance.ca/fr>
65. Hôpitaux universitaires de Genève. Grille de Zarit, échelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau. Genève: HUG; 1999.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/grillede_zarit.pdf
66. Observatoire des violences envers les femmes, Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. Violentomètre : un outil pour aider à mesurer la violence dans le couple. Bobigny: OIVF; 2022.
<https://fr.calameo.com/read/000634924a8740d7ea7e1>
67. Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. Guide pratique à l'usage des professionnel.le.s. Comment agir face aux situations préoccupantes ou aux situations de maltraitance relatives aux personnes âgées ou adultes en situation de handicap vivant à domicile ? Bobigny: Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis; 2018.
https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide_valid_dpaph_web.pdf
68. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, Debost-Legrand A. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL). *Bull Epidemiol Hebdo* 2021;2:32-40.
69. Ministère de la justice, Haute Autorité de santé, Conseil national de l'Ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Paris: Ministère de la justice; 2020.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

Participants

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 :

NEXEM

FNEHAD

CNPA

SÉSAME AUTISME

Groupe de travail

Équipe projet

Isabelle VAZEILLES, cheffe de projet service recommandations, DIQASM

Estelle DIVOL-FABRE, assistante documentaliste

Aïssatou SOW, adjointe cheffe du service recommandations, DIQASM

Floriane GASTO, juriste, SG-SJ

Manuela CHEVIOT, cheffe du service recommandations, DIQASM

Clara PROUST, juriste, SG-SJ

Pascale FIRMIN-BERQUIER, assistante de gestion, DIQASM

Léa JEANDEMANGE, chargée de projet pour l'analyse de la littérature

Sophie NEVIÈRE, documentaliste

Isabelle RAGON, chargée de projet pour l'analyse de la littérature

Professionnels et représentants d'usagers

Magali ASSOR, cheffe de projet, lutte contre les maltraitements/démarche de réflexion éthique, association Les Petits Frères des pauvres [75]

Florence BOURGES, docteure en gérontologie sociale et personnes âgées, présidente Alma Savoie [73]

Massil BENBOURICHE, maître de conférences, HDR en psychologie et justice département de psychologie/Université de Lille [59]

Gilles CASTELLS, directeur ANRAS/service protection des majeurs [10]

Élodie BIGLIA, médecin légiste, CHU de Nice [06]

Hélène DE SAULCE LATOUR, chargée de mission/tribunal judiciaire de Tours [37]

Laura BOISSINOT, éducatrice spécialisée/intervenante sociale en commissariat/mairie de La Courneuve [93]

Nathalie DEJARDIN, personne concernée [59]

Nicolas BOUDET, gériatre/chef du pôle vieillissement autonomie réadaptation/centre hospitalier de Narbonne [11]

Loïc GALVEZ, directeur adjoint pôle domicile SAMSAH, Le Serdac, SAMSAH Élan [38]

Sonia GIROUX, responsable régionale Sud-Est, AD-HAP [69]

Stéphanie GRACIET, cadre en charge de la protection de l'enfance/conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques [64]

Claire GUE, éducatrice spécialisée CRIP et adultes vulnérables, département des Hauts-de-Seine [92]

Naïma LAHFAIRI, directrice Nexumea, dispositif d'appui à la coordination (DAC), Paris, Sud maison des aînés et des aidants [93]

Alexandra MAGNES, IDE coordinatrice réseau violences intrafamiliales/UMJ, pôle Jupiter, centre hospitalier universitaire d'Angers [49]

Personnes auditionnées

Nathalie FRANC, praticienne hospitalière, CHU Montpellier

Anne RAYNAUD, médecin psychiatre, présidente de l'Institut de la parentalité

Hélène SAINT-RAMON, vice-présidente en charge du contentieux de la protection,

Stéphane MALBRANQUE, praticien hospitalier, expert inscrit près la CA/expert agréé par la Cour de cassation/service de médecine légale, CHU d'Angers [49]

Karine MALBY, médiatrice familiale DE, ADEF médiation-sauvegarde de Seine-Saint-Denis [93]

Agathe MEROT CARTIER, cadre supérieure de santé/groupement hospitalier Aube Marne [61]

Isma ZALAMBANI, coordinatrice du pôle bientraitance/aidants et lien social/CD [93]

Carole WIART, cheffe de projet en téléphonie sociale/FNEPE [75]

qui assure la fonction de juge des tutelles au tribunal judiciaire de Nantes

Sandrine ZANNI, substitut du procureur de la République au sein du service civil du parquet du tribunal judiciaire de Nantes

Groupe de lecture

Linda AOUAR, avocate [34]

Anne BARILLOT, coordinatrice de santé multisite SISA du Thouet [79]

Michel BEGUES, cadre socio-éducatif, foyer départemental de l'enfance [40]

Ludovic BLIN, professeur d'éducation physique et sportive, IME du Vaurouzé [72]

Lucienne CLAUSTRES BONNET, infirmière et formatrice [84]

Laurence FERASSON, enseignante du secondaire [34]

Émilie FRESSE, ergothérapeute équipe spécialisée Alzheimer à domicile [67]

Philippe GUILLAUMOT, psychiatre libéral [64]

Tiphaine LENFANT, enseignante spécialisée [75]

Élodie LOUNASSI, cadre infirmière [60]

Anne RAYNAUD, médecin psychiatre, directrice de l'Institut de la parentalité [33]

Cédric SAMPERE, directeur de la maison des adolescents Adoenia [64]

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

ADHAP Aide à domicile, hygiène et assistance aux personnes

APP Analyse des pratiques professionnelles

AVC Accident vasculaire cérébral

CASF Code de l'action sociale et des familles

CCAS Centre communal d'action sociale

CD Conseil départemental

CHU Centre d'hébergement d'urgence

CIDFF Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CHRU Centre hospitalier régional universitaire

CNOM Conseil national de l'ordre des médecins

CNPA Conseil national des personnes accompagnées et accueillies

CRIP Cellules de recueil des informations préoccupantes

CSP Code de la santé publique

DAC Dispositif d'appui à la coordination

DGCS Direction générale de la Cohésion sociale

DUER Document unique d'évaluation des risques

ESSMS Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FNEHAD Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

IP Information préoccupante

MJD Maison de la justice et du droit

MOOC *Massive Open Online Course*

OMS Organisation mondiale de la santé

ONU Organisation des Nations unies

PAD Point d'appui au droit

PAEJ Point d'accueil et écoute jeunes

QVCT Qualité de vie et des conditions de travail

QVT Qualité de vie au travail

RETEX Retour d'expérience

SAAD Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH Service d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées

SAMU Service d'aide médicale urgente

SJ Service juridique

SPASAD Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPST Service de prévention et de santé au travail

SSD Service de soins à domicile

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile

TDAH Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TSA Trouble du spectre de l'autisme

UMJ Unité médico-judiciaire

UNAFAM Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées

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

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

