



AVIS DU HAUT CONSEIL DU TRAVAIL SOCIAL – 4 juillet 2023

La prévention et la lutte contre les maltraitances faites aux personnes vulnérables

Dans le cadre de la construction de la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances, M. **Jean-Christophe Combe**, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, et Madame **Geneviève Darrieussecq**, ministre déléguée chargée des Personnes handicapées, ont saisi le Haut Conseil du travail social pour avis.

Le Haut conseil porte une conception du travail social ayant un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation citoyenne. Il contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, la transformation sociale, le développement social, la cohésion de la société. Il participe au développement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes dans leur environnement. Plus précisément, le travail social se fonde sur la relation à l'Autre, dans sa singularité et le respect de sa dignité. Il vise à permettre l'accès effectif de toutes et tous à l'ensemble des droits fondamentaux et à assurer la place de chacun.e dans la cité.

Un cadre réglementaire pour les personnes adultes vulnérables

La 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).

La loi définit la qualité des personnes adultes vulnérables, à savoir celles qui peuvent être victimes d'abus frauduleux liés à "leur état d'ignorance" ou "leur situation de faiblesse" :

- les personnes âgées fragilisées par des troubles du vieillissement
- les personnes malades ou souffrant de handicap (physique, psychique ou sensoriel)
- les femmes enceintes
- les personnes sous influence (subissant des pressions psychologiques graves ou des agressions physiques) conduisant à l'altération de leur jugement

Ceci, en référence à l'article 223-15-2 du Code Pénal (modifié par la Loi n°2023-22 du 24 janvier 2023 art. 16). Cet article évoque, bien sûr et également, les enfants mineurs.

La personne vulnérable peut éventuellement être placée sous une mesure de protection, si son état le justifie, une mesure de protection dont l'ampleur sera déterminée par l'altération constatée, de la sauvegarde médicale à la tutelle, en passant par les soins psychiatriques sans consentement.

Toutes les personnes vulnérables n'ont pas vocation à être protégées par l'intervention d'un service, mais toutes les personnes protégées sont considérées comme vulnérables.

S'attaquer, de quelque manière que ce soit, à une personne vulnérable est une circonstance aggravante, prévue, infraction par infraction, par le Code pénal. L'auteur risque systématiquement une peine plus lourde, qu'il s'agisse de violence physique ou psychologique, d'atteinte sexuelle ou économique, de vol ou d'escroquerie. Il existe même une infraction spécifique : l'abus de faiblesse (Code pénal, art. 223-15-2).



Cette atteinte est d'autant plus grave si elle est perpétrée dans le cadre d'une relation initialement destinée à venir en aide à la personne, que ce soutien soit amical, familial, soignant, social etc, car c'est la relation de confiance, de bienveillance qui est trahie.

Il est essentiel de mettre la lumière sur l'accompagnement et la protection des adultes vulnérables tant ils s'inscrivent à la croisée de plusieurs enjeux structurants qui les bousculent :

- l'allongement de l'espérance de vie et la part des personnes âgées, dont les personnes en situation de handicap,
- l'accentuation de la vulnérabilité des personnes du fait du changement climatique,
- des modèles économiques des structures d'accueil et des services à domicile fragilisés,
- les tensions du secteur en termes d'attractivité des métiers,
- des attentes des personnes et de leurs aidants d'exercer leur citoyenneté, de participer et d'être écoutées, consultées
- une orientation nationale vers une transformation de l'offre sanitaire et sociale vers une plus grande part de domiciliation des accompagnements embarquant les proches et les aidants des personnes dans de nouveaux rôles...

Ces quelques enjeux, non exhaustifs, pèsent fortement sur la qualité de service auprès des personnes vulnérables et accentuent les risques d'isolement, de non-recours, de maltraitements institutionnelles ou individuelles.

De nombreuses recommandations, rapports, circulaires guident les bonnes pratiques nécessaires à la prévention, le repérage, la protection des adultes vulnérables et ce, particulièrement pour soutenir les bonnes pratiques institutionnelles et professionnelles dans la relation d'aide. Le Haut conseil du travail social ne traitera pas ici de la question de la maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures vulnérables, d'autant que la Haute Autorité de Santé a été saisie sur le sujet.

Le désir des personnes de vivre chez elles le plus longtemps possible, retarder le plus possible l'entrée en établissement ou de sortir le plus rapidement d'un établissement de soins, implique le secteur du soin et de l'aide à domicile. De fait, le caractère diffus de ce secteur rend les questions de la prévention, du repérage des maltraitements plus complexes que lorsque les personnes vivent dans un établissement collectif.

Le contexte particulier du secteur du soin et de l'aide à domicile

L'aide à domicile des personnes âgées et/ou handicapées est un champ complexe qui regroupe un ensemble d'activités et d'intervenants relevant de plusieurs champs disciplinaires (social et médico-social, sanitaire), institutionnels (public, associatif, entreprise) et types d'interventions (salariés diplômés ou non, bénévoles, aidants familiaux etc...).

- La CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) est la structure de l'Etat qui agit et coordonne tout ce secteur de l'autonomie. Mais les décideurs et les financeurs sont multiples : les Conseils Départementaux, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail, la Mutualité Sociale Agricole, les Agences Régionales de Santé....
- Les intervenants directs auprès des personnes âgées et/ou handicapées sont nombreux : équipes des conseils départementaux, Centre Communal d'Action Sociale, Centres Locaux d'Information et de Coordination, équipes mobiles gériatriques, réseaux de santé, médecins de ville, infirmiers et autres professionnels de santé, hôpitaux, services d'hospitalisation à domicile, Services de Soins Infirmiers A Domicile, gestionnaires de cas, associations et services d'aide à domicile (SAAD), services de tutelle, services sociaux etc...
- Ces multiples intervenants agissent auprès de la personne selon les missions et domaines qui leur sont propres. Ces interventions sont souvent segmentées, juxtaposées, parfois coordonnées dans le cadre d'une méthode telle que celle des MAIA (Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), aujourd'hui reprise au sein des Dispositifs d'Appui à la Coordination, de la réponse accompagnée pour tous ou dans des réseaux informels ou des communautés 360.



- La personne âgée et/ou handicapée, en perte d'autonomie, est dépendante des aides reçues chez elle quotidiennement et des personnes qui lui apportent ces différentes aides. Elle se trouve de fait en situation de vulnérabilité. Elle n'en conserve pas moins le droit plein et entier de décider de sa vie, de ses projets et le droit au respect de sa dignité.
- Ces droits constituent un ensemble de devoirs pour les équipes en charge de l'accompagnement de la personne : bienveillance, bientraitance, recueil de l'avis de la personne, respect de ses choix, respect de son intimité, de sa vie privée, confidentialité des données à caractère personnel, secret professionnel...
- La finalité de l'action qu'est le maintien à domicile de la personne âgée ou handicapée en perte d'autonomie, ou la recherche de la meilleure solution en cas d'impossibilité du maintien à domicile, nécessite une coordination des acteurs et donc une bonne communication entre eux, qui passe par l'échange d'informations personnelles ou confidentielles.
- Ce partage d'informations à caractère personnel requiert donc la vigilance des différents intervenants.¹

Les enjeux de prévention de la maltraitance ont été mis en avant de longue date, à travers différentes initiatives à destination tant des personnes et de leurs aidants, que des professionnels. Il est possible de souligner la création du réseau Allo maltraitance (ALMA) en 1994, et de l'Association Française pour la Bientraitance des Aînés et/ou Handicapés (AFBAH) en 2002. Des études ont également été conduites par l'ANESM, notamment en 2014 où elle révélait, dans son enquête qualitative sur la bientraitance des personnes âgées accompagnées par des services à domicile de 2014, que seuls « 55% des services utilisent des dispositifs ou des outils de repérage et de détection des situations de maltraitance ou de risques de maltraitance des usagers. (...) Parmi les services ayant effectué un ou plusieurs signalement(s), les services utilisant un dispositif ou un outil de repérage des situations de maltraitance en ont réalisé plus souvent que les services n'ayant pas de dispositif ».

Des voies de progrès sur la structuration des services et de leur outillage sont en cours de développement pour qu'ils soient véritablement proactifs et en situation de veille permanente sur la détection des maltraitances, que celles-ci soient du fait des intervenantes ou de l'entourage personnel. Le cahier des charges des SAAD (décret du 26 avril 2016 de la loi ASV de 2015) précise désormais que « le gestionnaire organise le traitement des réclamations, tient à jour leur historique et gère les éventuels conflits entre les intervenants et les personnes accompagnées. Pour les prestations concernant une personne accompagnée âgée, une personne handicapée ou une famille fragile, en cas de conflit non résolu avec le gestionnaire, la personne accompagnée peut faire appel, pour l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'il choisit sur la liste prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles annexée au livret d'accueil ; le gestionnaire met en place un **dispositif de traitement des situations de maltraitance**. Lorsqu'il a connaissance d'une telle situation, il transmet un **signalement aux autorités compétentes**, en particulier au président du conseil départemental ou au responsable désigné par lui et en informe la personne accompagnée ou son proche aidant. »

Le relais de ces signalements, le cas échéant, auprès des autorités de tutelle ou de contrôle n'est pas suffisamment organisé, connu, mobilisé de façon harmonisée sur l'ensemble du territoire.

Depuis quelques années le secteur connaît un effet ciseau : un accroissement de la demande d'interventions à domicile, et une baisse d'effectivité de réalisation des plans d'aide par les structures d'aide à domicile, faute de professionnels pour les réaliser.

Les statistiques portant sur ce secteur montrent que les emplois de soins et d'aide à domicile comportent des risques professionnels tant pour la santé que pour la sécurité du personnel qu'il soit jeune ou plus âgé.

¹ Fiche technique 2017 de la Commission Éthique et Déontologie en Travail Social pour éclairer les acteurs de terrain.



Les divers facteurs de risques de maltraitance sont liés aux interactions entre les personnes assistées d'une part, et les différents intervenants au domicile, leur faible préparation au métier d'aide à domicile, leurs conditions de travail et la pénibilité d'exercice d'autre part.

Ces vecteurs de risque sont couplés à une « invisibilité » ou un manque de reconnaissance de ces métiers au domicile alors que la charge symbolique qu'ils contiennent est pourtant conséquente (confrontation à l'hygiène, à l'intime, à l'indiscrétion etc.). Ce sont des métiers à fort impact émotionnel, qui impliquent de composer avec les propres affects face aux situations difficiles.

Les enjeux difficilement conciliables des métiers du domicile

Les métiers de l'aide à domicile, peu qualifiés, s'appuient essentiellement sur une forte teneur relationnelle entre le professionnel et la personne aidée. La relation de confiance est centrale. Dans le contexte d'un nombre insuffisant de soignants, une tendance vers le développement d'une qualification permettant l'exécution d'actes auparavant réservés aux soignants créerait un appauvrissement par l'élimination ou la réduction de tâches d'accompagnement.

Or, les orientations en cours visant le rapprochement des services de soins infirmiers à domicile et tarifés à l'acte et les services d'aide à domicile, s'ils permettent de dépasser la segmentation, et renforcer la coordination, peuvent potentiellement, dans le contexte actuel de tensions RH, augmenter la dimension technique du travail au détriment des aspects relationnels qui demandent du temps, temps qui est de plus en plus contraint. Les soignants des hôpitaux ou des EHPAD souffrent déjà de ce manque de temps relationnel avec leurs patients ou résidents. Le risque de contagion vers le secteur du domicile est réel.

Mais face aux difficultés financières et à la demande non satisfaite, l'augmentation par les gestionnaires de la charge de travail fait partie des tentatives de réorganisation, de variable d'ajustement. Ceci conduit à une intensification du travail des intervenantes à domicile, augmentation des contraintes physiques, mentales et psychiques qu'elles subissent, ce qui se répercute sur leur santé et ouvre un potentiel important de risques pour les personnes accompagnées.

Qu'un secteur d'activité soit lui-même en situation de fragilité est source et facteur de risques pour les personnes concernées et/ ou accompagnées.

Plusieurs préconisations énoncées par la commission bientraitance HCFEA CNCPH dans la « **note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie** » retiennent un avis favorable du HCTS.

Aussi, l'avis du Haut Conseil du Travail Social reprend-il les quatre axes suivants :

- 1) la **qualité de vie au travail** et la **formation des professionnels**, rejoignant ainsi les constats du Livre vert du HCTS,
- 2) les enjeux **du partage d'informations** relatives aux personnes accompagnées et sur les règles de discrétion ou de secret professionnel auxquels les professionnels sont soumis,
- 3) la nécessaire **vigilance des équipes pluridisciplinaires et le soutien des institutions** employant les professionnels du domicile pour discerner les situations de fragilité, de vulnérabilité, de maltraitance, et prendre pour chaque situation la posture et la décision les plus adaptées,
- 4) Un **renforcement réglementaire** et législatif pour la **protection** des adultes vulnérables.



1) La qualité de vie au travail et la formation des professionnels

La formation initiale et continue, des professionnels et des encadrants, la régulation d'équipe et la préservation des temps d'analyse de la pratique, l'organisation du travail et la régulation de la charge d'activité sont autant d'outils de prévention de la survenue de la maltraitance sur personnes vulnérables et accompagnées. Les modules de formation doivent permettre la prévention de la survenue de la maltraitance du professionnel envers la personne accompagnée mais également outiller les professionnels sur l'observation, le repérage de faits de maltraitance que la personne accompagnée peut subir par son entourage, de proches ou de voisinage.

Dans le champ du domicile, avec des équipes mobiles, la structuration des temps professionnels avec des espaces d'échanges sur les pratiques (supervision, analyse de pratiques) paraît indispensable.

La proposition d'intégrer la sensibilisation à la maltraitance et l'apprentissage des méthodes de prévention dans les formations initiales et continues des professions d'accompagnement social et de soin est incontournable mais devrait s'accompagner également de compléments dans les plans de formations des employeurs.

La prise en compte du bien-être au travail des professionnels est une mesure de prévention importante : l'employeur doit être en mesure de veiller à la prévention des troubles musculo-squelettiques et autres maladies professionnelles qui impactent nécessairement la capacité des professionnels à être en posture d'ouverture et de bienveillance vis-à-vis de leur public. La formation des encadrants et la présence de professionnels dédiés à la qualité de service et sécurité au travail dans les structures d'aide à domicile doit pouvoir se généraliser.

L'intervention des professionnels au domicile inclut des temps de dialogue, d'écoute indispensables pour créer une relation de confiance au-delà des gestes attendus par l'aide à domicile. La capacité donnée aux professionnels d'adapter leur planning, le déroulement de leur tournée de visites est une possibilité qui leur est donnée pour optimiser leur temps en fonction des besoins des personnes accompagnées qu'elles connaissent bien et de réduire les déplacements.

2) Les enjeux du partage d'informations

Tous les intervenants ne répondent pas aux mêmes obligations, mais tous sont tenus de respecter le droit à la vie privée des personnes et les règles de confidentialité de la structure dont ils dépendent.

Tous les professionnels et bénévoles ont une obligation de discrétion du fait de leur fonction.

Les personnels médicaux et les assistants de service social sont tenus au secret professionnel par profession.

Les administrations, institutions et associations, et l'ensemble de leur personnel sont tenus d'assurer la confidentialité des informations personnelles de leurs usagers.

Dans le cas d'une personne âgée et/ou d'une personne handicapée malade et pour laquelle il y a un parcours de soins, l'ensemble des intervenants salariés ou bénévoles de l'aide à domicile est concerné par les décrets n° 2019-994 et n°2016-1349

Dans d'une situation de maltraitance : le signalement de la mise en danger d'une personne adulte qui est visiblement vulnérable (à savoir qu'elle n'a pas la capacité de se protéger) est une obligation légale (article 434-3 du Code Pénal).

La démarche de signalement doit être pensée à bon escient, accompagnée par l'encadrement, car il peut aussi exposer le professionnel qui intervient au quotidien auprès de la personne, soit à un risque de déport sur le professionnel d'une forme de violence, soit à un risque de fin de prise en charge et d'aggravation de la situation de la personne aidée.



Il peut arriver que la singularité des situations individuelles vienne interroger les modalités tout comme les limites réglementaires du partage d'informations, notamment lors de situations observées et/ou supposées de maltraitance. L'éclairage technique de l'encadrement et le soutien de l'institution revêtent un caractère indispensable, car la continuité de l'intervention des professionnels (sociaux, de santé, d'aide à domicile) doit se poursuivre jusqu'à la protection effective de la personne vulnérable.

3) La nécessaire vigilance des équipes pluridisciplinaires et le soutien des institutions

Les préconisations de la note d'orientation de la HCFEA CNCPH relatives au positionnement de régulation et de contrôle des institutions d'Etat ou collectivités départementales reçoivent le soutien du HCTS notamment :

- *« Animer localement le « réseau » des intervenants qui se consacrent déjà, de manière bénévole et avec une reconnaissance institutionnelle, à l'écoute et au relais de l'information. Pour cela, désigner, à l'échelon territorial adéquat, en principe départemental, un « coordonnateur territorial de l'écoute pour la bientraitance », chargé de l'animation de ce réseau (formation, partage de pratiques) autour du repérage des situations de maltraitance.*
- *Installer, en principe à l'échelle de chaque territoire départemental un « groupe territorial de coordination sur les informations préoccupantes », instance obligatoire de gestion coordonnée des signalements de maltraitance. L'Etat – c'est-à-dire le préfet / DREETS, ou, si un texte le prévoit, le directeur de l'ARS agissant par délégation - est garant de cette installation et de la participation obligatoire de ses membres. L'Etat assure sur son budget les moyens humains nécessaires à l'animation de ces « groupes territoriaux » Ils associent des représentants des personnes accompagnées*
- *Après chaque fait avéré ayant pour siège une structure médico-sociale, être en mesure de proposer aux établissements et services volontaires une expertise et un appui des « structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ». Compléter à cette fin la définition réglementaire des SRA et leur cahier des charges, afin de garantir leur compétence technique sur l'ensemble des aspects de la maltraitance dans les structures médico-sociales.*
- *A partir de situations de maltraitance recensées, rassembler, en vue d'établir des repères susceptibles de servir de « seuils d'alerte » pour les personnes accompagnées et les associations qui les représentent, les équipes et les gestionnaires, des éléments qualitatifs et quantitatifs (qualifications, manières de faire, durées critiques) en établissement comme à domicile.*
- *Organiser au niveau de chaque territoire départemental un lieu de restitution collective (« table stratégique ») du bilan, à l'échelle du territoire, des signalements, en vue d'identifier les principaux risques et leur gestion partagée. Ce bilan territorial des points forts et des points faibles devrait être présenté collectivement, à intervalles réguliers, aux gestionnaires des établissements et services »*

Ces préconisations nécessiteront d'être actualisées et modifiées à l'aune des réformes importantes à venir dans le champ de l'autonomie autour du service public territorial de l'autonomie, de la mise en place des services autonomie, de l'évolution des missions des MDPH autour du parcours des personnes. Elles impliquent également des moyens humains pour assurer un rôle de « coordonnateur/animateur » d'un réseau d'acteurs autour de la protection des adultes vulnérables.

De même, l'articulation avec le comité local d'aide aux victimes pourra utilement être réfléchi.

4) Un renforcement réglementaire et législatif pour la protection des adultes vulnérables

La stratégie nationale de lutte contre les maltraitements faites aux personnes vulnérables doit permettre l'évolution de la réglementation pour soutenir les obligations légales, accompagner le renforcement de la formation, l'animation départementale et la mobilisation des acteurs institutionnels et employeurs.



Dans le champ des obligations des employeurs et des pratiques professionnelles nous retenons :

- L'évolution de l'article D.312-7-1 du CASF pour les services d'assistance à domicile afin d'intégrer l'exigence d'analyse des pratiques
- L'intégration dans les différents articles des codes qui encadrent l'organisation des CLIC et des DAC, une référence aux obligations de signalement et aux conditions de levée du secret professionnel
- La création d'une formation obligatoire pour les professionnels dont le comportement maltraitant traduit un besoin de formation et de sensibilisation et d'un pouvoir de suspension, par la même mesure, tout ou partie du droit d'exercice professionnel ou certaines de ses modalités, auprès des personnes vulnérables, pour la durée de la formation en question.
- La précision à apporter à l'article L.1221-6 du code du travail pour que les employeurs du secteur de l'aide et accompagnement à domicile puissent demander, à l'embauche, l'extrait de casier judiciaire n°3.
- La définition unique, reproduit à l'identique dans les différents codes concernés (code pénal, code de la santé publique, code de l'action sociale et des familles) les droits et obligations relatifs aux :
 - conditions du partage d'informations à caractère secret
 - obligations de signalement
 - protections des personnes ayant effectué un signalement pour les privations et sévices subis par les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger « en raison de leur âge ou de leur incapacité physique ou psychique ».

Des textes de référence :

- Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins
- Article 9 du code civil
- Article 8 de la Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales sur le droit au respect de la vie privée
- Rapport du Conseil supérieur du travail social, Le partage d'informations dans l'action sociale et le travail social, ENSP 2014
- Fiche générale du Haut Conseil en travail social, avril 2017 : LES INFORMATIONS À CARACTÈRE PERSONNEL CONCERNANT LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES : DES DONNÉES À PROTÉGER ET PARFOIS À PARTAGER La confidentialité pour protéger les données personnelles dans le respect des personnes, de leurs droits et de leur place , Le devoir de discrétion et l'astreinte au secret professionnel des acteurs sociaux et médico-sociaux
- Commission bientraitance HCFEA CNCPH, « Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie », 24 janvier 2019