

Etats généraux des maltraitances

Contribution de la Fédération de l'Hospitalisation Privée

Dans le cadre de la séquence de concertation des Etats généraux des maltraitances ouverte depuis le 3 avril par le **ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées**, les institutions, associations et collectifs impliqués dans la lutte contre les maltraitances sont invités à organiser des **débats autoportés** pour préparer la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances envers les majeurs en situation de vulnérabilité.

Thème n°1 : Alertes et signalements des cas de maltraitance

Certaines personnes qui subissent la maltraitance ne la signalent pas. Selon vous, pourquoi ne le font-elles pas ? Si vous avez des hypothèses pour répondre à cette question, quelles seraient les solutions à y apporter ?

De nombreux facteurs peuvent expliquer cette auto-censure vis-à-vis des maltraitances subies, que ce soit par un proche, par un professionnel ou par une institution :

- La méconnaissance de ses droits, des recours et ressources disponibles, auquel s'ajoute le manque de connaissance du système judiciaire.
- La peur de représailles. Les personnes qui subissent la maltraitance peuvent craindre que leur(s) agresseur(s) se venge(nt) d'elles si elles le(s) dénoncent. Il en est de même pour les professionnels de santé qui souhaiteraient dénoncer des actes de maltraitance. Cette peur des représailles constitue un frein considérable pour que la parole circule dans les institutions.
- La peur de porter préjudice à la relation avec un proche et les conséquences pour celui-ci ; ou à l'institution qui malgré tout « abrite ».
- La peur de ne pas être cru.e, d'un déni de sa parole (ou d'une parole interprétée comme un début de déficience cognitive, de paranoïa...), ou encore le sentiment de honte ou la crainte de la stigmatisation.
- La banalisation de manifestations qui, par leur récurrence, font « partie du paysage » (soit dans l'institution, soit dans un contexte familial de violences structurelles).
- La résignation liée à un état dépressif (dépression du sujet âgé par exemple).
- La lenteur du système judiciaire.
- Le « pas de vague » institutionnel.

A la FHP nous avons travaillé sur le sujet des violences subies par les soignant.e.s (soit de la part des patients, soit de la part d'autres soignants). Même si les deux sujets ne sont pas

parfaitement transposables, l'enjeu de sortir de la peur, du mutisme ou du déni est dans les deux cas fondamental.

Il est essentiel que les personnes vulnérables ainsi que leurs proches soient mieux sensibilisées, informées et « outillées » *a priori* sur l'identification et la qualification des faits, afin de lutter contre la sous-déclaration, et que la réponse *ad hoc* soit apportée pour renouer avec la confiance. Cela suppose en amont des procédures claires d'identification de ce qui relève de la maltraitance, donc des ressources disponibles pour informer et sensibiliser sur ces enjeux.

Il est primordial de développer la « culture de l'alerte », du signalement et du questionnement, à l'instar des outils existants pour la qualité et le signalement des événements indésirables graves.

L'enjeu de sortir le sujet de ses aspects « tabous » et de sensibiliser au phénomène suppose aussi que l'ensemble de la société se mobilise, et de lever les omerta. L'idée de la maltraitance de personnes vulnérables est tellement insupportable qu'elle conduit à l'évitement. On pourrait envisager sur ces enjeux une campagne de sensibilisation nationale. Mais aussi, faire en sorte que ces sujets ne soient jamais latéralisés dans une institution, et soit fréquemment abordés par le dialogue et l'échange.

Un adulte en situation de vulnérabilité peut subir des maltraitements de la part d'un proche, sans pour autant souhaiter que la personne qui en est l'auteur soit inquiétée. Dans cette situation, qui serait le tiers de confiance auquel faire appel pour faciliter un échange et aboutir à une solution qui respecte son souhait, sans négliger le tort qu'il subit ?

Il est d'autant plus difficile pour une personne qui subit la maltraitance de parler lorsque l'auteur de l'agression est un proche. Ainsi, dénoncer une personne de son entourage complique la démarche d'une personne ayant subi un ou des actes de maltraitance. Dans ce cas, la mise en place de référents maltraitance interne/externe peut faciliter les échanges, tout comme les dispositifs de médiation et de remédiation.

Nous constatons que dans certaines structures sociales et médico-sociales, les alertes de souffrance professionnelle et de risques psycho-sociaux sont associées avec un risque de maltraitance des personnes accueillies et accompagnées. Que pensez-vous de ce constat ? Comment mieux relier dans les politiques et outils de gestion des ressources humaines la vigilance envers les professionnels et la vigilance envers les personnes accueillies ?

C'est évidemment étroitement corrélé, et là aussi l'expérience du secteur sanitaire est intéressante puisque la pénurie de professionnels de santé met les établissements sous tension, avec des impacts potentiels sur la qualité des soins et de la relation soignant-soigné. Toutefois, ces difficultés organisationnelles et RH, qui ne trouveront leur solution que progressivement, ne doivent évidemment pas conduire à relativiser les faits de maltraitance.

Un préalable : les enjeux RH de formation, d'évolution des carrières, d'attractivité des métiers, sont centraux car ils permettent de renouer avec le sens de la mission. Proposer des parcours professionnels attractifs, ne pas être dans une assignation à passer 30 ans à faire la même chose, c'est fondamental pour le bien-être psychologique. Il existe évidemment un cercle vertueux entre de bonnes conditions d'exercice professionnel et des soins de qualité. Par ailleurs, se préoccuper de la qualité de vie des professionnels nécessite aussi

d'être attentif aux évolutions de la société, aux nouvelles attentes qui s'expriment, par exemple en termes de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle.

Quelques axes de politiques RH qui priorisent la santé et le bien-être des soignant.e.s dans les établissements sanitaires :

- Diffuser et instiller dans l'établissement une culture de la prévention des risques liés à la santé (RSP, TMS, risques environnementaux, alimentation, sommeil, transports, charge mentale...), avec des formations mais aussi la mise à disposition de ressources numériques.
- Lutter contre les « irritants du quotidien » : quelques minutes par jour, professionnels soignants et non soignants s'emploient à détecter tout ce qui « empêche », entrave le bon exercice de sa mission, et à trouver des solutions : volonté d'être rapide, réactif, et d'éliminer un problème par jour.
- Faciliter le quotidien : tisser des partenariats avec des organismes de crèches ; mise à disposition de logements (les collectivités territoriales s'emparent de ces sujets)
- Disposer de lieux d'écoute dédiés pour les professionnels/soignants en situation de détresse, avec des projets de soins et des prises en charge dédiés, avec des horaires adaptés à leurs contraintes (importance de lieux et d'outils dédiés pour lutter contre l'autocensure des soignants vis-à-vis de leur propre santé)
- Faire des retours d'expérience positifs de ce que disent les patients (ou les résidents) et pas toujours pointer ce qui dysfonctionne. Créer un sentiment de communauté.
- Prendre en compte l'approche genrée : les sujets spécifiques à la santé des femmes et à leurs problématiques d'organisation doivent être davantage pris en considération. Il doit en être de même pour la sécurité : le fait que les professionnels paramédicaux, infirmiers et aides-soignants, soient majoritairement des femmes, constituent un facteur supplémentaire de risques, avec des comportements intolérables à leur encontre (violences à caractère sexiste ou sexuel notamment) qui doivent être pris très au sérieux.
- Diffuser une culture de la bientraitance passe ainsi par le levier de la formation, initiale et continue.

Le secret professionnel est une obligation que doivent respecter certains professionnels qui exercent auprès des personnes en situation de vulnérabilité. Dans quelles conditions précises devrait-il selon vous être remis en cause ?

En cas de suspicion d'actes de maltraitance/négligence sur une personne qui ne peut pas se protéger, le professionnel doit informer les autorités de ce qu'il constate, en étant protégé pénalement pour l'alerte qu'il fait.

Thème n°2 : Culture professionnelle et gouvernance

Certaines modalités d'organisation d'une équipe, d'une institution ou d'un réseau peuvent produire davantage de bienveillance, d'attention à l'autre, de coopération et de respect de l'autonomie. Avez-vous connaissance ou expérimenté des modalités d'organisation qui facilitent une culture de bientraitance ? Quelles sont-elles ? Merci de les décrire.

Quelques illustrations issues du secteur sanitaire mais qui sont parfaitement transposables au secteur médicosocial :

Toutes les initiatives visant à permettre au patient/résident de renouer avec des centres d'intérêt qui ont pu être au cœur de sa vie passée, de restaurer une image valorisante de soi, de se réapproprier la direction de son existence, sont fondamentalement bienveillantes.

Présence de lieux d'expression artistique, de soins culturels., de soins socioesthétiques, destinés à procurer un bien-être physique, psychologique, mais aussi social ... Ces initiatives permettent d'entrer en relation autrement et, face à des difficultés pouvant surgir, de trouver un autre cadre où la notion de « soin relationnel » trouve tout son sens. Certaines activités culturelles ont un effet antalgique sur la douleur physique, mais aussi sur le poids psychologique : ateliers d'écriture... Le postulat de base de cette démarche est qu'un établissement est aussi et surtout un lieu qui maintient les individus dans une dynamique vitale. Rôle majeur des proches, à qui les activités proposées peuvent être ouvertes.

Créer une communauté entre les professionnels et les patients ou résidents. Pour mieux comprendre ce que vit le patient, une clinique a lancé une initiative baptisée « Prends ma place d'être patient » : pendant 24 heures, un membre du personnel de l'établissement, volontaire - soignant ou non - vit en position de patient dépendant, avec une pathologie fictive. Les enseignements que toute l'équipe retire de cette expérience sont très riches et l'idée peut être transposée au médicosocial.

Associer les patients/résidents à l'élaboration des documents, chartes, formations sur la bienveillance. Le savoir qu'ils ont sur leur situation de santé, leur ressenti sur les soins sont des enseignements très précieux pour ces démarches. Un établissement a mis en place, en complément du questionnaire d'évaluation classique, un dispositif baptisé « sécurimètre » qui permet aux patients de donner leur perception sur les soins qui leur sont prodigués, de communiquer sur l'impact émotionnel de ces soins et leur niveau d'anxiété. Autre initiative, celle d'un support multimédia qui présente une vision exhaustive, professionnelle et rassurante de l'établissement, de manière très interactive, donnant aux personnes des repères, notamment spatiaux, précis et réconfortants. Ce support permet à la personne de sentir qu'elle n'est pas dépossédée de toute compétence, qu'elle peut garder une certaine maîtrise de la situation. Autre initiative encore, l'élaboration d'un guide de la bienveillance de nuit, relatif au sommeil, à l'environnement sonore et lumineux, à l'apaisement des angoisses...

Pour les professionnels des établissements, le recul par rapport aux pratiques est une dimension essentielle : donner aux équipes l'opportunité de la réflexion, le temps de poser ce regard en surplomb - qui peut être suscité par l'intermédiaire d'un philosophe, d'un éthicien - soutient, donne du sens et valorise. Cela permet de restituer toute l'importance de la mission, que les contraintes du quotidien font parfois perdre de vue.

Un établissement a mis en place un groupe de réflexion sur les valeurs éthiques de l'entreprise et a mené un travail sur les situations de maltraitance entre collègues : irrespect, médisance... Divers comportements ont été mis en scène, filmés, et surtout illustrés par l'intermédiaire de figurines. Cette approche résolument ludique désamorce les tensions et favorise la prise de conscience du caractère inapproprié de certaines attitudes. Sur cette base a été réalisée une Charte de bienveillance entre collègues, qui réagit évidemment sur la bienveillance dans l'établissement.

D'autres établissements ont choisi l'expression théâtrale pour faire vivre et promouvoir les valeurs, autour de la notion de bientraitance, de respect, de vivre-ensemble. L'intérêt de la démarche réside dans la cohésion favorisée par la collaboration artistique, allée à la représentation tangible et incarnée de concepts abstraits. Un groupe de l'hospitalisation privée avait lancé un grand concours de films courts intitulé « Promouvoir la bientraitance en établissements », destiné à valoriser toutes les initiatives concourant à la bientraitance du patient d'une part et optimisant le bien-être des professionnels d'autre part.

Enfin, la bientraitance réside aussi dans un travail sur les représentations, voire les idées préconçues à l'égard des patients/résidents (précarité, barrières linguistiques...), et une lutte contre toutes les représentations plus ou moins conscientes qui peuvent affecter l'accueil.

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) est une instance qui vise à associer les personnes accueillies et accompagnées au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Aujourd'hui, le sujet de la maltraitance n'y est pas toujours (ou rarement) traité. À quelles conditions et grâce à quelles prérogatives le CVS peut-il être un espace de prévention des maltraitances des personnes accueillies et accompagnées ?

A la FHP nous portons la conviction que dans les établissements de santé, les acteurs de la démocratie sanitaire doivent être étroitement associés à ces enjeux de lutte contre les maltraitances et de promotion de la bientraitance, à travers les notamment les Commissions des Droits des Usagers (CDU) : mais aussi par le recueil des verbatims des patients (expérience patient) et l'amélioration en continu des pratiques et des soins, de la qualité et de la pertinence, grâce au recueil de l'expérience des patients. Les CDU ne doivent pas être seulement le lieu d'examen des doléances (événements indésirables etc.) mais elles doivent être associées aux réflexions plus stratégiques.

Dans le secteur médicosocial, le décret du 1^{er} janvier 2023 élargit la composition des CVS et associe celui-ci à l'établissement du projet d'établissement, notamment sur le volet portant prévention et lutte contre les maltraitances. Cela va dans le bon sens, mais doit maintenant se traduire par une reconnaissance accrue des CVS et de leur rôle, comme lieu d'une démocratie médicosociale vivante.

Thème n°3 : Bonnes pratiques et formation

Les « recommandations de bonnes pratiques » sont des propositions développées par la Haute autorité de santé (HAS) destinées aux professionnels pour améliorer la qualité de leur accompagnement. Il existe des établissements dans lesquels ces recommandations de bonnes pratiques ne sont pas appliquées. Comment garantir leur effectivité ?

La certification pour la qualité des soins des établissements de santé de la HAS, qui permet d'évaluer tous les quatre ans le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients au sein des structures sanitaires, constitue un fort incitatif à agir au regard des impacts de cette procédure sur les établissements (impact financier, en termes d'autorisations, d'image, de réputation et d'attractivité...). Cette procédure d'évaluation indépendante du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, publics et privés, effectuée par des pairs, comporte aujourd'hui 4 critères, dont un critère impératif, relatifs à l'enjeu des maltraitances et de la bientraitance :

- Critère 1.1-05 : « Le patient bénéficie des messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé »
- Critère 3.2-04 : « L'établissement de santé veille à la bientraitance »
- Critère 3.2-05 : « L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients »
- Critère 3.2-06 : « L'établissement de santé lutte contre la maltraitance en son sein » - Critère impératif. Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée, qui peut venir influencer sur la décision de certification.

Au-delà de la visite de certification, il convient de privilégier les retours d'expérience non punitifs des événements porteurs de risque qui permettent l'analyse collective et donc une véritable amélioration. L'amélioration des pratiques ne peut pas passer que par des dispositifs coercitifs.

Aussi, la FHP préconise-t-elle la mise en place, au sein des établissements, de groupes de réflexion éthique ouverts à tous les personnels (soignants et non soignants), dont l'objectif est l'analyse de cas cliniques, de manière collégiale.

Il convient en effet d'encourager les espaces et les lieux d'échanges sur les pratiques, tels que les comités de retours d'expérience : l'ensemble du personnel de l'établissement se réunit en présence d'un superviseur. Ces lieux permettent d'exposer des cas où les professionnels ont été en difficulté. L'objectif n'est pas de juger les situations présentées, mais bien d'analyser les pratiques, le savoir-être pour définir ensemble les réponses les mieux adaptées, dans une démarche d'amélioration.

Ces lieux de discussion sur l'éthique de soin et le savoir-être des personnels face à autrui sont essentiels et complémentaires des chartes de bientraitance, des questionnaires de satisfaction de patients ou encore des actions de formation.

Si les démarches de formation permettent de mieux prévenir les maltraitances, qui doit être formé (les professionnels, les personnes accueillies, les directeurs, les représentants des personnes accueillies, les proches et familles, tous les citoyens...) ? et sur quel(s) thème(s) ?

Les démarches de formation de tous les professionnels et proches/aidants en contact des personnes en situation de vulnérabilité doivent être développées.

La sensibilisation et l'information aux enjeux de la lutte contre les maltraitances doivent pouvoir également s'opérer dès le plus jeune âge, en s'appuyant sur le réseau scolaire, puis sur le réseau d'entreprises à travers notamment la médecine scolaire et du travail. Cela implique de renforcer la médecine scolaire et la médecine du travail.

Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, tous les personnels en contact de patients/résidents doivent être sensibilisés à la lutte contre la maltraitance et formés à la bienveillance et à la bientraitance : qu'il s'agisse des soignants, des secrétaires médicaux, des brancardiers... autrement dit toutes personnes intervenant dans le cadre de la prise en charge globale du patient/résident. Le savoir-être n'est pas un savoir inné. Cette formation sur le savoir-être doit être intégrée dans les maquettes de formation initiale, puis renouvelée tout au long du parcours professionnel. L'enjeu est de pouvoir développer une véritable culture du savoir-être auprès des personnes vulnérables.

Différents thèmes devraient pouvoir être traités dans le cadre de formations à destination des professionnels et personnels de santé :

- Définition de la maltraitance – les différentes dimensions de la maltraitance (violences physiques, violences morales, violences sexuelles, violence matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, privation ou violation de droits...)
- Comment repérer et prévenir des actes de maltraitance dans un établissement de soin et/ou les situations à risque
- Les outils et actions pour prévenir les risques de maltraitance
- Rappel du cadre juridique et institutionnel
- Enjeux éthiques et déontologiques
- Savoir-être auprès des personnes vulnérables
- Valorisation des bonnes pratiques (bienveillance/bientraitance)

Autre(s) constat(s) ou proposition(s) partagés sur ce thème :

Une culture de la bientraitance profite à tous : aux soignants, aux administratifs, aux patients/résidents. La bienveillance/bientraitance doit être abordée sous l'angle bidirectionnelle : des personnels envers les patients, ainsi que des patients envers les professionnels. Il s'agit de créer une communauté autour de ces sujets.

Autre(s) sujet(s) traité(s) lors de vos échanges concernant les maltraitements envers les adultes en situation de vulnérabilité

Quels constats ou propositions ont été exprimés sur ces sujets ?

Il convient de ne pas limiter les réflexions des Etats généraux des maltraitements aux adultes en situation de vulnérabilité. Nous proposons d'élargir le périmètre aux personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes précaires, enfants et adolescents, personnes fragilisées momentanément car tout patient peut être vulnérable à un moment de sa prise en charge. A chaque étape du parcours, la déshumanisation (du soin) peut survenir.

Question de synthèse

Selon vous, quelles sont les trois mesures prioritaires pour lutter contre la maltraitance envers les adultes en situation de vulnérabilité en établissements spécialisés, à domicile ou ailleurs ? Pourquoi chacune d'elle est prioritaire à vos yeux ?

- 1ère mesure prioritaire : Former tous professionnels et proches/aidants en contact des personnes en situation de vulnérabilité aux différents types de maltraitance et notamment aux « maltraitements ordinaires », en lien avec les associations d'usagers. En établissements de santé et en EHPAD, la sensibilisation de tous les professionnels en contact de personnes en situation de vulnérabilité doit intervenir en amont, en prévention, sur la base d'analyse de cas cliniques.
- 2ème mesure prioritaire : Faciliter pour les personnes en situation de vulnérabilité victimes de maltraitements le dépôt de plainte – Ecoute et prise en considération de la

parole de la victime. Plusieurs leviers pourraient être activés, tels que le lancement d'expérimentation de dépôt de plainte « hors les murs » du commissariat ou de la gendarmerie (à domicile, dans les établissements) ; ou encore l'initiative de « pré-plainte » en ligne qui fait également l'objet d'une expérimentation. Les personnes vulnérables peuvent aussi être accompagnées dans ce processus par une personne de confiance pour les aider à ne pas minimiser les faits, à les déculpabiliser, et l'accompagner pour rédiger par exemple un témoignage écrit qui servirait de preuve avant un éventuel dépôt de plainte. De même, il est important de mieux communiquer et faire connaître les associations / numéros d'appel qui accompagnent les victimes dans leurs démarches.

- 3ème mesure prioritaire : Œuvrer en faveur du recrutement et de l'attractivité des métiers du soin, selon le principe fondamental de la symétrie des attentions qui pose que la qualité de la relation avec les usagers/patients/résidents est symétrique de la qualité de relation que l'on porte à l'ensemble des collaborateurs. Le manque de personnel peut induire la survenue d'actes de maltraitance passive.
