



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Synthèse qualitative des réponses aux questions de la concertation apportées dans les débats autoportés

États généraux des maltraitances

Mars-Juillet 2023

Table des matières

SYNTHÈSE QUESTION 1.1.....	1
SYNTHÈSE QUESTION 1.2	6
SYNTHÈSE QUESTION 1.3	9
SYNTHÈSE QUESTION 1.4	13
SYNTHÈSE QUESTION 2.1.....	17
SYNTHÈSE QUESTION 2.2.....	22
SYNTHÈSE QUESTION 2.3.....	26
SYNTHÈSE QUESTION 3.1	30
SYNTHÈSE QUESTION 3.2.....	32

SYNTHÈSE QUESTION 1.1

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 ?

Méconnaissance des droits et voies de signalement / plainte.

Manque de possibilités de signalement.

Manque de publicité sur le risque

Troubles de la communication / manque de « ressources intellectuelles » ou faibles capacités cognitives et motrices.

Difficulté à trouver un professionnel / une personne de confiance.

Analyse du risque / peur des représailles, concrètes et fondées (place en établissement, projet d'hébergement, asile, etc etc).

Peur de ne pas être entendu / écouté / cru. Sentiment de honte.

Peur du jugement / (auto) banalisation des faits / minimisation / déni.

Crainte de la délation.

Pour les maltraitances à domicile spécifiquement : peur de l'isolement (not. quand l'agresseur est l'une des seules personnes qui rend visite).

Ex de frein au signalement pour les professionnels : « Les exemples de lanceurs d'alerte, qu'ils soient médiatisés dans la presse ou qu'ils restent cachés du public, démontrent que signaler la maltraitance au sein de son établissement peut avoir des conséquences désastreuses pour la personne concernée, pour des résultats concrets qui sont souvent minimes ».

Constat de l'inaction : les personnes savent mais estiment que rien ne changerait. Le système couvrira. Lassitude, lenteur des procédures judiciaires, des demandes d'hébergement,

Ne rien dire pour protéger la personne (affection) d'une condamnation/sanction pénale ou autre conséquence. Rapport de dépendance.

Question de normes culturelles (ou parfois de vécus déjà traumatiques), de difficultés à se sentir légitime.

Méfiance vis-à-vis des services sociaux et de la police.

Par méfiance, par timidité, par pudeur.

Empathie avec le maltraitant (exemple relation directe avec hôtelier proposant des conditions d'hébergement non digne)

« La parole doit être écoutée sans préjugés. Le quotidien des professionnels est intensif mais aucune excuse réduisant les personnes au silence ne peut être légitime Trop de situations restent encore non traitées car :

- on leur demande de se taire le sujet est trop délicat,
- on n'a pas le temps,

- on est occupé,
- ce n'est pas le bon moment.
Donner la parole, c'est prendre des risques ».

« -Le fait d'avoir intériorisé le préjugé d'être un poids pour la société et sa famille, ne pas vouloir déranger ;
-La honte d'être victime et ne pas parvenir à se défendre par soi-même ;
-L'empathie voire une certaine résignation liée aux difficultés rencontrées par les personnels en établissement ;
-La culpabilité d'être à l'origine de sanction voire de licenciement des professionnels en établissement ou à domicile ; »

Absence de soutien et d'entourage.

Capacité d'endurer, force de caractère.

Un sujet tabou.

« Dans les Institutions, avec les phénomènes de dynamique de groupes et l'existence de leaders qui imposent leur loi, il est souvent nécessaire de faire un travail sur soi pour se résigner à dénoncer des collègues ».

Les PH apprennent à se résigner et à ne pas dire non.

«Les personnes et leurs familles ont peur de représailles » si vous n'êtes pas contents allez voir ailleurs», le manque dramatique de places fait peur, le chantage est très puissant, il n'y a pas de « ailleurs ».

Absence d'opportunité d'expression (lieu, moment, personne)

- Freins communs aux violences intrafamiliales ou aux maltraitances commises en établissement :

- une histoire familiale marquée depuis toujours par la violence
- la sidération, le traumatisme

- Freins spécifiques aux violences intrafamiliales :

- la peur de ce qui pourra arriver à l'auteur de la maltraitance quand il s'agit d'un proche (conjoint.e, descendants, autre membre de la famille ou personne proche) : sanction pénale, mise à la porte et départ brutal
- une forme de loyauté
- la culpabilité
- se sentir responsable de la personne auteur des faits

- Lenteur ou inadéquation de la réponse apportée par les autorités pénales ou administratives qui peut décourager les actions individuelles (décision de mise sous protection, mesures d'éloignement).

Mauvaise maîtrise de la langue française

« La crainte de ne pas être entendue dans sa plainte par la personne ou l'autorité qui la recueille, comme cela peut être parfois le cas des forces de l'ordre pour les femmes victimes de violences conjugales. »

« Si certains résidents ont des proches, ils ont souvent des craintes de ce que vont penser leur famille/proche, et de leurs réactions s'ils apprennent qu'ils ont subis de la maltraitance ».

Prise de conscience, compréhension, verbalisation, volonté de changement, signalement.

« Elles sont plus terrifiées par les conséquences de signaler la maltraitance que par la maltraitance elle-même »

« Le parcours du signalement ou dépôt de plainte » peut être traumatisant et les personnes ne veulent pas recommencer (signalement pas pris en compte, personne pas prise au sérieux, peur d'être cataloguée comme relevant d'autres problématiques (SDF, toxicomanes, déficientes, et la question de la maltraitance est reléguée) »

« Les opérateurs signalent aussi l'existence à domicile de relations de dépendance liées aux addictions. La personne sait qu'elle est maltraitée mais dépend de son bourreau qui lui fournit le produit ou les produits.

De manière assez générale les structures et/ou professionnels déclarent qu'ils ne peuvent pas agir quand la personne ne le souhaite pas (défaut de dépôt de plainte) et que, malheureusement, cette situation est assez fréquente. Les opérateurs disent avoir les « mains liées » dans ces cas-là ».

SYNTHÈSE QUESTION 1.2

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 y a plutôt un consensus sur le fait que la reconnaissance pleine et entière du tort subi, passe par l'application d'une forme de justice qui inquiète à minima la personne responsable de la maltraitance ».

Un professionnel dont la déontologie garantit le secret des échanges (lien de confiance, libre expression, capacité « d'aider la personne à faire évoluer sa pensée, de façon à faire respecter ses droits et éviter que la maltraitance ne se perpétue auprès d'elle ou d'autres personnes ». Les pros de la *psycho* « pour autant qu'ils disposent de lignes de conduite claires ».

- L'intervenant à domicile du SAAD si plan d'aide en place.

- Le médecin traitant / médecin coordonnateur

Un médiateur, un professionnel de santé, un autre tiers de confiance

La famille ou tuteur/curateur / mandataire judiciaire

Personne de confiance (« Peut-être que la personne de confiance pourrait avoir un suppléant ou complément, de telle sorte qu'il y ait une personne de confiance dans la famille et une personne de confiance en extra familial, toutes deux complémentaires. Elles ne connaissent pas toujours les mêmes difficultés, événements, particularités, de la personne âgée et de son entourage »).

Le référent du PAP

Avoir une cellule nationale qui serait joignable 24h/24h pour aboutir à des arbres décisionnels

Maltraitance en institution : Prévenir le cadre, la direction

Maltraitance en milieu ouvert : Contacter une association, un médecin, le représentant légal, un proche, contacter les urgences ou les services de l'ordre

Vers une personne référente de son projet,

Vers un ami au sein de l'établissement / une autre personne accompagnée

Responsabilité de Cités Caritas de signaler auprès du procureur de la république toute maltraitance identifiée

Intervenant GAP, CVS (externaliser l'intervention !)

Tiers qui seraient des interlocuteurs neutres, sans jugement, pourrait être issu de la société liée à un groupe associatif ou non.

Le tiers pour eux ne peut-être que l'équipe du CADA ou un membre de l'équipe

C'est à la personne de choisir cette personne. Aux travailleurs sociaux de créer une relation de confiance pour le permettre et respecter sa temporalité

• Mandataire judiciaire

- Comité éthique

3977 et centres départementaux ALMA

Assistant social

Référent "bienveillance - prévention des maltraitances" créé dans chaque structure (avec COPIL "prévention des maltraitances et promotion de la bienveillance")

Bénévoles d'association de solidarité, les jeunes en services civiques, voire des réseaux de pair-aidants formés et soutenus dans la durée au sein d'un réseau territorial qui leur garantit des échanges et des analyses de la pratique

« Choisir la personne la mieux placée dans la famille et s'il s'agit d'une personne extérieure, à quel niveau se situe confiance et compétence ? L'importance du sexe de la victime, son environnement (social et économique, religieux, ...) sont des sujets incontournables. Le tiers le mieux placé pourrait être dans la famille à condition qu'il respecte une certaine neutralité. Sinon, le professionnel devra connaître parfaitement le cercle familial avec une approche complète intégrant le caractère, les pathologies, le parcours de santé et personnel pour tous les âges et tous les tiers concernés ».

« Il n'y a pas un tiers "type". Certaines familles sont isolées, sans ami proche ou sans famille qui puissent être désignés comme tels. Parfois la famille refusera un tiers pour ne pas qu'il s'immisce dans ses affaires. Le tiers de confiance ne doit pas être un proche de la famille, ce qui ne permet pas la confiance absolue. La personne vulnérable n'est pas forcément en capacité de s'exprimer. Le tiers de confiance choisi par la personne ou ses proches pourrait-il être indiqué dans tout document CERFA MDPH, ou que ce soit une personne bénévole qui satisfait à un certain nombre de critères, désignée par un organisme indépendant (MDPH ? Associations ?) et qui vient régulièrement établir un lien. Ou en institution un professionnel (soignant, assistant social, autre) pourrait être choisi chaque année dans le cadre d'une formation ».

« Une personne faisant office de « médiateur » ou « mini défenseur des droits », neutre, indépendante, extérieure à un établissement, sans lien de subordination, pouvant également intervenir au domicile et agir sur un plan plus social et/ou médico-social utile sans que cela aboutisse nécessairement à une procédure judiciaire : création d'une profession spécifique ? »

« une association créatrice de lien social sur le plan local (lien avec le réseau MONALISA - Mobilisation Nationale contre l'isolement des Âgés), sans relation monétaire entre le visiteur et la personne qui l'accueille à domicile pour la visite »

Des associations de proximité locales (à l'instar de ce qui existe pour les violences faites aux femmes), un référent institutionnel local au sein des Mairies ou des départements, des CCAS, création d'un référent-médiateur mis à disposition dans les communes/associations.

Infirmiers libéraux

- Gendarmerie. Y'a-t-il des personnes formées ?

- Juge des tutelles

- Personne qualifiée, en lien avec DDD local

CRIP adultes

« Dans ce type de situation, cela dépend de la proximité de la personne maltraitante. L'Assemblée nationale, lors de la revue de la PPL Bien vieillir en l'état de la dernière séance du 11 avril 2023, a adopté dans son article 1er bis nouveau, qu'un ESSMS relevant du 6° ou 7° du I de l'article L312-1 du CASF doit désigner un salarié compétent ou une personne compétente pour s'occuper des activités de prévention, au titre de référent prévention du service. En ce sens, ce même référent pourrait être considéré comme le tiers de confiance auquel faire appel pour faciliter les échanges dans ce type de situation. »

« Les institutions et leurs représentants déjà existants pour cela, à condition qu'on leur fasse confiance : direction des établissements, police etc ».

Une personne avec qui il n'y a aucun lien affectif

☒ un service intervenant au domicile,

☒ un Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC),

☒ les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Un tiers désigné par la personne victime qui ne fait pas forcément partie de la structure ou du service ou évolue la PH, ni de sa famille

Un membre de confiance de l'entourage

Médiateur familial / justice

SYNTHÈSE QUESTION 1.3

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 ?

Réponses récurrentes :

- 1) *Leadership* + management participatif / *de proximité* : culture de libération de la parole, faire preuve d'une réelle écoute, former les cadres et équipes de direction
- 2) Mettre en place des démarches QVT / DUERP et accroître les moyens des secteurs : reconnaissance salariale, emploi du temps adapté, équilibre vie perso / vie pro,

Autres éléments cités :

- Avoir un psychologue dans l'équipe
- Garantir la sécurité des professionnels en cas de dénonciations de faits maltraitants
- Faire des équipes à domicile de vraies « équipes » et non pas des salariés isolés
- Renforcer la formation des soignants sur la maltraitance dès le cursus universitaire et dans le cadre de la formation continue.
- Faire une salle de repos et de détente pour le personnel
- Organiser une journée annuelle dédiée à la maltraitance, réunissant les professionnels, familles, personnes handicapées, experts extérieurs.
- Groupes d'analyse des pratiques (avec ou sans les directeurs / chefs de service) / Créer des groupes de paroles externes aux établissements médico-sociaux consultables librement qui pourraient communiquer avec la Médecine du Travail et les autorités de tutelle.
- Produire des enquêtes de satisfaction pour recueillir l'avis des usagers et des professionnels
- Prévoir un circuit de diffusion par les professionnels aux personnes accompagnées des outils existants (« les outils ne suffisent pas, il faut les expliquer »)
- Plus de contrôles inopinés des autorités de santé
- Prendre du temps pour l'intégration des salariés (plusieurs jours de travail en binôme pour intégrer les nouveaux collègues et pouvoir leur présenter et leur transmettre les habitudes des résidents)
- Faire intervenir les proches aidants dans les établissements par exemple quand grève ou manque de personnel
- Développer le bénévolat pour ceux qui n'ont pas de proches ; ce qui implique aussi de valoriser le bénévolat (passeport bénévole, Validation des Acquis de l'Expérience...) pour l'insertion socio-professionnelle »
- S'appuyer sur l'expertise des aidants, en les associant en amont, régulièrement
- Renforcer le rôle du médecin du travail, rôle d'alerte auprès des directions en cas de mal être.
- Humanitude

VERBATIMS :

« Leadership et management faibles ou inefficaces empêchant l'émergence d'un projet fondé sur des valeurs fondamentales »

Stratégie : Implication constante, visible et concrète du leadership dans un objectif de réduction des maltraitements + utilisation de données pour évaluer la situation en continu + développer et valoriser les compétences des professionnels en matière de respect des droits + « Utiliser des outils permettant de mettre en évidence les risques personnalisés de maltraitance (circonstances, antécédents, ...) - Impliquer les personnes concernées par les maltraitements dans le projet de réduction dès le départ - Utiliser des outils de débriefing pour nourrir l'amélioration continue des pratiques »

« Ces stratégies sont adaptées des travaux de recherches de K A. Hucksorn sur la réduction du recours aux pratiques restrictives de la liberté d'aller et venir. Elles sont fondées sur une analyse de la littérature scientifique et sur des accords d'experts. Il est évident que ces stratégies demandent : - formation des professionnels - adéquation des moyens humains avec les missions - valorisation financière des métiers difficiles »

« Mise en place d'une vraie démarche QVT et DUERP, non pas pour répondre à une commande réglementaire mais avec des moyens dédiés et des professionnels formés est indispensable. Mise en place d'une véritable culture positive de l'erreur et de la parole libérée, avec engagement de la dirigeante et du management de proximité. »

Démarche prévention des risques psychosociaux (questionnaires RPS, inspection par CSSCT, démarche QVT, CSSCT, entretien professionnels, analyse des pratiques, réunion de régulation).

« Le problème est souvent lié à la possibilité de réponse, à l'autonomie donnée à la structure concernant les sanctions et les expulsions, les délais de réponses, de décisions des instances et parfois les impossibilités de réponses adaptées ».

Rajouter de l'horizontalité dans les politiques publiques, limiter les injonctions paradoxales (droit à l'hébergement sans moyens alloués suffisants)

Que notre direction nous donne l'impression d'avoir entendu nos difficultés et y remédie

Mais il y a aussi une maltraitance secondaire. Comme personne ne veut travailler dans le médico-social, ce turn over entraîne aussi une non compétence et donc augmente leur impossibilité de parler et d'être compris

« - Corréler des indicateurs issus des ressources humaines et des indicateurs type « nombre d'événements indésirables déclarés », indicateurs sur le nombre de professionnels ayant signé la procédure de déclaration et de traitement des événements indésirables, suivre le nombre d'EIG déclarés (quand aucun EIG est déclaré, c'est un signal d'alerte : ce n'est pas possible ; la parole n'est pas libre...) »

« Concernant le numérique, ce temps passé par les soignants sur les ordinateurs est chronophage. Les intérimaires ou remplaçants divers ne connaissent parfois pas le logiciel utilisé. Tout ce temps dédié au numérique n'est pas donné aux personnes vulnérables. On ne peut pas s'en réjouir. Un soignant dit que dans une journée, il n'a parfois pas le temps de signaler, numériquement, une chute ou tout autre événement indésirable, comme cela est demandé. »

« Entendre un professionnel confondre personne de confiance et tuteur, semble irréel mais pourtant bien vrai. Il était dans cet exemple surtout question qu'une personne de confiance ne puisse pas assister à une consultation de son parent (qui le demandait à corps et à cris), car elle n'était pas tutrice. Or, personne de confiance et tuteur ont des rôles bien définis et distincts ».

Se préoccuper de la prévention des RPS et de la QVT

« Dans le cadre d'une politique RH : • Rappeler aux professionnels l'existence d'une protection (trop méconnue) dans le code de l'action sociale et des familles des personnels qui énoncent des faits de maltraitance, • Affirmer avec conviction que la maltraitance est, dans sa grande majorité, non intentionnelle et que de ce fait, elle peut être le fait de chacun à un moment donné. Cette affirmation

doit être assortie de trois engagements : 1/ faire immédiatement cesser les actes de maltraitance 2/ prendre soin de la victime et de son entourage 3/accompagner le professionnel concerné : dispositif externe d'accompagnement, formation, enseignements tirés de cette expérience • Etablir une méthodologie d'analyse de ces situations (inspirée de l'arbre des causes utilisée dans le cadre des accidents du travail) en premier lieu avant de s'orienter immédiatement vers un licenciement pour faute grave du professionnel qui est accusé ».

« Les formes de maltraitance au sein d'ESMS le sont souvent d'après nos témoignages de façon systémique et pyramidale. Quand la gouvernance est maltraitante, cela se répercute de façon délétère sur les salariés enclins à l'être, leur donnant pouvoir d'agir en toute impunité, soit sur les autres salariés, soit sur les personnes accueillies, soit sur les familles. Parfois c'est tellement systémique que les salariés maltraitants n'en sont même pas conscients ».

Avoir des autorités de contrôle indépendantes avec des questionnaires anonymes si besoin standardisés.

◦ Isolement des équipes d'aide à domicile (pas ou peu de notion d'équipe)

« Autres idées :

Les violences internes commises par des travailleurs : conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel ;

cette « prise de risque » partagée entre personnes, professionnels et cadres doit s'inscrire dans un nécessaire accompagnement par les pouvoirs publics de l'évolution de la représentation des rôles et missions des établissements médico-sociaux.

Une campagne de sensibilisation sur les droits reconnus aux personnes, et les limites de tout accompagnement au regard de ces droits, permettrait de démystifier une vision sécuritaire, et donc liberticide, des structures médico-sociales par le grand public.

Il est possible de repenser les fiches de postes qui sont parfois trop détaillées et aboutissent à minuter les actions, ce qui a un effet enfermant sur les professionnels et aboutit à une routine.

Cela limite la création de relation privilégiée avec les résidents (les temps informels)

Cette façon de fonctionner contraint les professionnels à lier l'accompagnement des résidents à une tâche concrète plutôt qu'à la création d'une relation humaine, ce contexte "trop" formel peut parfois freiner la parole du résident et l'envie de se confier aux professionnels.

Créer un organe de contrôle départemental des "contrôleurs" réunissant des agents de l'Etat, mais aussi des personnes expertes : familles, proches, mandataires judiciaires, soignants, personnels des établissements médico-sociaux qui assureraient vigilance, contrôle et portage de solutions.

« L'absence de retour sur les signalements d'EIG remontés aux autorités compétentes est mise en avant, notamment vis-à-vis des autorités de tarification. Certains préfèrent directement signaler au juge, ce qui a pour résultat de traiter la situation du point de vue individuel mais pas du tout du point de vue collectif et du dysfonctionnement constaté dans la prise en charge. »

« Aider le personnel à mieux signaler les situations qui dysfonctionnent est une manière de les protéger en termes de responsabilité mais tout le monde n'en a pas conscience, bien au contraire. Les freins au signalement des EIG sont nombreux. Certains opérateurs (mandataires essentiellement) pensent que ce n'est pas à eux de signaler mais plutôt aux établissements eux-mêmes. D'autres disent ne pas vouloir signaler pour préserver leur partenariat avec les établissements, dont ils ont besoin, notamment du fait de la tension sur les prises en charge (EHPAD notamment). Enfin, certains disent ne pas avoir les ressources humaines nécessaires pour agir autrement que dans l'urgence. Cela conduit à ce que l'énergie

soit d'abord dépensée pour traiter l'évènement et faire cesser la situation individuelle, sans pour autant penser à signaler ou à agir sur le plan institutionnel ou collectif. »

SYNTHÈSE QUESTION 1.4

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 ?

Réponses partagés entre des contributeurs fournissant des réponses « spontanées » et ceux qui ont la connaissance et présentent le cadre juridique actuel (controverse sur l'opportunité de le faire évoluer ?).

Mots clef de la spontanéité : urgence (péril imminent, immédiat), danger (physique, psychique ou psychologique, de mort ...), gravité (atteinte à la santé par ex

Eléments de la maltraitance suffisamment circonstanciés / répondants à la définition.

En cas de suspicion // En cas de maltraitance avéré

Concerter la levée du secret et décider de façon *collégiale*, réflexion portée par le manager et associer la personne (rechercher son consentement, ou a minima l'informer). Le dire à la personne accompagnée / cela se discute avec la personne / avec son accord lorsqu'elle est en capacité de discerner (question importante) et étudier la raison d'un refus éventuel (si peur des représailles de la part de l'agresseur, mise en place d'une mesure de protection)

Le partage est garant d'objectivité / « secret professionnel partagé » (partager ces constats en concertation professionnelle : psychologue, juriste, social, médical / et donc responsabilité partagée)

- Dans le cadre de personnes insuffisamment autonomes.
- Pour les mandataires judiciaires si l'information est pertinente
- Essentiel que la famille de la personne maltraitée puisse avoir toutes les informations relatives à cette situation de maltraitance
- Comprendre, écouter, traduire les souffrances, être intègre sont des éléments à obligatoirement prendre en compte dans la levée du secret professionnel.
- Quand il y a un impact direct sur la qualité de l'accompagnement ou qualité de vie de la personne
- Aucune exception au titre de quel que secret que ce soit ne devrait exister.
- Ecoute et respect, les rassurer, groupes de paroles, leur expliquer que c'est pour eux, se livrer soi-même et être attentif au non verbal, parler dans des endroits isolés
- Le problème du secret professionnel n'est pas vraiment soulevé par les opérateurs. C'est plutôt la capacité à agir alors qu'il n'y a pas vraiment de preuves des faits de maltraitance.
- La question qui est posée est de savoir s'il est possible d'agir sur la base de présomptions, voire d'allégations de personnes vulnérables ayant des difficultés psychiques et cognitives.

« Eternelle question de la déontologie et de l'éthique. Le seul secret opposable est celui demandé par une personne accompagnée et dans son intérêt. Mais un professionnel de santé (médecin en particulier) doit juger exclusivement de l'intérêt de la personne et tout faire pour soustraire la personne maltraitée au danger ».

« Quel que soit le doute, la suspicion, l'interrogation, le secret professionnel doit être levé. Donner la possibilité à tous de s'exprimer anonymement et garantir la confidentialité des échanges. Il faut former et informer, tout le monde tout le temps ».

« On constate un besoin d'échange et de partage pour pouvoir mieux définir la conduite à tenir selon les situations rencontrées. Les opérateurs mettent l'accent sur le caractère transversal des prises en charge qui nécessitent une coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ».

« - Clarifier le fait que toute personne soumise au secret professionnel dans le secteur sanitaire, social ou médico-social a les mêmes dérogations qu'un professionnel de santé. - Distinguer les signalements au Procureur de la République des procédures en lien avec les événements indésirables : o L'article 226-14 du Code Pénal précise que le médecin ou tout autre professionnel de santé doit informer le procureur de la République ou la CRIP des sévices ou privations qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession sur le plan physique ou psychique qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. L'accord de la victime n'est pas requis lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne vulnérable. o Sans violer le secret professionnel, le médecin ou le professionnel soumis au secret doit révéler des informations (notamment des faits de maltraitance) lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice des missions du directeur, autrement dit, garantir à la personne la qualité des soins dispensés dans son établissement à laquelle il est immanquablement associé (Cour de cassation, Chambre criminelle, 23 octobre 2013 n° 12-80.793) - Rendre la loi complètement compréhensible : elle manque parfois de clarté sur certaines notions. o Par exemple l'article 226-14 du code pénal relatif aux cas de levée du secret professionnel évoque que la loi « impose ou autorise la révélation du secret ». C'est une subtilité qui a de grandes conséquences mais il n'y a pas assez de précisions/distinctions des cas dans lesquels la loi impose la révélation ou l'autorise seulement (et pourrait être un laissez-passer sur l'absence d'information aux autorités compétentes). o Dans ce même article, au 3° et dans l'article R4127-44 du Code de la santé publique : tout professionnel de santé peut informer le procureur de la République en cas de violence conjugale « lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeur en danger immédiat... » / « Lorsqu'il s'agit d'un mineur 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 alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ». Le terme « en conscience » peut sous-entendre que le professionnel n'est pas obligé, cette expression manque de contours de définition. - Faire référence à la notion de maltraitance définie à l'article L.119-1 du CASF dans l'article 226-14 du code pénal, où il est question de sévices et privations ».

« Le secret professionnel et les conditions juridiques actuelles de sa levée partielle sont largement méconnues. Lorsqu'une situation répond à la définition de l'article L119 du code l'action sociale et des familles et après qu'il y ait eu un travail préalable d'analyse à partir d'éléments factuels, de la parole de la personne concernée, de l'entourage, des personnes significatives identifiées et des professionnels concernés, la transmission de certaines informations essentielles doit pouvoir se faire afin de faciliter l'intervention pertinente de certains acteurs (mandataires judiciaires, direction d'ESMS, services sociaux CCAS et département, acteurs de la police et de la justice, acteurs du soin, associations d'accompagnement) et ce, à partir d'une grille de questionnement commune. Dans cette perspective, la proposition qui figure dans la note d'orientation de 2019 de la Commission Nationale de lutte contre les maltraitances et pour la promotion de la bientraitance peut être intégralement reprise : « Définir dans un corpus législatif unique, reproduit à l'identique dans les différents codes concernés (code pénal, code de la santé publique, code de l'action sociale et des familles) les droits et obligations relatifs aux conditions de levée du secret professionnel, aux obligations de signalement et aux protections des personnes ayant effectué un signalement pour les privations et sévices subis par les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger « en raison de leur âge ou de leur incapacité physique ou psychique ».

« A date, la loi encadre les dérogations au secret professionnel, que ces dérogations soient imposées ou autorisées pour les professionnels qui y sont soumis. Au titre des exceptions obligatoires au secret professionnel figure, pour toute personne, l'assistance et le secours à une personne en péril (223-6 code pénal). Il est cependant prévu à l'article 434-3 du code pénal que les obligations de signalement relatives à des privations, mauvais traitements, agressions ou atteintes sexuelles ne s'appliquent pas aux professionnels astreints au secret.

A ce sujet, les professionnels soumis au secret se voient ouvrir la possibilité de dénoncer aux seules autorités mentionnées à l'article 226-14 du code pénal à savoir (i) autorités judiciaires, médicales ou administratives s'agissant de privations ou de sévices infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ou (ii) au procureur de la république s'agissant de sévices ou privations constatées sur le plan physique ou psychique et qui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises. S'agissant d'un signalement au procureur de la république l'accord de la victime doit être obtenu sauf si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

S'agissant plus spécifiquement des professionnels de santé (le code pénal faisant référence aux professionnels soumis au secret), pour la majorité de ces professionnels amenés à intervenir dans la prise en charge, et c'est le cas s'agissant des médecins, le code de déontologie les invite à alerter les autorités judiciaires ou administratives. Le signalement est ainsi présenté dans le code de déontologie des médecins comme la règle de principe (article R4217-44 du code de la santé publique) et l'abstention apparaît comme une exception appréciée par le professionnel, ce qui diffère malheureusement de l'approche présentée par le code pénal.

Il semble regrettable, au regard de l'article L331-8-1 du code de la santé publique imposant notamment aux structures d'accueil de personnes vulnérables d'informer les autorités administratives compétentes de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge, que seuls les événements qui relèvent d'un EIG associé à des soins imposent au professionnel de santé de procéder à une déclaration et offre la possibilité à ce dernier de remplir cette obligation en informant par écrit le représentant légal de la structure (article R1413-68 du code de la santé publique).

Il serait intéressant de permettre aux professionnels de santé de déroger au secret, vis-à-vis des représentants légaux des structures accueillant des personnes vulnérables, dès lors que ces structures ont l'obligation d'informer des autorités administratives, notamment s'agissant de situations de maltraitances (et de ne pas restreindre cette possibilité aux seuls EIG associés à des soins).

En effet, la possibilité de signaler directement des maltraitances auprès d'autorités lorsque le professionnel de santé est salarié d'une structure accueillant des personnes vulnérables peut potentiellement le mettre dans une situation délicate, venir entraver le signalement ainsi que l'identification et la cessation de telles situations.

Pour aller plus loin, il pourrait paraître pertinent d'imposer aux professionnels soumis au secret de déclarer les situations de maltraitances rencontrées, ce qui permettrait de renforcer la protection des personnes vulnérables. Une telle obligation semble importante lorsque la maltraitance provient possiblement du personnel d'une structure de prise en charge d'autant plus que l'article 223-6 du code pénal ne vise pas les atteintes à l'intégrité morale.

Enfin, il semblerait pertinent d'harmoniser les termes utilisés : la notion de sévices ou privations étant plus limitatives que la définition de la maltraitance prévue au code de l'action sociale et des familles ».

« Avant d'engager une réflexion sur les conditions précises permettant une levée du secret professionnel, il semblerait utile de réécrire l'article L.226-14 du Code Pénal dont la rédaction actuelle ne permet pas une appropriation de sa compréhension par nombre de professionnels. La rédaction actuelle propose en effet un certain nombre de dérogations au principe du secret professionnel, qui sont toutefois encadrées par certaines limites. Ainsi, pour résumer, cet article du Code Pénal se lit sous le principe : on ne peut pas y déroger sauf si... Une nouvelle rédaction qui définirait le cadre dans lequel il doit être dérogé et celle où on peut déroger apparaîtrait plus simple. Au-delà, il serait nécessaire de créer des supports de vulgarisation des professionnels sur les conditions d'applications et de dérogation au principe du secret professionnel. Ce support pourrait utilement évoquer aussi les dispositions de l'article 1110-4 du Code de

la santé publique sur le thème du « secret partagé. » Par ailleurs, outre la question du secret professionnel, il existe dans l'esprit de certains professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux une confusion entre un signalement réalisé auprès d'un Procureur et le signalement d'un évènement indésirable grave auprès de l'autorité de tarification et de contrôle, certains professionnels estimant que c'est à l'autorité de tarification et de contrôle de procéder ensuite, le cas échéant, à un signalement auprès du procureur. Aussi, un travail de pédagogie sur les distinctions à opérer entre un signalement pénal et un signalement à une autorité administrative doit être engagé ».

« Au préalable, les répondants à la consultation rappellent que : - les ESSMS, professionnels ont l'obligation de signaler tout dysfonctionnement portant atteinte aux droits énoncés dans la charte de la personne accueillie, qu'en cas de délits, de maltraitance, de non-respect des droits fondamentaux, le signalement doit s'effectuer ; - l'information nécessaire et utile se partage au sein d'une même équipe de soins... et que ce partage d'information est précisé aux personnes accompagnées dans le cadre de leurs accompagnements. D'ailleurs, le consentement relatif au partage d'information la concernant est recherché ; - des procédures sont, en général, établies au sein des associations, des organismes gestionnaires sur l'information à caractère partagé ; - nécessité de distinguer secret professionnel et information partagée à condition qu'elle soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

- Le secret est levé en cas de connaissance d'une situation de danger et est régi juridiquement.

Le secret professionnel ne doit pas faire obstacle au signalement d'autant qu'il ne concerne que très peu de métier et que dès qu'il y a danger ou mise en danger, chaque professionnel doit le signaler. Le protocole de signalement (arrêté de 2016 + les articles L. 331-8-1 et R. 331-8 du CASF) est en général utilisé et à utiliser.

Par ailleurs, la maltraitance, qui constitue un délit, ne doit pas entraver la dénonciation sous l'argument du secret professionnel. Il se doit d'être partagé entre collègues lorsqu'il s'agit de maltraitance. La dénonciation et le secret professionnel ne sont pas incompatibles.

La maltraitance n'est pas ou ne doit pas être sujette au secret professionnel. Le maintien du secret est parfois contre-productif et est au détriment de la personne. De plus, un signalement auprès d'une direction n'est pas incompatible dès lors qu'il s'agit de protéger une « présumée victime » d'un « présumé coupable »

Cependant, il est à rappeler la définition de la maltraitance ainsi que celui du secret professionnel et du partage d'information au sein d'une équipe de soin avec ou sans consentement comme cela est défini dans le CASF avec les équipes pour lever toute ambiguïté et s'interroger collectivement. La définition juridique de la maltraitance existe ainsi que celui du partage d'information à caractère secret. Il est à faire connaître « Le périmètre du secret est mal connu et est très large ». Cette démarche collective est un levier de bientraitance et d'invitation au signalement.

Certains professionnels s'interrogent sur le « secret partagé » entre partenaires avec le consentement éclairé de la personne alors que cette expression n'existe pas. Le secret professionnel se doit d'être levé entre collègues lorsqu'il s'agit de maltraitance, pour agir collectivement et dans le même sens afin de soutenir la victime. Cette démarche est d'autant plus utile et bienveillante pour la victime puisque cela pourrait lui éviter qu'elle ne se retrouve parfois à devoir raconter son histoire 4 fois, donnant le sentiment finalement que ce n'est jamais pris en compte ».

SYNTHÈSE QUESTION 2.1

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 bienveillance* ? Quelles sont-elles ? Merci de les décrire.

Réponses récurrentes :

- 1) *Intégrer les personnes accueillies et accompagnées, renverser les hiérarchies et horizontaliser les rapports humains/de travail.*

Implication des équipes dans l'organisation du quotidien / esprit d'équipe / construction des plannings (récurrents)

Associer les personnes accompagnées au processus de recrutement des professionnels

- Des institutions qui placent la personne et ses besoins au cœur du projet et les professionnels au service de ce projet,
- Plans individualisés pour l'accompagnement des périodes de crise ou pour les troubles du comportement,

Management participatif : élaboration collaborative des emplois du temps, ateliers de réflexion et participation, sondages, formations sur site avec actions de suivi, réévaluation des pratiques et la routine institutionnelle

Recrutement des professionnels avec les personnes accompagnées (récurrent).

Communication facilitée entre acteurs.

Valoriser l'expérience des personnes accompagnées : pair-aidance, recrutement des salariés par les personnes accompagnées directement. Certaines initiatives, en plus de favoriser l'autodétermination des personnes, peuvent inciter les professionnels à venir travailler dans une structure spécifiquement parce que la manière de travailler les intéresse.

Meilleur accueil des nouveaux personnels.

- 2) *De manière complémentaire, besoin de petites structures et de proximité :*

Les institutions ouvertes sur l'extérieur, où les visites sont possibles facilement. Ouverture familles ET partenariats

Échanges interprofessionnels, inter institutionnels, personnels adaptés et en nombre suffisant.

Connaître ses personnes accompagnées : Les institutions qui prennent en compte les traumatismes antérieurs des personnes accueillies en vue d'éviter les conflits inutiles ou la retraumatisation.

Petites unités de vie.

Le recours à des maisons d'accompagnement à taille humaine, éta plus petits (habitats partagés)

3) *Avoir des moyens à hauteur de ces ambitions :*

Stabilité des équipes, régularité des soignants dans le soutien à domicile, plus d'attractivité des métiers,

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Leadership / qualité de l'accompagnement = qualité de l'équipe de direction + investissement au sein de l'établissement.
- Mise en place d'équipes autonomes pour les SAAD
- Méthode Montessori et/ou Humanitude.
- Respect du taux d'encadrement, matériel adapté
- Les valeurs de bienveillance doivent être inscrites dans le projet d'établissement, connues par les professionnels, et faire l'objet de rappels réguliers.
- Démarche QVT : inscription à l'appel à projet ARACT, ateliers bien être
- Projet : vis ma vie des professionnels entre eux ou avec un résident
- Mise en place de journées de référents bienveillants 2 à 3 fois par an sur des thématiques spécifiques
- Voir le dispositif mis en place par le groupe SOS et tout le travail en réseau sur le secteur entre les différents acteurs de l'accompagnement de l'asile
- Des initiatives aussi tel que Via-Voltaire sur le bassin de Thau et Frantz Fanon sur le département 34.
- Les journées institutionnelles qui permettent de travailler sur des thèmes en groupe et de pouvoir présenter ensuite les réflexions, ça amène les gens à communiquer entre eux, à faire des recherches.
- Mutualiser les moyens et le personnel en faisant des de la transversalité, des projets communs.
- Se poser des questions sur ce qu'ils font, se poser pour parler de leur travail.
- Même quotas de pro entre EHPADS et transparence sur la répartition (« Eviter ainsi que l'on réponde inlassablement chaque fois qu'il est demandé un soignant supplémentaire le week-end, en journée, ou la nuit, dans un secteur d'ehpad précis, que le budget alloué à l'établissement est insuffisant et que la direction ne peut rien faire »).
- Adapter un management favorisant la liberté d'expression et le droit à l'erreur
- En ce qui concerne les équipes de soins infirmiers à domicile, modèle Buurtzorg
- Développement du FALC
- Temps de sensibilisation auprès des équipes soignantes basées sur l'andragogie. Elles permettent de former les équipes aux droits des résidents entre autres. Différents thèmes ont pu être abordés comme la situation de vulnérabilité des personnes et l'humilité que cela impose aux professionnels dans leur accompagnement ainsi que l'enjeu de cette situation de vulnérabilité,
- Unités Cantou pour les personnes atteintes d'Alzheimer
- Réunions orientées sur le projet de la personne et réunion spécifique sur les « comportements problèmes ».
- Organiser les accueils de professionnels en faisant un tutorat / parrainage
- Remettre la restauration réalisée sur site, permettre aux personnes de faire les courses, les repas, afin de partager un temps convivial
- La mise en place de secrétaires médicales : cette ressource permet, dans un contexte de pénurie de soignants (médecin, IDE), de soulager les équipes de tâches administratives pour se concentrer sur leurs activités de soins.
- Un accès simplifié aux consultations des médecins de ville par la mise en œuvre de la télémédecine
- La formalisation de l'organisation journalière est une étape importante pour illustrer une proposition d'organisation de travail et aider à la rédaction des fiches de poste.

- Il faut par exemple : repositionner les moments clés journaliers au bon moment, échelonner les ressources humaines pour répondre aux attendus organisationnels, organiser les rituels managériaux
- En structure à domicile : prévoir des interventions de 2 heures minimum à domicile avec des auxiliaires de vie référente, prévoir des lieux d'accueil conviviaux et de soutien pour les auxiliaires de vie et les personnes âgées dans les agences
- L'ouverture des établissements médico-sociaux à la société civile organisée (bénévoles, services civiques) dont le regard et la parole sont pris en considération par l'équipe de professionnels.
- Cellule interne, d'écoute, d'appui et de conseil
- La possibilité d'avoir le regard, le soutien et les conseils d'un professionnel de la santé mental (thérapeute) pour permettre de faire un pas de côté.
- Rencontres intergénérationnelles (enfants/personnes âgées), présence animalière, équitaérapie, art-thérapie...
- APP
- Moments conviviaux pour les anniversaires des collègues
- Salle de repos
- Communication / écoute / savoir-vivre / bonjour et mot quotidien / temps du café
- Formation prévention de l'épuisement professionnel : initiation sophrologie, mettre son humeur du jour et s'alerter au bout de 2j, initiation à l'écoute active
- Psychologues rattachés à tout ESMS indépendants ou référents avec confidentialité ou lieu où on peut venir discuter de la situation rencontrée.
- Simplifier les passerelles entre le milieu hospitalier et le milieu privé afin d'avoir des expériences différentes
- Retours sur les fiches incidents ou des « fiches événements indésirables » (FEI)
- Enrichissement compo CVS
- Rendre obligatoire l'intégration, dans le DIPC ou le contrat de séjour, de la définition légale de la maltraitance et qu'elle soit explicitée à l'entrée dans un établissement ou service / définition légale de la maltraitance pourrait aussi être intégrée dans les contrats de travail.
- Les Règlements de fonctionnement pourraient intégrer une définition en Facile A lire et Comprendre des droits des personnes et de la maltraitance et indiquer quelles sont les personnes extérieures à la structure qui peuvent être saisies en cas de maltraitance.
- Forte gouvernance dans le pilotage des remontées et impliquer les personnes. Levier CPOM.
- Modalités de travail collaboratives / initiatives culturelles / Les outils existants lorsqu'ils sont déployés à bon escient sont relativement adaptés.
- Avoir une organisation agile et souple (jobcrafting).
- Mobilité pour éviter l'usure
- Le concept "Citoyennâge"
- Réunions libres avec le directeur
- Mise en place de procédures
- Se coordonner autour de l'analyse des situations complexes

VERBATIMS :

« Rien à dire sur le sujet / un seul constat : rendre la parole aux concernés, ne pas la disqualifier ».

« Travail sur des plannings attractifs et adaptés aux besoins des résidents et des collaborateurs : conception d'outils "bibliothèque de plannings" recensant différents types de plannings adaptables en fonction des besoins et attentes des résidents et des équipes, des dotations présentes sur site, des projets spécifiques (animation, espace PASA, UVP, etc.) ».

« Le Service Social Personnes Agées, par délégation du Département de l'Isère, assure l'instruction médico-sociale des demandes d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie des habitants de plus de 60 ans

habitant Grenoble ainsi que l'accompagnement social global des bénéficiaires APA et de leurs conjoints. Dans ce cadre, les questions d'autonomie, d'accès aux droits, les problématiques de santé, de soins, de vulnérabilité et/ou maltraitance, de suivi budgétaire ou administratif, d'adaptation ou d'amélioration de l'habitat ou encore le soutien à l'aide et à la lutte contre l'isolement sont travaillées au cours d'un ou plusieurs entretiens avec la personne, l'entourage et/ou différents intervenants et partenaires spécifiques. Deux principes d'actions : un accueil social approfondi, assuré par une équipe de 5 secrétaires afin d'assurer une réponse adaptée et précise ainsi qu'un Aller-vers systématique à domicile auprès des bénéficiaires de l'APA mis en œuvre par une équipe d'une quinzaine de travailleuses sociales pour permettre une évaluation multidimensionnelle au sein du lieu de vie. Quelques chiffres en 2022 : - 3558 personnes grenobloises accueillies - 2717 bénéficiaires APA au 31/12 - Coordination avec plus de 60 profils partenaires différents. Notre travail sur les questions de maltraitance et de vulnérabilité : Dans ce cadre-là, les situations où la question de la vulnérabilité et de maltraitance sur personnes âgées à domicile sont quotidiennes. Aussi, en lien avec notre projet de service et plus particulièrement à l'appui d'une fiche action de ce projet, un groupe de travailleuses sociales et moi mêmes cherchons à créer des outils qui légitiment et facilitent le travail des travailleurs sociaux. Ce travail est mené avec des agents volontaires pour nourrir sur cette thématique et avec une volonté de réflexion horizontale. Ainsi, sont en élaboration : - Un process structurant permettant de guider le professionnel dans la réflexion à l'appui de divers outils, personnes/services ressources avec lien hyper texte, - Une définition des situations inquiétante via le récit de situations/mise en valeur des éléments saillants/élaboration des préconisations, - Un répertoire des différentes mesures de protection existante. Nous travaillons également sur les questions de liberté de choix/droits au risque, sujet porté et diffusé par la direction d'action sociale personnes âgées ».

« Au sein du réseau ADMR, l'expérimentation des équipes solidaires de proximité permet de produire davantage de bienveillance, de coopération et de respect de l'autonomie. Les équipes solidaires de proximité est une organisation innovante du travail des intervenants à domicile, testée à titre expérimental. Les intervenants à domicile sont organisés en équipe, composée de 4 à 8 membres environ. Il s'agit d'un cadre de délégation clair et flexible qui est construit avec chaque équipe. L'équipe bénéficie d'une relative autonomie pour organiser ses plannings et prendre des décisions pour améliorer la prise en charge des personnes accompagnées. Ce type d'organisation permettrait : o Une meilleure qualité de vie au travail o Une réponse aux difficultés de recrutement, de turnover et d'absentéisme o Une amélioration de la prise en charge de nos bénéficiaires »

« La prévention des maltraitances et la promotion de la bientraitance devraient figurer dans les fiches de poste des managers avec une identification claire des missions qui en découlent. la fiche de poste signée vaut engagement ».

« Mettre en place des outils de communication, des supports visuels et des pratiques narratives quotidiennes, permettant de rendre plus fluide la parole pour les personnes avec handicap mental qui ont des difficultés à s'exprimer ou à exprimer leur ressenti, et qui ne se rendent pas toujours compte de ce qu'elles subissent. Ceci de manière à ce que raconter sa journée, même se façon succincte devienne une habitude, un rituel. Si celui-ci se modifie, et qu'une difficulté apparaît dans ce rituel, elle peut être une alerte ».

« Dans les formations apprendre au-delà de ce qu'est la vulnérabilité sous toutes ses formes ou les pratiques par rapport à tel ou tel handicap, qu'une personne a un passé, un présent et un avenir ».

« Dans le département 71, un regroupement de d'établissements pour adultes existe depuis plusieurs années. Il permet aux résidents qui en ont envie d'aller voir ailleurs, de le faire et cette organisation fait en sorte de leur permettre soit d'aller souffler, soit d'aller choisir autre chose, parce qu'ils sont souvent depuis longtemps dans la même institution. Donc ils essaient de permettre ce chemin là, ce parcours de vie. Et ils permettent aussi aux certains professionnels d'aller voir ce qui se passe ailleurs pour s'enrichir des cultures des autres. »

« Mais je pense que ce qui manque aujourd'hui, c'est beaucoup de coordinateurs parce que les chefs de service font le rôle de l'adjoint. L'adjoint fait le rôle du directeur. Le directeur gère plusieurs structures et sur le terrain, on n'a plus de personnes. Alors certains mettent des coordinateurs, donc ça va. Mais là où il n'y a pas de coordinateur, ça patine au niveau du terrain, en fait que les salariés ne se dénoncent pas, ils sont même sur un pied d'égalité. Alors si vous avez un coordinateur, il a l'autorité de reprendre quelqu'un qui parle mal ou qui fait des choses pas bien. Et ça, moi je pense que c'est essentiel d'avoir un chef, quelqu'un qui soit sur le terrain. Aujourd'hui, il reste dans son bureau et il n'accompagne plus les équipes, il leur donne des directives et il ne voit pas ce qui se passe concrètement. On leur demande du résultat. Qui a fait une activité aujourd'hui ? Mais il y a eu six résidents. Très bien. Et fait quoi comme activité ? Mais on fait deux minutes de peinture. Formidable ! Mais comment est amenée la peinture ? Le pourquoi ? Comment ? Comment On leur donne envie de venir sur l'atelier ? Comme on leur a parlé de cet atelier ? Qu'est ce qui est adapté en termes d'outils ? Etc. Il y a en fait la plus personne qui est garante pour ça. C'est chacun fait faire sa sauce quoi. Parce que oui, quand on parle, il y a la question de la formation initiale, mais en fait, il y a presque toute la question de l'accompagnement au travail et des gens dans leur travail, parce qu'ils font expérience, certes, mais qui est garant de tout ce qui se passe, que tout se passe bien et évolue ? Des chiffres, ça ne suffit pas. »

« Dans un établissement, il y avait une instance de veille sur la maltraitance et on devait remplir un questionnaire régulièrement. Les questions proposées pointaient les maltraitances du professionnel vers le résident, du résident vers le professionnel, de l'organisation vers le professionnel, de l'organisation vers le résident. On avait des indices qui permettaient de faire une photographie de ce qui se passait et en fonction du nombre de choses cochées, cela mettait une alerte et il fallait bien corriger tout ça. Tout était pris en compte et notamment l'organisation, un peu le management et les conditions de travail qui étaient proposées. Cela pointait la maltraitance, dans toutes ses formes justement, de la négligence à la maltraitance agie. Donc il fallait avoir une certaine honnêteté de d'équipe, pour la remplir, mais c'était intéressant, le psychologue permettait l'animation et la plus grande objectivité possible dans le remplissage du questionnaire en équipe ».

SYNTHÈSE QUESTION 2.2

Les ressources et recours qui existent aujourd’hui pour les personnes en situation de vulnérabilité en difficulté avec la structure qui les accueille ou accompagne et/ou leur famille sont : la personne de confiance, la personne qualifiée*, des dispositifs de médiation, le défenseur des droits*. La loi du 7 février 2022 pose le principe de la création d’une « autorité extérieure ». Doit-elle remplacer l’une ou l’autre de ces ressources, ou apporter autre chose ? Quelles sont les missions à lui confier, avec quelles prérogatives et quels liens avec les autres dispositifs ?

SUR L’APPORT D’UNE AUTORITÉ EXTÉRIEURE :

Contributeurs très partagés entre :

- 1) *Renforcer l’existant en termes de visibilité ET pouvoir d’action.*
 - Arguments : multiplier les acteurs engendre un manque de clarté et d’accessibilité pour les personnes, partant qui plus est d’un constat d’une méconnaissance (variable) des autorités existantes par les publics (semble la plus connue : DDD / la moins connue : PQ)
 - Mais divergence sur l’autorité existante la plus « qualifiée » ou premier relai en matière de maltraitance (cités : ISCG, gendarmerie, police ...). Illustrations de la divergence des positions :
 - L’autorité extérieure est un outil complémentaire au service de la personne si elle ne souhaite saisir les dispositifs existants (pas de remplacement)
 - Maintenir le défenseur des droits et faciliter son accès : lui donner les moyens d’avoir des relais en proximité (au niveau local) et le faire savoir. Il faudrait une plus grande reconnaissance de ses décisions et de l’autorité en elle-même.
 - Refonder le 3977 qui repose sur des bénévoles (écoute, traitement des dossiers, liens avec les autorités, véritable pouvoir d’alerte) et devrait être en lien direct avec le défenseur des droits, seule autorité indépendante actuellement
 - Redynamiser les PQ avec formation maltraitance avant d’envisager autre chose.
 - Le système de représentation des usagers dans les hôpitaux (CDU) pourrait être étendu au médico-social avec de véritables représentants des usagers du médico-social et non des représentants des usagers de l’institution elle-même (CVS). Les CVS doivent être maintenus pour aborder les questions de la vie quotidienne auxquels pourraient participer des représentants « extérieurs ».
 - Nous pensons que la création d’une "autorité extérieure" doit INCLURE à la fois la personne qualifiée, le dispositif de médiation, le défenseur des droits. En effet une organisation extérieure composée de personnes qualifiées, existantes mais trop peu connues, permettrait de regrouper sous une même autorité et donc de plus facilement identifier les personnes ressources.
- 2) *Besoin d’une autorité dédiée, qui ne remplace pas mais travaille en articulation avec les autorités existantes, qui remplit des missions essentielles que ne peuvent remplir les autres (→ ressource avec une vocation différente / apporte une plus-value sur le signalement et le traitement des situations de maltraitance). Idée d’un contrôleur indépendant et d’un centralisateur (voir ci-dessous).*

MISSIONS / PRÉROGATIVES / LIENS AVEC DISPOSITIFS EXISTANTS :

Réponses récurrentes :

- Centraliser, suivre et traiter les signalements mais également accompagner les personnes victimes de maltraitance.
- Coordonner l'ensemble des intervenants et acteurs : soignants expérimentés, juristes, sociologues, psychologues, philosophe et médecins experts des maladies, parents/patients experts.

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Réaliser des audits auprès des professionnels et des habitants sur la qualité de vie et de prendre soin
- S'assurer de l'intégration des professionnels et des habitants dans les décisions institutionnelles.
- Décliner les documents d'information en CAA / FALC et venir au contact du public pour faire connaître ce qui existe déjà.
- Contrôles inopinés
- Pas de pouvoir de sanction
- Mission d'écoute, de première évaluation et première analyse ; liens avec d'autres institutions ou structures avant que l'établissement soit « entendu » ; médiation entre structure et résident quand la situation le permet (problème de communication) ; alerte si besoin.
- Financée par les pouvoirs publics mais indépendante de l'ARS et des conseils départementaux

VERBATIMS :

« Une autorité extérieure, de contrôle du respect des droits fondamentaux des personnes, disposant d'un pouvoir de visite et de sanctions, qui se saisi d'elle-même de situations ou qui peut être saisie sur demande (anonyme ou pas) devrait exister ».

« Le 39 77 ou le défenseur des droits ne sont pas ressentis comme des solutions de recours dans le secteur social, pas plus que la personne qualifiée dont la liste n'existe pas dans plusieurs départements ».

« Quand il est question de créer une autorité extérieure, y a-t-il une information suffisante des familles et des personnes accueillies pour l'aide qu'elles peuvent solliciter auprès d'un médiateur ou d'autre personne qualifiée ? Pourquoi ne pas commencer par informer davantage sur le rôle de chacun et la vraie facilité avec laquelle la communication peut s'établir ? Une famille témoigne avoir eu dans un cas précis le désir et la volonté de s'entretenir avec un défenseur des droits régional, qui a apporté une réponse à une question précise sur un article de loi régissant le CVS. Seulement la direction de l'Ehpad privé dans lequel était son parent n'a jamais voulu revenir sur la décision contestée, avis du défenseur des droits ou pas. Cette direction a donc fait fi de l'avis du défenseur des droits et a agi à sa convenance. Quel recours dans ces cas-là ? Avant de créer encore une autre autorité extérieure, que faire pour que ces personnes, désignées et disponibles pour aider personnes vulnérables accueillies et familles, soient écoutées, que leur avis ou rappel de la loi puissent être entendus ? »

« Le dispositif de « personne de confiance » pose plusieurs difficultés : - Le dispositif au sens du code de l'action sociale et des familles est souvent confondu avec celui du code de la santé publique ; - Beaucoup de personnes âgées isolées, sans famille ou entourage proche, n'ont pas désigné de personne de confiance, - La personne de confiance désignée se trouve elle-même en difficulté quant au choix du bon interlocuteur à saisir en cas de rupture de dialogue avec l'établissement. Le dispositif de « personnes

qualifiées » créé il y a plus de 20 ans n'a jamais été déployé ni investi. Il est, de fait, méconnu. Le dispositif de médiateur en établissement renvoie aux litiges relevant de la consommation. Le recours au délégué territorial du Défenseur des Droits gagnerait à être clarifié. Il n'est pas exclusif d'autres recours (conseil départemental, ARS). Enfin, l'appel au 3977 ne garantit pas la prise en charge effective de la situation telle qu'elle est relatée par l'appelant. Ainsi, le recours à une seule autorité extérieure peut être pertinent à condition de : - clarifier ses champs d'intervention avec le délégué territorial du Défenseur des Droits, - se substituer aux personnalités qualifiées et au médiateur à la consommation, faute sinon de continuer à alimenter le « mille-feuille » des acteurs pouvant agir, - d'être en lien avec les services départementaux, chef de file en matière de lutte contre les maltraitances sur un territoire »

« Une autorité extérieure et indépendante semble aujourd'hui la ressource la plus indispensable. Le Défenseur des droits recouvre désormais trop de sujets généraux, dont il ne peut s'emparer, la personne de confiance n'est pas toujours trouvable, mais indispensable quand c'est possible aussi. Les dispositifs de médiation ne résolvent pas la maltraitance quand elle est systémique et font perdre un temps considérable avant la mise en place de dispositions, leur application puis vérification de celle-ci, alors que durant ce temps, dans les cas qui nous sont remontés la situation n'a cessé de s'aggraver avec un temps préjudiciable et perdu pour les personnes maltraitées. Les missions sont :1) contrôle annuel des documents afférents aux départs des salariés, 2) contrôle par supervision extérieure des bilans rédigés sur les usagers qui parfois sont le reflet du regard porté sur la personne vulnérable (personne humaine ou vue à travers le prisme de sa maladie ou de son handicap uniquement ?). Si les compétences sont mises en avant ou surtout les difficultés et handicaps pour justifier le manque de réussite (compétence ?). Les bilans peuvent traduire la bienveillance ou son contraire. Organisation de rencontres entre familles et/ou personnes accueillies de façon à ce que la parole circule. Lorsqu'un fait est constaté, et remonté aux autorités de tutelle, celles-ci devraient avoir un délai réglementaire pour traiter le sujet et apporter des solutions, et l'établissement visé doit également dans un délai rapide (et non des mois) réparer et mettre en application les préconisations demandées, sous peine de sanctions financières ou mise sous contrôle administratifs ou retrait de gestion de l'établissement. Le retrait de la personne avec placement dans un autre établissement (pas facile à trouver en urgence quand on connaît le manque de places...) doit être également une possibilité si c'est celle demandée par la personne vulnérable ou ses proches ».

« Guichet unique qui informerait sur les structures et les acteurs existants pour les personnes victimes de maltraitance et sur le processus d'un signalement de maltraitance. Elle pourrait recevoir les signalements de suspicion de maltraitance et faire le lien directement avec la justice. Elle pourrait disposer d'une équipe pluridisciplinaire qui évaluerait au domicile et pourrait proposer une prise en charge globale de la famille en proposant une prise en charge adaptée à la personne maltraitée et maltraitante (suivi psychologique, soins, aides financières). Elle pourrait mettre en place un hébergement d'urgence pour une personne maltraitée afin qu'elle puisse être accueillie, protégée, évaluée sans réaliser des démarches administratives lourdes et sans mettre en place un hébergement temporaire souvent onéreux et mal perçu par les personnes âgées. Cela éviterait de mettre le proche maltraitant hors du domicile qui peut lui-même être dans une situation de précarité et remplacer la mesure d'éloignement souvent non respectée ».

« Nous préconisons que les problèmes d'ordre strictement relationnels soient traités localement en première intention avec les directions des structures concernées (ou éventuellement le CVS) et que cette étape préalable puisse être justifiée avant la saisine de l'autorité extérieure. Dans l'hypothèse où le litige n'a pu être solutionné à l'amiable, l'autorité extérieure doit pouvoir être saisie par l'ensemble des parties de manière à étudier la situation, à proposer et, le cas échéant, à organiser une médiation entre les parties. A ce titre, cette autorité extérieure doit pouvoir agir en toute neutralité et être agréée pour assurer la réalisation de médiation conventionnelle ou le cas échéant pouvoir déléguer à une structure agréée. Cette autorité extérieure doit pouvoir assurer le suivi de la situation jusqu'à son entière résolution ».

« Ces outils ne sont pas assez encadrés juridiquement (absence de décret jusqu'alors pour la Loi Taquet) ce qui entraîne un vide juridique quant à leur application. L'autorité extérieure posée par la loi du 7 février 2022, pourrait remplacer ces multiples acteurs, et tous les représenter, ce qui pourrait être plus clair pour le résident : cette autorité serait à la fois : une personne ressource à qui témoigner des faits, une personne capable de défendre ses intérêts et d'assurer une médiation si besoin. D'autant plus que dans les dispositions du CASF (article L311-8), des visites à tout moment peuvent être initiées par l'autorité extérieure, ce qui permettrait aux résidents de pouvoir identifier cette personne ».

SYNTHÈSE QUESTION 2.3

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 ?

CONDITIONS

Réponses récurrentes :

- 1) *Faire réellement de la maltraitance un sujet, ou lui donner une place en tant que sujet fondamental et primordial pour le CVS ; principale piste concrète évoquée par les contributeurs :*
 - Formation et systématisation de l'analyse des événements, plaintes et réclamations à l'ODJ des CVS, après réception d'un rapport régulier de la direction sur ces points (l'établissement informe le CVS sur toute situation de maltraitance connue).
→ Controverse sur le traitement ou non des situations individuelles. Contributeurs partagés entre examen des situations anonymisées ou confidentialité totale.
- 2) *Parallèlement, faire monter en compétence les membres du CVS sur la maltraitance : avoir un vocabulaire partagé, formation sur leur rôle et prérogatives en tant que membres, utiliser des outils pour favoriser la compréhension du sujet, rappel des dispositifs existants pour le signalement ...*
- 3) *Introduire de l'extériorité dans le CVS pour parler des situations de maltraitance, notamment en y intégrant un acteur dédié (inspecteur ARS, intervenant spécialisé ...) ou en mutualisant les expériences avec d'autres établissements.*

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Une réunion annuelle et formalisée sur le thème des droits fondamentaux.
- Analyse des questionnaires de satisfaction en CVS
- Point "Questions diverses" à l'ordre du jour pour laisser la parole libre aux représentants
- Communiquer sur les travaux menés (ex : élaboration d'une charte interne de la bientraitance) / participation au CVS des référents bientraitance avec bilan des actions de promotion de la bientraitance menées sur l'établissement.
- Trop difficile d'oser parler en groupe → CVS individualisé avec un tiers
- Le rendre légitime, transparent et *assurer une place aux personnes accueillies*
- Contrôler le lien entre CVS et direction
- Partager sur les bonnes pratiques réalisées dans d'autres établissements
- Produire et diffuser à grande échelle des supports permettant de mieux faire connaître cette instance.
- Instaurer un réel dialogue entre l'équipe de direction et le CVS, ou faire en sorte que le CVS soit réellement une instance *indépendante* de l'établissement (indépendance substantielle) pour ne plus « faire taire les représentants des familles enclins à faire valoir le droit des usagers et rapporter les faits établis de maltraitance »

- Créer une instance participative équivalente au CVS pour le domicile avec les familles et bénéficiaires de l'accompagnement
- Art. R. 331-10 du CASF pas appliqué
- En complément du CVS : questionnaires anonymes et groupes de réflexion
- Y intégrer un psychologue
- Externaliser cette réunion, entre plusieurs établissements, pas qu'entre le personnel et hiérarchie directe (le fait dans un premier temps que les résidents et familles puissent avoir des temps entre eux, sans les professionnels et la hiérarchie, permettra de libérer plus facilement la parole)
- Plus de contrôle de l'ARS en y invitant les inspecteurs ? Augmenter les moyens de contrôle du bon fonctionnement des CVS et plus d'inspection à l'improviste. Impliquer davantage les CDCA à participer à ces instances.

PRÉROGATIVES

Réponses récurrentes :

- 1) *Élever le CVS en espace de codécision / co-construction (ie mettre fin à son rôle simplement consultatif).*

Ex : que le CVS puisse participer aux démarches de débriefing des situations de crise / puisse, de droit et en tout temps, saisir une autorité extérieure pour une demande de contrôle du respect des droits et libertés / être intégré au groupe de pilotage des établissements ...

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Que le CVS soit informé et soutenu par les équipes en ce qui concerne les recours possibles en cas de maltraitance.
- Avoir accès à un registre des plaintes ou au bilan des événements indésirables de la structure (comme la CDU dans le sanitaire)
- Elargir les missions du CVS à l'examen des situations personnelles (avec garanties)
- Le CVS doit pouvoir se saisir de questions éthiques et être informé de l'activité des autres CVS du territoire.

CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE CVS PART'ÂGE :

- 1) Instaurer une CO-Présidence du CVS Résidents / Familles et proches
- 2) Assurer la protection des membres élus aux CVS : Résidents – Familles et proches aidants – Personnel
- 3) Préciser la nature de l'établissement qui rend obligatoire la présence des élus familles et des proches aidants
- 4) Permettre au Président(e) du CVS d'accéder aux coordonnées des familles
- 5) Consulter systématiquement le CVS en cas de mesures restrictives des droits et libertés des usagers
- 6) Former l'ensemble des membres du CVS au bon fonctionnement de l'instance
- 7) Créer un observatoire des pratiques du CVS
- 8) Introduire une participation du CVS au suivi des plaintes et réclamations
- 9) Préciser les modalités de siège des nouveaux membres au CVS
- 10) Développer les formes de participation démocratiques à domicile (SSAD, SIAD, SPASSAD ...)

VERBATIMS :

« D'un point de vue règlementaire aujourd'hui le Conseil de Vie Sociale (CVS) a déjà des prérogatives en lien avec la prévention de la maltraitance, dans la mesure où le CVS doit être informé annuellement du Bilan des EI / EIG. Depuis le décret de 2022, le CVS est associé au projet d'établissement sur le volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Il serait opportun d'aller plus loin en rendant obligatoire la présence d'un représentant des usagers provenant d'une association de lutte contre la maltraitance qui validerait cette politique une fois par an. Nous préconisons en cas de difficulté entre les personnes concernées et la direction, de nommer un référent au sein du CVS (émanation des représentants élus du CVS) qui puisse être saisi en cas de situation de maltraitance, ferait le lien avec la direction de l'établissement et en assurerait le suivi jusqu'au règlement du différend ».

« Absence d'étude ou de données. Impossible de savoir combien de présidents de CVS sont des résidents. Du mal à se réunir au moins trois fois par an. Alerte également sur le fonctionnement de la commission gériatrique ».

« Difficile de dire au "maltraitant" qu'il maltraite... l'expliquer à un prestataire extérieur paraît plus objectif, neutre, non impliqué dans la structure et à même de recueillir et traiter l'information »

« L'objectif est de faire de cet espace, non pas celui de la confrontation et du contentieux, mais bien un lieu de co-élaboration où les pratiques ayant conduit à la survenance de maltraitances puissent être nommées et modifiées par un plan d'action auquel les parties prenantes réfléchissent et adhèrent. L'objectif qui doit être partagé est de pouvoir améliorer, concrètement, la qualité de vie des personnes âgées ».

« Le conseil de la vie sociale n'a pas vocation à aborder nominativement des cas individuels de maltraitance, ne serait-ce que pour respect pour l'intimité des personnes accueillies et accompagnées. Mais pour tout ce qui concerne l'organisation du travail justement, les formations, les dispositifs de signalement, le CVS a un rôle central à jouer. Là encore c'est grâce à la pédagogie, que les familles, les résidents vont s'approprier ces dispositifs pour les évaluer et les faire évoluer si besoin. Un exemple concret dans une de nos structures : l'identification des situations à risque de maltraitance (cartographie des risques) dans un parcours patients/résidents en collaboration avec les membres de la CVS ».

« Assurer de la part des organes de tutelle un "vrai" contrôle : s'inviter régulièrement dans les réunions de CVS, sanctionner les ordres du jour fantaisistes ou non explicites et les comptes rendus inexistantes ou pauvres, contrôler l'effectivité des décisions prises et des actions annoncées. Ce rôle pourrait être confié aux représentants des usagers via le CDCA, ou les associations non gestionnaires d'établissements. Donner du crédit au reporting des personnes assurant ce rôle en instituant des réunions trimestrielles au même rythme que les CVS, qu'elles aient un devoir de signalement consenti et l'assurance d'une écoute de la part des financeurs et du Ministère ».

« Créer un Conseil de toutes les familles qui se réunirait plusieurs fois par an, dans un lieu neutre, de façon à ce que chacun puisse s'exprimer et débattre. Cela créerait un lien entre les familles et entre les usagers et permettrait parfois d'éviter l'isolement des familles ou des usagers en souffrances. Ces conseils soulèveraient des questions qui seraient transmises en CVS de façon anonyme si besoin, mais plus démocratiques qu'une adresse mail générique de l'association ou du gestionnaire sur laquelle tout peut être lu par la direction ».

SYNTHÈSE QUESTION 3.1

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 ?

Réponses récurrentes :

- 1) *Clarifier et opérationnaliser ces RBPP : les traduire en actions concrètes ou en objectifs mesurables auxquels peuvent se référer les personnes ou établissements qui y font référence (proposer à la fin de chaque recommandation une fiche synthèse avec les points clés à retenir, la méthodologie à mettre en place, les points de vigilance etc + grille d'auto-évaluation), les décliner à travers des outils internes (emplois du temps, protocoles), avoir un temps dédié pour les étudier de manière participative avec les professionnels (formation obligatoire, ou plutôt travail d'appropriation) et des échanges réguliers.*
- 2) *Contrôler leur application, plusieurs modalités sont proposées par les contributeurs :*
 - *Contrôle externe (majoritaire) : par un intervenant ou une autorité extérieure/de tutelle qui réaliserait des contrôles inopinés.*
 - *Contrôle interne (minoritaire) : créer une instance dédiée au sein de chaque structure ou garantie/surveillance par la direction / les chef.fes de service*
 - *Rapport annuel standardisé à produire par la structure et envoyé à l'ARS ou toute autre autorité de tutelle.*

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Rendre accessible ces recommandations pour les personnes concernées en version FALC voire en version graphique
- Clarifier de manière générale la rédaction des recommandations pour faciliter leur compréhension et simplifier leur apprentissage
- Sous un format plus ludique pour les professionnels (exemple : élaboration d'un jeu de cartes au sein des Etablissements des Petits Frères des Pauvres. Les recommandations de bonnes pratiques ont été traduites sous formes de situations, support de discussion dans les équipes).
- Imposer la remise d'un rapport annuel sur l'état de la mise en œuvre des RBPPP par les établissements à une autorité de tutelle
- Disposer d'une autorité de contrôle qui procéderait à des évaluations inopinées de l'application de ces RBPP
- *Mettre en place des binômes* pour la prise en charge des usagers faciliterait l'application des recommandations de bonnes pratiques et permettrait aussi de veiller à leur respect. Ça favoriserait l'entraide ente collègues, le développement et partage de connaissances / compétences pour la prise en charge des usagers.
- Proposer des formations "flash" (15mn) par semaine aux professionnels sur la base des RPP
- Les rendre opposables juridiquement / sanctionner
- Récompenser les établissements qui appliquent les RBPP par du personnel supplémentaire / Afficher un classement des meilleurs établissements pour induire une émulation / Ou en validant un projet en lien avec ces RBPP
- Connecter les exigences des RBPP aux moyens concrets de prise en charge
- Nommer un référent HAS au sein de la structure avec des missions bien précises (notamment sur le recueil et le traitement des réclamations...) et la tenue d'un rapport qui serait examiné dans le

cadre de l'évaluation, la possibilité d'alerter le défenseur des droits... Il pourrait bénéficier du statut de lanceur d'alerte.

- Fiche d'évaluation annuelle standardisée, anonyme réalisée par les professionnels de leur établissement sur ce thème, envoyées à une autorité de contrôle indépendante ou à l'ARS si celle-ci réagit.

-

VERBATIMS :

« Les RBPP sont ressenties comme touffues, difficiles en termes d'appropriation, et quelque peu déconnecté de la réalité des moyens concrets de prise en charge ».

« La mise en place effective des recommandations de bonnes pratiques n'est pas uniquement du ressort des organisations et des membres de leur personnel. Elle dépend aussi de conditions qui permettent leur mise en œuvre et celle-ci ne sont pas toujours réunies (personnel en nombre suffisant, formations, ...). Au-delà de rédiger ces recommandations, les pouvoirs publics devraient aussi déterminer des moyens minimaux pour la mise en œuvre de ceux-ci ».

« Par ailleurs, une réflexion sur les délais de renouvellement des autorisations pourrait être envisagé afin de les raccourcir. Ainsi, une autorisation de 10 ans permettrait de retirer/transférer une autorisation à un autre organisme gestionnaire après deux évaluations externes qui s'avèreraient ne pas répondre aux standards posés par le référentiel d'évaluation externe de la HAS »

SYNTHÈSE QUESTION 3.2

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) ?

PUBLIC CIBLE DE CES FORMATIONS :

Réponses récurrentes :

- 1) Les professionnels accompagnants des adultes en situation de vulnérabilité et leur entourage, quelle que soit la profession exercée et le secteur (ASL, ME, kinés, intervenants extérieurs, personnels techniques et administratifs, CCAS, Aides-soignants diplômés (DEAS), Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social (DEAES), Infirmiers diplômés (DEI), salariés en CESU, Ergothérapeutes, Professeurs d'activités physiques adaptées (APA), animateurs diplômés, Kinésithérapeutes...), avec une attention et une récurrence particulières pour les directions, cadres et managers.
- 2) Les familles et aidants
- 3) Toutes les personnes dès le plus jeune âge (enfants et adolescents) / les « nouvelles générations » et tous les citoyens

Autres réponses citées (une ou deux occurrence(s)) :

- Personnes accueillies
- Services de police et gendarmerie
- « Les transports »
- « Les personnes aux alentours (collège autour, qui voit passer des personnes handicapées souvent) ».
- Elus CVS / CDU
- IFAS-IFSI et écoles de formation paramédicale

THÈMES :

Récurrents :

- *Approche par les droits, quelle que soit l'expression retenue* : droits fondamentaux / droits des personnes accompagnées / sensibilisation aux discriminations / protection juridique des résidents / réglementation des lieux de vie ...
- Connaissance des troubles, de la pathologie, du handicap et de toutes les spécificités de la personne accompagnée
- Communication (alternative ou non) 1) avec la personne accompagnée (en tenant compte de ses troubles éventuels) 2) entre accompagnants de la personne 3) entre professionnels et proches aidants.

Autres thèmes cités :

- Relation à l'autre / prendre soin de soi / demander de l'aide, des temps et du financement pour le répit
- Autodétermination

- Qualité de vie ressentie des personnes
- Prévention des risques
- Circuit de déclaration des événements indésirables
- Les différentes formes de maltraitance
- Connaissances de bases sur les violences intrafamiliales (dynamiques et systèmes familiaux)
- Recueil de la parole des victimes
- Pour les familles qui deviennent « auxiliaires de vie », former aux gestes techniques et donner des repères éthiques.
- Numéros des personnes à contacter, les numéros verts (affichage), les instances à saisir.
- *Secret et discrétion professionnels / Confidentialité*
- Ergonomie
- L'accueil du résident et de ses proches en institution
- Bientraitance
- Éthique du soin (respect, dignité de la personne)
- Outils numériques
- Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et grille AGGIR
- Démocratie sanitaire
- Accompagnement de fin de vie
- Risques psycho-sociaux
- *Formation sur la vie affective et sexuelle et l'intimité*
- *Gestion de crise(s)*

MOYENS ET MÉTHODO DE FORMATION / AUTRES REMARQUES :

- Campagnes télévisuelles
- Formation des familles par l'intermédiaire du CVS
- Passeport civique dès le plus jeune âge dans les établissements scolaires
- Renforcer les formations initiales (les professionnels « regrettent tous de ne pas avoir connu ces enseignements dès le début de leurs missions pour éviter des situations à risque de maltraitance »).
- Etre attentif aux méthodologies de formation : il faut qu'elles fassent appel aux émotions, au corps, à l'intellectuel pour que les contenus soient impactant
- Bilans annuels sur les actions de prévention
- Déployer la CAA (communication alternative adaptée)
- Groupes de parole
- Mettre en avant la formation Alzheimer de France Alzheimer
- Modes de formation pratiques type mise en situation, la formation avec l'usage des simulateurs de vieillesse ou du handicap et enfin l'utilisation de la médiation théâtrale qui permet d'expliquer et de réfléchir aux bonnes pratiques et aux bonnes attitudes.
- Les tutoriels ou les dessins animés qui expliquent les bonnes pratiques professionnelles (réalisation d'une toilette, s'exprimer auprès d'une personne avec des troubles cognitifs)
- Former un Comité de Pilotage au sein de chaque établissement - service intégrant la direction, les cadres intermédiaires et postes stratégiques (en fonction des établissements). Ce comité de pilotage pourrait recevoir une formation de base sur les maltraitances mais également un temps de formation dédié à la méthodologie de projet et la pérennisation d'une démarche de prévention des maltraitances par le biais d'un plan d'action sur 3 ans (plan d'action d'évaluation continue)
- *Les participants recommandent davantage d'implication sur le terrain de la part des interlocuteurs gouvernementaux.*

VERBATIMS :

« Comme proposé dans son plaidoyer, l'ADMR suggère d'étendre l'obligation de sensibilisation et de formation relative à la prévention et la lutte contre la maltraitance à l'ensemble des collaborateurs de l'ESSMS (direction, encadrant, intervenants et bénévoles) en incluant cette obligation dans le cahier des charges des services autonomie ».

« Pour la formation/sensibilisation du grand public, une campagne nationale de sensibilisation sur la maltraitance envers les personnes vulnérables est envisageable. Dans le cadre de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance de l'Etat, cette campagne nationale viserait à sensibiliser tout citoyen au repérage de situation de maltraitance envers des personnes vulnérables que ce soit en établissement ou au domicile. A l'instar de la campagne gouvernementale "arrêtons les violences" relative aux violences faites aux femmes, divers outils de communication pourraient être développés (spots vidéo, affiches, dépliants, fiches pratiques...). Le numéro national d'écoute 3977 doit être re-communiqué ainsi que les autres voies de déclaration (adresse email et site Internet) ».

Pour tout le monde, tout le temps : les artistes, les créateurs, les soignants, les accompagnants, les aidants, les entrepreneurs, les fonctionnaires, les penseurs, les journalistes, les media, les sportifs, les agriculteurs, les élus... chaque citoyen peut devenir un jour une personne vulnérable.