



*La maltraitance envers les
personnes en situation de
handicap*

Marine DEL PRETE

Master 2 Droit et Politiques de santé

Mémoire dirigé par le professeur Johanne SAISON

Année universitaire 2020-2021

Sommaire :

Remerciements	3
Libellé abréviations	4
Introduction	7
Première partie : Les sources de la maltraitance dans des contextes variés	16
Titre 1 : Les phénomènes de maltraitance au sein du foyer de la personne en situation de handicap	16
Section 1 : Les violences commises par les proches aidants	16
Section 2 : Les formes d’abus perpétrées par les aides à domicile	23
Titre 2 : La mise en cause des établissements sociaux et médico-sociaux et des professionnels de santé concernant la maltraitance institutionnelle	27
Section 1 : Le rôle de l’organisation interne des structures d’accueil	27
Section 2 : La commission d’acte de violence dans les actes de soins par le personnel soignant	32
Deuxième partie : Les dispositifs de lutte contre la maltraitance	37
Titre 1 : Signaler et prévenir pour faire face à la maltraitance	37
Section 1 : Des outils de contrôle pour anticiper les faits de maltraitance	37
Section 2 : Le mécanisme de signalement des actes de maltraitance	43
Titre 2 : La promotion de la bientraitance comme moyen de lutter contre la maltraitance	54
Section 1 : Les mesures pour garantir une prise en charge adaptée	54
Section 2 : La prise en considération de la situation des professionnels de santé	61
Conclusion	70
Bibliographie	71
Annexes	79

R e m e r c i e m e n t s

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier ma famille, mes parents et mon frère, pour leur soutien inconditionnel dans cette épreuve ainsi que leur encouragement inébranlable.

Ensuite, une pensée me vient pour mes amies, Sarah, Emeline et Charlène, pour avoir trouvées les mots justes et réconfortants afin de consolider ma motivation.

De plus, un grand merci au professeur SAISON Johanne pour son oreille attentive à mes doutes et interrogations ainsi que pour avoir accepté de diriger ce mémoire.

Enfin, je remercie monsieur JOUBERT Benoit et l'équipe professionnel du SESPA de Lille pour m'avoir accueillie en stage et pour m'avoir laissée étudier la maltraitance institutionnelle au sein des résidences de l'EHPAD.

Libellé abréviations :

AA

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ANESM

Agence régionale de santé ARS

Allocation personnalisée d'autonomie APA

Article Art.

CC

Code de l'action sociale et des familles CASF

Code de la santé publique CSP

Code de procédure pénale CPP

Code pénal CP

Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées CDAPH

Commission nationale consultative des droits de l'homme CNCDH

Compte personnel de formation CPF

Congé individuel de formation CIF

Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie CDCA

DD

Développement Professionnel Continu DPC

Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social DEAES

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale DEAVS

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES

Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales Ddass

EE

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD

Établissement et service d'aide par le travail Esat

Établissement et service social ou médico-social ESSMS

Evènements indésirables graves associés aux soins EIGS

FF

Flash Sécurité Patient FSP

Foyer d'accueil médicalisé FAM

HH

Haute autorité de santé HAS

Hôpital, Patient, Santé, Territoire HPST

II

Institut de recherches économiques et sociales IRES

Institut médicoéducatif IME

Institut national de la statistique et des études économiques INSEE

MM

Maison d'accueil spécialisée MAS

OO

Observatoire national des violences en milieu de santé ONVS

Organisation de coopération et de développement économiques OCDE

Organisation des Nations unies ONU

PP

Première année commune aux études de santé PACES

Prestation de compensation du handicap PCH

Projet régional de santé PRS

SS

Secteur des équipements sociaux pour personnes âgées SESPA

Services à la personne SAP

Service d'aide et d'accompagnement à domicile SAAD

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile Sessad

Service de soins infirmiers à domicile SSIAD

Services polyvalents d'aide et de soins à domicile SPASAD

I n t r o d u c t i o n
Introduction :

Le mot handicap, apparu au XVII^e siècle, est d'origine anglaise venant du terme *Hand in Cap*. Le terme évolue dans le domaine des jeux du hasard et dans les épreuves hippiques. On l'utilise alors lorsque les concurrents se trouvent déséquilibrés dans leur rapport de force. Le but est de les égaliser ou de compenser ce rapport en obligeant les adversaires avantagés à avoir un handicap. « Ce n'est qu'au milieu du XX^e siècle que les termes Handicap puis Handicapé passèrent du langage sportif et hippique à la terminologie médicale, pour caractériser une déficience physique ou mentale »¹, sans pour autant apporter une définition précise ce qu'est un handicap.

Avec la loi du 14 juillet 1905, une aide financière a été mise en place pour aider les plus précaires lorsque du fait de leur état de santé, ils ne pouvaient pas subvenir à leurs besoins. D'autres textes de loi ont été promulgués en 1920 afin d'assurer la prise en charge des mutilés de la Grande Guerre et favoriser ainsi leur insertion dans la société et en particulier professionnelle. Le terme de handicap est apparu pour la première fois dans la législation française dans le cadre de la loi du 23 novembre 1957² employant la notion de travailleur handicapé³. Les personnes concernées correspondent à des personnes en situation de handicap mais n'étaient pas désignées comme tel.

Ce n'est qu'en 2005, avec la loi du 11 février⁴, que la France se dote d'une définition légale du handicap. La lettre du texte indique que : « constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

¹ APOLLIS (Benoît), BÉLANGER (Michel), CAGNOLO (Marie-Claire), CIMAMONTI (Sylvie), COLONNA (Joël), DE MARI (Éric), DELANDE (Guy), GARAY (Alain), GRASSET (Daniel), JONQUET (Olivier), LAMBERT-GARREL (Lucile), LECA (Antoine), MAINGUY (Daniel), METTETAL (Anne), MOURALIS (Jean-Louis), NEAU-LEDUC (Philippe), NICOLAS (Guylène), PÉDROT (Philippe), RAUCH (Carmen), SOL (Nancy), TERRIER (Emmanuel), THOLOZAN (Olivier), VIALLA (François), *Le handicap. Droit, histoire, médecine*, Bordeaux, LEH Édition, 2004 (v. numérique 2012), Colloques du CDSA, p.11-12.

² Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, *J.O.* du 24 novembre 1957.

³ TALLIER (Frédéric), *L'évaluation du handicap et de l'aptitude à l'emploi*, RDSS, 2011, p.821.

⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *J.O.* n°36 12 février 2005, texte n°1.

Pour la première fois, la loi reconnaît une origine « psychique » du handicap. Elle consacre également le droit de la personne « à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

Ce n'est pas le seul apport de la loi de 2005. Elle met également en place les Maisons Départementales du Handicap (MDPH) remplaçant ainsi les commissions de la COTOREP. Elles sont chargées de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de l'évaluation de leur situation afin de les aider à formuler un projet de vie et à proposer des mesures d'accompagnement et de compensation⁵.

Ainsi la loi de 2005 proclame des droits fondamentaux visant à garantir l'autonomie et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. En droit interne, cette nouvelle définition doit cohabiter avec des notions voisines comme l'infirmité posée par la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. Pour ce texte, l'infirmes est celui qui n'a pas la force de travailler. L'idée étant qu'une personne peut souffrir d'un handicap et être apte à travailler : ce que le statut de travailleur handicapé met en évidence. Le handicap ne doit pas non plus se confondre avec l'incapacité, notion juridique qui relève d'un régime juridique de protection désignant une inaptitude partielle ou totale temporaire. Le handicap est intimement lié également à la notion d'indépendance qui s'apprécie à l'âge et à l'autonomie de la personne. Elle s'évalue selon une grille nationale (la grille AGGIR).

Plusieurs autres textes sont venus proclamer les droits et libertés des personnes en situation de handicap en France. Cette reconnaissance effective s'effectue avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et avec la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces lois ont pour objectif de rendre l'utilisateur acteur de sa prise en charge.

La loi du 2 janvier 2002 met en place un certain nombre d'outil pour affirmer les droits des personnes accueillies en établissement comme le livret d'accueil qui a pour fonction de prévenir toute forme de maltraitance et comporte obligatoirement la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des familles. Son premier article prohibe la discrimination à raison d'une origine,

⁵ PASSERIEUX (Christine), BULOT (Virginie), HARDY-BAYLE (Marie-Christine), « une contribution à l'évaluation du handicap psychique : l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EHPH) », *Alter*, Vol. 6, Issue 4, p. 296-310.

d'une appartenance physique, de caractéristiques génétiques, d'une orientation sexuelle ou encore d'un handicap. Plusieurs droits y sont consacrés comme le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, le droit à l'information, le droit à l'autonomie ou encore le droit au respect de la dignité de la personne et son intimité.

La convention de l'Organisation des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées⁶ est une convention internationale pour « promouvoir, protéger et assurer » la dignité, l'égalité devant la loi, les droits de l'Homme et les libertés fondamentales des personnes en situation de handicap. Elle est ratifiée par la France avec la loi du 31 décembre 2009⁷.

En France, selon les données de l'INSEE⁸, sur 67 millions d'habitants 12 millions sont des personnes en situation de handicap. Ce chiffre représente 20% de la population totale. Parmi eux, 80% des handicaps sont des handicaps dit « invisibles ».

Selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées, « par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacles à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Dans les années 80, le docteur Philip Wood engage des recherches pour aboutir à l'élaboration de la classification internationale du handicap (CIH). Cette méthode d'évaluation du handicap utilise notamment trois critères prépondérants que sont la déficience, l'incapacité et le désavantage. Par la suite, cette classification évolue en Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) grâce aux travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001. Cette nouvelle approche conçoit le handicap au travers de facteurs environnementaux multiples et met en place de nouveaux modèles d'évaluation comme l'altération de fonction, la limitation d'activité et la restriction de participation à la vie en société. Ces méthodes s'efforcent toujours à classer le fonctionnement des individus et non pas l'individu lui-même. Pour beaucoup, le handicap est vécu comme une fatalité. Pourtant, le handicap s'évalue au regard de la capacité de la société à le réduire, à l'aider ou à le soulager.

⁶ Convention relative aux droits des personnes handicapées, New York, 13 décembre 2006, Nations Unies.

⁷ Loi n°2009-1791 du 31 décembre 2009 autorisant la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées, *J.O.* n°0002 du 3 janvier 2010, texte n°1.

⁸ Enquête HID de l'INSEE, 2001.

La convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées implique que les Etats signataires prennent les mesures nécessaires pour permettre aux personnes handicapées « de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes ».

Avec la circulaire du 20 février 2014⁹, le législateur est venu renforcer les dispositifs déjà existant de lutte contre la maltraitance en institution chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. La lettre du texte insiste sur la nécessité d'un signalement efficace et rapide auprès des autorités compétentes de l'information sur les situations de maltraitance ainsi qu'un suivi complet. Le texte met l'accent sur le rôle de contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et fait la promotion de la bientraitance au travers des guides de bonne pratique de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Une personne en situation de handicap est une personne dans une situation de vulnérabilité vis-à-vis d'une personne sans handicap. La vulnérabilité vient du latin *vulnerabilis* et *vulnare* signifiant « faible » et « blesser ». En langue française, elle fait référence à une position dans laquelle la personne en situation de handicap est susceptible d'être victime d'abus, violente ou maltraitée¹⁰.

Néanmoins, la littérature scientifique s'accorde à dire que cette vision de la vulnérabilité est dépassée. En effet, cet aspect de la vulnérabilité est très réducteur en ne soulignant que l'absence ou le manque de capacité de la personne en situation de handicap à se défendre¹¹. Cette manière de penser considère qu'en raison de leur handicap, les personnes handicapées sont « *de facto* faibles et incapables de se protéger »¹². Dans son étude sur la maltraitance envers les personnes handicapées, le Sénat s'est aligné sur cette conception de la vulnérabilité en considérant que « le fait d'être reconnue handicapée ne fait de manière certaine, définitive, et dans tous les cas de la personne, une 'personne vulnérable' »¹³.

Cependant, la vulnérabilité existe bel et bien lorsque la personne fait face à une situation de danger pour laquelle elle ne trouve aucun moyen d'y échapper. Elle risque alors d'être

⁹ Circulaire N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la Bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

¹⁰ PETITPIERRE (Geneviève), « Personnes en situation de handicap et vulnérabilité aux abus », Bernard N. Schumacher éd., L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable. Érès, 2019, p. 159-180.

¹¹ SOULET (Marc-Henry), « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 60, 2005, p. 24-29.

¹² KANE, « Violence envers les personnes handicapées », Brochures Daphne : Lutte contre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes. Problématique et expériences, 2008, p. 1-23.

¹³ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, fait au nom de la commission d'enquête, Sénat, 10 juin 2003.

exposée à des actes de maltraitance. Et comme le rappelle le professeur Geneviève Petitpierre, « parier exclusivement sur son autonomie en faisant fi de ses limites de capacité face à certaines situations dangereuses l'exposerait de façon inconsidérée à certains risques ». Il est vrai que « déployer des mesures de protection sans tenir compte des capacités réelles du sujet l'infantiliserait et le freinerait dans un possible développement »¹⁴.

Le terme « maltraitance » est utilisé en France dans les années 70 d'abord pour désigner les situations dont pouvaient être victimes les enfants et ce n'est que dans les années 90 que ce terme qualifie le contexte des personnes âgées et des adultes handicapés. La notion de maltraitance est difficile à caractériser et c'est en cela qu'il existe une multitude de définitions.

Selon la définition donnée par le dictionnaire Larousse, la maltraitance est un mauvais traitement envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, personnes vulnérables, ...). Le Conseil de l'Europe, en 1987, est venu donner une définition de la maltraitance. Elle désigne « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Il existe plusieurs formes de violence. En 1992, le Conseil de l'Europe a établi une classification des actes de maltraitance : les violences physiques (coups, brûlures, violences sexuelles, ...), les violences psychiques ou morales (langage irrespectueux, absence de considération, ...), les violences matérielles et financières (vols, escroqueries, ...), les violences médicales ou médicamenteuses (abus de traitement, non prise en compte de la douleur, ...), les négligences actives (délaissement, abandon, ...), les négligences passives (ignorance, inattention, ...) et les privations ou les violations de droits (limitation de la liberté, privation des droits civiques, ...).

La personne en situation de handicap peut également faire l'objet d'abus. Selon le rapport de protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus du Conseil de l'Europe¹⁵, l'abus est « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut

¹⁴ PETITPIERRE (Geneviève), *art. cit.*, p. 159-180.

¹⁵ BROWN (Hilary), *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus*, Editions du Conseil de l'Europe, mars 2003, p.8.

consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter ». L'abus se caractérise par l'absence de consentement et de capacité de la personne en situation de handicap à exprimer sa décision, ses besoins et ses envies. Il est important de distinguer si une décision est le choix libre et légitime de la victime ou bien, si celle-ci a subi une pression ou a été forcé à la prendre. Comme le rappelle Hilary Brown, « l'abus nécessite une réponse proportionnelle – une réponse qui ne fasse pas un trait sur des choix légitimes posés par des individus handicapés, mais bien une réponse qui reconnaisse la vulnérabilité et l'exploitation ».

Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) paru en 2020¹⁶ démontre que les personnes en situation de handicap déclarent plus souvent que le reste de la population avoir été victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. Le sentiment d'insécurité est plus fort chez les personnes en situation de handicap. Ce sont donc des personnes ayant plus besoin de protection et de garantie.

L'étude témoigne également que les victimes sont plus souvent agressées chez elles ou à proximité de leur domicile et qu'elles connaissent l'identité de leur agresseur. De plus, les personnes en situation de handicap victimes de ces violences ne les dénoncent pas systématiquement.

Des études montrant que les individus avec un handicap intellectuel léger sont plus souvent victimes de mauvais traitement ou de négligence contrairement aux personnes souffrant d'une déficience lourde. L'hypothèse est la suivante : un handicap intellectuel léger suscite une attente intellectuelle plus grande, en décalage avec son potentiel réel ayant pour conséquence de créer des frustrations chez les accompagnants professionnels ou aidants familiaux¹⁷.

Les actes de maltraitance ou d'abus ne peuvent s'expliquer qu'avec un regard multidimensionnel. Il s'agit de replacer la personne en situation de handicap en interaction constante avec les facteurs de risques de son environnement.

Selon la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDDH), il n'existe aucune étude ni aucun chiffre pour mesurer la maltraitance provoquée par le système de santé en France. Cependant, le gouvernement français s'estime satisfait de la qualité des soins

¹⁶ BARADJI (Eva), FILATRIAU (Olivier), « Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales », DREES, 22/07/2020, n°1156, p.1-2.

¹⁷ PETITPIERRE (Geneviève), *art. cit.*, p. 159-180.

prodigués par les médecins¹⁸ mais il ne prend pas en compte l'ensemble des professionnels de santé¹⁹.

L'accès aux soins est un droit fondamental de toute personne garantie par l'article L.1110-1 du Code de la santé publique. Pour les établissements médico-sociaux, c'est également un droit qu'ils doivent garantir aux personnes en situation de handicap. Puisqu'en effet, l'accès aux soins est un droit reconnu par le préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946. Ce droit fondamental repose sur deux grands principes qu'est l'égal et le libre accès aux soins pour tous. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, en fait un objectif de santé publique²⁰. De plus, la convention relative aux droits des personnes handicapées élaborée par l'ONU le 13 décembre 2006 reconnaît « le droit de toute personne handicapée de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap »²¹.

Il existe de nombreux facteurs de maltraitance qui accentue le risque qu'une personne en situation de handicap soit victime de violence. L'allongement de la durée de vie peut être une cause de maltraitance même si elle n'est pas propre à la population handicapée. Selon une étude démographique de l'INSEE²², à l'horizon 2060, un tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans. En effet, le vieillissement est une problématique actuelle qui s'accompagne d'un phénomène de dépendance nécessitant une prise en charge et des conditions de vie adaptées. De plus, la morbidité et la mortalité chez les personnes en situation de handicap est plus élevées que celles de la population générale en raison de leur handicap qui les prédispose à un risque plus fort de pathologie mais également en raison d'une prise en charge médicale inadaptée voire insuffisante. Or, cette relation est un chaînon déterminant en matière de prévention concernant la survenue de sur-handicap et de handicaps ajoutés.

Ce n'est pas le seul, l'indifférence à l'égard des personnes différentes par exemple est un facteur qui accroît le risque de maltraitance. Au sein des institutions, les éléments qui intensifie la maltraitance sont le personnel peu qualifié à s'occuper d'un handicap, un personnel

¹⁸ CASTELL (Laura), DENNEVAULT (Céline), Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?, DREES, n°1035, 19 octobre 2017, p.1-2.

¹⁹ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, « Agir contre la maltraitance dans le système de Santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », 22 mai 2018, p.6.

²⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O. n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.

²¹ ANESM, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p.6.

²² BLANPAIN (Nathalie), CHARDON (Olivier), Projection de population à l'horizon 2060, INSEE Première, n°1320, 27/10/2010, p.1.

mal valorisé et peu rémunéré ou encore le manque de moyen et de temps pour garantir une prise en charge optimale de la personne souffrant d'un handicap.

Dans la législation pénale, il n'existe pas de « délit de maltraitance ». Le terme même de maltraitance n'apparaît pas dans le Code Pénal mais il est possible de retrouver la privation, l'agression ou encore les mauvais traitements précisés dans le code. C'est de la volonté de protéger les plus faibles que né l'obligation de signalement des actes de violence.

Ainsi, selon l'article 434-3 du Code pénal « le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».

Cependant, l'absence dans le code pénal d'un délit spécifique à la maltraitance peut avoir des conséquences sur le niveau de protection des victimes. En effet, certaines circonstances particulières peuvent ne pas être couvert par les dispositions législatives. De plus, les violences psychologiques n'ont généralement pas la même considération que les violences physiques en raison de faibles preuves matérielles. Il s'agit également d'être méfiant avec le témoignage d'une personne souffrant d'un handicap (et notamment mental) qui peut déformer, amplifier ou minimiser la vérité.

Les situations de faits de maltraitance peuvent avoir de graves conséquences pour les personnes en situation de handicap qui sont directement victime mais également sur le bien être des soignants.

Lorsque l'on parle d'acte de maltraitance, il ne s'agit pas de constituer une attaque envers les professionnels de santé. Comme l'indique le rapport Compagnon de 2009 la maltraitance est avant tout le fait d'un système et non pas d'individu²³. Le but ici n'est donc pas de confronter le personnel médical et la personne en situation de handicap mais au contraire de révéler les souffrances subies par l'ensemble des acteurs du système²⁴. Car en effet, un abus peut également être perpétré par un proche aidant.

²³ COMPAGNON (claire), GHADI (Véronique), « La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé », HAS, 2009, p.12.

²⁴ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.7.

Les cas de maltraitance font de plus en plus parlés d'eux dans les médias obligeant par la même occasion aux pouvoirs publics d'agir en développement des dispositifs pour promouvoir la bientraitance au sein des établissements médicaux et médico-sociaux ou bien en renforçant la Commission des usagers. A cela, il faut ajouter les initiatives locales lancées par les professionnels de santé et des associations de lutte contre les discriminations (lanceur d'alerte, recommandation de médecins, ...).

Il est donc possible de partir d'un constat simple que des actes individuels de cruauté sont commis par les professionnels de santé en établissement mais aussi des membres proches d'une personne souffrant d'un handicap. Ces situations font l'objet d'attention particulière depuis ces dernières années dans les médias qui relatent de plus en plus les faits de maltraitance au sein du cadre familial ou en institution. C'est un véritable problème de société. Des atteintes aux libertés individuelles, des agressions, des actes de brutalité dans les soins sont de plus en plus mis en lumière.

L'accès aux soins est pourtant un droit fondamental à valeur constitutionnelle²⁵ rappelé par le Code de la santé publique²⁶ et par de nombreux textes internationaux comme par exemple la Charte sociale européenne révisée garantissant le droit à la protection de la santé physique et mentale à son article 11. Par ailleurs, il est impossible de concevoir la maltraitance sans aborder la dynamique de bientraitance afin de lutter contre ces violences.

Ainsi, il paraît intéressant de se demander comment les situations de maltraitance à l'encontre des personnes en situation de handicap sont administrées en France ?

Pour ce faire, il convient de se concentrer sur les facteurs de la maltraitance lorsqu'elle est commise sur les personnes en situation de handicap mais également sur la mise en place des dispositifs de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

²⁵ Alinéa 11, Préambule de la Constitution de 1946.

²⁶ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique.

Première partie : Les sources de la maltraitance dans des contextes variés

Titre 1 : Les phénomènes de maltraitance au sein du foyer de la personne en situation de handicap

Section 1 : Les violences commises par les proches aidants

La place qu'occupe les aidants familiaux dans l'accompagnement de leur proche en situation de handicap est primordial puisqu'ils sont les mieux au courant de la pathologie de leur proche et de la compréhension de ses besoins. Ils sont en première ligne dans la prise en charge du proche aidé, et sont de ce fait plus exposés aux risques d'épuisement, d'isolement et de solitude.

Aujourd'hui, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées promulguée le 11 février 2005 s'impose comme le texte de référence au sujet des personnes en situation de handicap. L'une de ses dispositions est d'autoriser « la délégation de gestes de soins » apportant la faculté aux personnes souffrant d'un handicap de désigner un aidant naturel qui sera formé à la réalisation de gestes de soins prescrits par un médecin. Cette disposition intervient à la demande d'association qui lutte en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap. Il s'agit certes d'une avancée en la matière mais reste néanmoins subordonné à la formation préalable de la personne désignée²⁷. De plus, l'aidant naturel est souvent amené à effectuer toutes les tâches du quotidien sans aucun répit ce qui peut engendrer inconsciemment une attitude maltraitante.

A- Les failles de l'accompagnement des aidants familiaux

Les proches aidants, qu'ils soient familiaux ou amicaux, sont des acteurs à part entière dans la prise en charge d'un patient. D'après l'enquête Handicap-Santé, 3,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile en 2008 sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap dans les tâches de la vie quotidienne,

²⁷ BANQ (Marie-Ève), « L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté : fondements de la réforme des mesures en faveur des personnes handicapées », RDS, n° 5, 2005, p. 171-177.

financièrement ou par un soutien moral²⁸. En France, on dénombre 11 millions d'aidants de 16 ans ou plus. Ils sont âgés en moyenne de 52 ans et les femmes y sont majoritaires à 58%. 51% d'entre eux occupent un emploi quels que soient la maladie, le handicap et l'âge de l'aidé²⁹. L'aidant est le plus souvent au sein du foyer familial : les conjoints apportent leur aide dans 62% des cas, 21% pour les ascendants et 13% pour les enfants³⁰.

L'aidant familial, ou proche aidant, est une personne qui vient en aide pour les activités de la vie quotidienne à une personne en situation de handicap faisant partie de son entourage proche ou choisie par la personne. Elle peut s'occuper de missions extrêmement diverses : gestion des dossiers administratifs, coordination des rendez-vous médicaux et de l'arrivée de soignants mais aussi toilette, écoute, ménage... Elle peut s'occuper seule de la personne dépendante ou intervenir en complément d'un professionnel de l'aide à domicile. Cette aide peut être prodiguée de manière régulière, sur des périodes plus ou moins longues voire de façon permanente.

Le Code civil dispose qu'« en cas de nécessité », les parents, les enfants, les conjoints et les petits-enfants (à l'exclusion des frères et sœurs) se doivent mutuellement assistance, instituant ainsi un « devoir de prise en charge »³¹.

Une définition de l'aidant familial de la personne en situation de handicap est donnée par le Code de l'action sociale et des familles dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) : « Est considéré comme un aidant familial [...] le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie [...] et qui n'est pas salarié pour cette aide [...] »³². Ce statut leur permet de bénéficier d'aides financières et de dispositifs répondant au besoin de répit.

²⁸ SOULLIER (Noémie), WEBER (Amandine), L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, DRESS, n°771, 19/08/2011, p.2.

²⁹ ROQUE (Léo), « Les "proches aidants" », RDS, n° 86, 2018, p. 1010-1011.

³⁰ Aidants familiaux : guide à destination des entreprises, Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises, Union Nationale des Association Familiales, 2014, p.6.

³¹ BESNARD (Xavier), BRUNEL (Mathieu), COUVERT (Nadège), ROY (Delphine), Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée, résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants, les dossiers de la DRESS, N°45, novembre 2019, p.7.

³² Article R.245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour l'aidant familial, secourir un proche en situation de handicap peut être perçu comme une nécessité voire une obligation quotidienne. Cette astreinte peut avoir de graves conséquences sur l'état de santé physique comme psychique de l'aidant et influence son propre parcours médical. En effet, il est souvent contraint de repousser ou d'annuler ses rendez-vous médicaux. Selon une étude, 9 aidants sur 10 se disent fatigués moralement³³ et nombre d'entre eux souffrent de troubles de sommeil.

Prenons par exemple le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, une réelle pression psychologique s'exerce sur certains aidants familiaux car 84% d'entre eux s'estiment angoissés par l'avenir³⁴. De plus, 8 aidants sur 10 éprouvent de la fatigue physique³⁵. Grâce aux enquêtes Handicap-Santé de la DRESS, il a été dénombré 48% d'aidant déclarant avoir une maladie chronique. Le manque de temps pour s'occuper de soi conduit à l'augmentation du risque de contracter des maladies chez les proches aidants. Toujours selon les enquêtes Handicap-Santé, 18% des aidants ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois alors même qu'ils en ressentaient le besoin. Ce sont autant de facteurs qui peuvent entraîner des actes de maltraitance sur les personnes en situation de handicap aidées à domicile.

Le statut de proche aidant peut donc avoir des conséquences néfastes sur la vie sociale, familiale ou professionnelle de la personne concernée. C'est une tâche qui demande beaucoup de temps et d'implication comme un véritable métier à plein temps. C'est d'ailleurs le cas de beaucoup aidants qui quittent leur travail pour se consacrer entièrement à l'aide apportée à leur proche en situation de handicap. Cependant, ce choix entraîne un isolement progressif car l'aidant renonce à une activité professionnelle mais également à toutes formes de loisirs ou de repos. L'organisation et la prise en charge de l'aidé représente une véritable charge de travail quotidienne qui affecte inexorablement la vie de l'aidant familial tant au niveau professionnel, social que financier³⁶.

Cette aide apportée par le proche aidant ressentie le plus souvent comme une obligation génère beaucoup de frustration et ne confère quasiment aucun répit. Lorsque l'on analyse le sens de ce mot, on suppose l'arrêt d'une chose pénible. Encore une fois on peut comprendre

³³ « Les aidants familiaux, une souffrance silencieuse », Happy Silvers, 14 mars 2017, consulté en ligne le 24/05/2021.

³⁴ La prévention, le repérage et la gestion des risques d'épuisement, ANESM.

³⁵ Article en ligne Happy Silvers, *art. cit.*

³⁶ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec*, p.27.

que le statut d'aidant est une position subie et non choisie. Et que le simple fait d'aider un proche en situation de handicap est une corvée.

Ces conditions peuvent engendrer un sentiment de déni envers la personne aidée et par conséquent de la négligence dans les soins et l'aide entraînant de la maltraitance. Le terme le plus approprié serait le droit au soutien plutôt qu'une obligation morale qui accable l'aidant pouvant engendrer une seconde victime. C'est aussi le constat inquiétant qu'aujourd'hui dans notre société le rôle de l'aidant familial est indispensable à raison qu'il compense les dispositifs publics mis en place et notamment lorsqu'il s'agit d'handicap mental non ou peu reconnu³⁷.

Lorsque l'accompagnement concerne un enfant, les parents vivent un bouleversement dans leur vie professionnelle comme personnelle et familiale compte tenu de la prise en charge parentale d'un enfant en situation de handicap. Cette situation peut se complexifier si le foyer abrite plusieurs enfants qui doivent s'improviser aidants. Mais la littérature ne dispose pas d'étude sur ce phénomène d'aide chez les jeunes et dans une fratrie. Les parents doivent notamment s'assurer du lien entre l'établissement et les soins prodigués, entre les différents professionnels de santé que peut rencontrer l'enfant en situation de handicap et selon son projet de vie. L'accessibilité à ces structures est donc primordiale pour prévenir des ruptures de parcours des personnes souffrant d'un handicap³⁸.

Par ailleurs, le vieillissement des aidants familiaux est souvent une source d'inquiétude. Ils se soucient de ce qu'il adviendra de leur proche souffrant d'un handicap lorsqu'ils ne pourront plus subvenir à la tâche quotidienne d'aide en raison de leur âge trop avancé.

L'absence de répit peut conduire à l'épuisement, à la dépression, au *burn out* voire au suicide de l'aidant. Les pouvoirs publics sont aux faits de la situation des aidants familiaux et mettent en place des dispositifs pour soulager leur dévouement.

B- Les solutions à l'amélioration des conditions de soutien prodigué par les proches aidants

Lorsque l'on cherche le meilleur accompagnement possible pour une personne en situation de handicap, il convient également de prendre en compte la situation de son proche aidant. Il faut prendre en considération sa situation en tant qu'accompagnant, c'est-à-dire son

³⁷ HAZIF-THOMAS (Cyril), « Les aidants familiaux dans la société du care : démocratiser le droit au répit », RGDM, n° 50, 2014, p. 195-214.

³⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, p.3.

investissement, son état de santé, ses besoins ainsi que sa compréhension de son proche en situation de handicap.

Il faut rappeler le rôle central et le caractère indispensable de l'accompagnement des proches aidants et ainsi réaffirmer la nécessité de leur accorder davantage de reconnaissance et de soutien au regard de ce rôle et de l'impact sur leur propre vie. S'attaquer à la problématique des aidants familiaux est un levier d'action pour améliorer la prise en charge et prévenir de la maltraitance à domicile contre les personnes en situation de handicap³⁹.

Avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le législateur français reconnaît l'accueil temporaire dans une structure dédiée comme un élément de soutien aux personnes souffrant d'un handicap et leurs aidants naturels. Deux dispositifs ont alors été institués : le congé de soutiens familial par la loi n°2003-775 du 21 août 2003⁴⁰ d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière et l'accueil temporaire par le décret n°2004-231 du 17 mars 2004⁴¹ dans le but de relayer les interventions des aidants. Une circulaire⁴² précisera la fonction de répit de l'accueil temporaire, conçue comme « un instrument déterminant la politique de maintien à domicile des personnes handicapées qui le souhaitent et de soutien à leur famille [...] »⁴³.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁴⁴, complétée par le décret n°2016-1554 du 18 novembre 2016⁴⁵, a réformé le congé de soutien familial en le renommant par la même occasion en congé de proche aidant puisque son application a été étendue. Est désormais concerné par ce congé les proches aidants sans lien de parenté avec la personne en situation de handicap, résidant avec elle ou entretenant avec elle un lien étroit et stable et lui apportant une aide régulière pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne⁴⁶. De plus, les modalités d'utilisation du congé ont été assouplies.

³⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, *prec.*, p.7.

⁴⁰ Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, *J.O.* n°193 du 22 août 2003, texte n°1.

⁴¹ Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.312-1 et à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles.

⁴² Circulaire DGAS/SD n°2005-224 du 12 mai 2005.

⁴³ HAZIF-THOMAS (Cyril), *op. cit.*

⁴⁴ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, *J.O.* n°0301 du 29 décembre 2015, texte n°1.

⁴⁵ Décret n°2016-1551 du 18 novembre 2016 portant diverses mesures relatives à la durée du travail, aux repos et aux congés, *J.O.* n°0269 du 19 novembre 2016, texte n°26.

⁴⁶ Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, *prec.*, p.5.

Il peut être fractionné ou transformé en période de travail à temps partiel, sous réserve de l'accord de l'employeur.

Ce n'est pas le seul apport de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement puisqu'elle instaure également les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Cette nouvelle instance de coordination et de concertation sur les politiques publiques relatives aux personnes en situation de handicap et des personnes âgées, est composée notamment de représentants des aidants. Ainsi, les proches aidants sont consultés sur divers sujets concernant les politiques menées dans le département. Leur avis est pris en considération et les CDCA sont compétents pour élaborer des propositions visant à assurer le soutien et la valorisation des aidants de personnes en situation de handicap.

Pour prévenir que des contextes de maltraitance ne se produise au sein du foyer où est hébergée la personne en situation de handicap, la formation des proches aidants a pour objectif de les armer et de les soutenir dans leur rôle d'aide au quotidien. Cet enseignement leur dispense des connaissances sur la maladie ou le handicap de leur proche afin de mieux les connaître et de les appréhender dans les actes de la vie de tous les jours. Ainsi, ils peuvent davantage interagir avec le proche aidé grâce à l'acquisition de gestes techniques tout en préservant sa santé. Les formations doivent contenir un volet sur le maintien d'une relation saine entre aidant et aidé et en particulier lorsque le handicap rend la communication compliquée⁴⁷.

L'épuisement des aidants naturels est préjudiciable à sa santé et à la qualité de sa relation avec le proche aidé. L'accompagnement peut pâtir de cette fatigue. Le risque de maltraitance ou le risque suicidaire qui en découlent renforce l'impératif de soutien aux aidants.

Pour favoriser le repos des proches aidants, la loi d'adaptation de la société au vieillissement votée en décembre 2015 a créé un droit au répit. En ce sens, la Charte européenne de l'aidant familial signé le 5 juin 2007 aménage en son article 8 un droit au répit pour les proches aidants : « Ce droit est une nécessité fondamentale et peut se traduire en termes de soutien, de renfort ponctuel en cas d'urgence, de services de suppléance et/ou de centres d'accueil temporaires de qualité pour une plus ou moins longue durée selon les besoins (temps de vacances, repos, santé, ...) ». Cette Charte est conçue comme un outil de référence qui sera proposé aux diverses organisations représentatives des personnes en situation de handicap et/ou

⁴⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, *prec.*, p.10.

de dépendance ainsi que de leurs familles au sein de l'Union Européenne, et aux instances officielles de l'Union Européenne.

Les solutions de répit permettent de décharger les aidants familiaux du quotidien en leur offrant notamment des relais d'hébergement. Ces modes d'accueil doivent être tournés vers un maintien le plus possible à domicile. C'est pour cela que des réponses modulaires sont proposées en établissement pour de l'hébergement temporaire (l'accueil de jour, l'accueil séquentiel, l'accueil de nuit) mais également à domicile avec notamment les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les services de soins infirmiers à domicile ou encore des équipes mobiles d'établissement.

De plus, l'habitat inclusif, à mi-chemin entre logement ordinaire (à domicile) et accueil en établissement est un mode d'hébergement en pleine expansion depuis ces dernières années. Cette diversité d'offres en termes d'habitats accompagnés est autant plus de solution pour les aidants familiaux, notamment vieillissants, de pouvoir organiser la vie autonome de leur proche en situation de handicap sans nécessairement les orienter vers des institutions spécialisées⁴⁸.

Néanmoins, ces aides ne doivent pas dispenser l'aidant familial à faire attention à sa santé et de mettre lui-même des barrières à son dévouement pour son proche handicapé. Il est nécessaire de prévenir les gros problèmes de santé physique comme mental car le proche aidant risquerait de devenir à son tour un usager du système de santé et aurait pour conséquence d'engendrer des dépenses médicales évitables par un suivi en amont. Des conséquences qui s'aggravent s'il doit continuellement organiser la prise en charge du proche aidé alors que lui-même est malade. La solution la plus appropriée est de s'appuyer sur les aides professionnelles à domicile mais eux-mêmes peuvent être confrontés à la problématique de la maltraitance.

⁴⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, *prec.*, p.13.

Section 2 : Les formes d'abus perpétrées par les aides à domicile

Les aides à domicile interviennent pour aider la personne en situation de handicap dans les actes de vie de tous les jours mais également pour lui apporter les soins nécessaires aux besoins de son handicap. Elles doivent pour ce faire entrer dans l'intimité de la personne. Dans ce contexte, la frontière entre la bienveillance et la maltraitance est très mince.

A- L'explication des violences par le contexte du travail à domicile

Le professionnel qui intervient à domicile rentre dans la sphère privée voire intime des personnes en situation de handicap. Selon Vincent Caradec, cet espace est « leur repère et leur repaire »⁴⁹. De ce fait, l'intervention du professionnel peut être perçue comme une intrusion dans le cocon personnel de la personne souffrant d'un handicap. La relation entre le professionnel et le bénéficiaire va donc évoluer en fonction de la part d'intimité accordée⁵⁰.

L'intervenant à domicile doit détenir une éthique personnelle qui lui permet de respecter les habitudes de vie et les convictions de la personne en situation de handicap. Sa manière d'agir doit être en accord avec les capacités physiques et intellectuelles du bénéficiaire de l'aide. Ce n'est pas à lui d'évaluer les attentes et les besoins de l'aidé.

Il existe plusieurs modes d'intervention à domicile. Parmi ces aides, il est possible de trouver les services à la personne (SAP) dont l'objectif est de répondre au besoin croissant des familles d'être épaulées dans leur vie quotidienne (garde d'enfants, tâches ménagères), les services d'aide et d'accompagnement (SAAD) qui interviennent pour des actions liées aux actes essentiels de la vie et à la préservation de l'autonomie, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui dispensent des soins afin de prévenir des hospitalisations, de la perte d'autonomie ou de l'isolement, et enfin, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui fournissent une réponse adaptée à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins des personnes vulnérables.

Pour favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap, des aides financières versées par les conseils généraux sont mise en place. La prestation de compensation du Handicap (PCH) permet de répondre aux besoins d'aide de la vie quotidienne du fait d'un

⁴⁹ CARADEC (Vincent), « L'attachement au dernier refuge », L'école des parents, n°6, décembre 2002-janvier 2003, p.36.

⁵⁰ BONAMY (Patricia), DESERT (Myriam), FRIGHI (Shérazade), MONZERIAN (Christine), MONTFORT (Martine), VERNAZOBRE (Isabelle), MARCHAND (Pascal), « Les freins à la bienveillance dans l'aide à domicile », VST - Vie sociale et traitements, vol. 116, n°4, 2012, p. 66-72.

handicap. De ce fait, la PCH peut prendre en charge en totalité ou en partie les dépenses liées au handicap. C'est une prestation universelle dont toutes les personnes souffrant d'un handicap remplissant les conditions d'éligibilité peuvent en bénéficier quels que soient leurs revenus.

Ces aides financières comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) servent à financer des activités ordinaires de la vie, les actes essentiels tels que l'aide à la toilette, à la prise de médicament ou des actes de la vie sociale et relationnelle.

Le secteur de l'aide à domicile s'est beaucoup professionnalisé. Néanmoins, des améliorations restent à faire concernant les conditions de travail et de l'organisation de ce travail pour les professionnels intervenant auprès des personnes en situation de handicap. Par exemple, le métier d'auxiliaire de vie vise à apporter une aide aux personnes souffrant d'un handicap dans l'accomplissement des tâches de leur vie quotidienne. La création du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), devenue Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social (DEAES), a permis de répondre au besoin d'adaptation des aides à domicile et à la revalorisation de ce corps de métier.

Cependant, le manque de qualification des professionnels intervenant à domicile et l'absence de valorisation des rémunérations peuvent conduire ces professionnels à avoir une attitude maltraitante ou du moins à de la malveillance non consentie. Pour reprendre les termes de Thierry TOURNEBISE, il faut voir ici « le déni involontaire ou la violence douce ». On parle ici du « faire bien » et pour le bien du bénéficiaire. L'empathie que l'on peut avoir pour la personne aidée conduit à se mettre à la place de lui et de savoir mieux que lui ce qui est bon⁵¹.

Ainsi, le comportement faussement gentil des professionnels aidants accomplissant des actes de bienveillance maladroite ou de maladresse involontaire vont imposer leurs choix dans les repas pour respecter un régime alimentaire par exemple ou la réorganisation du logement afin d'améliorer le cadre de vie. Sous de bonnes intentions, l'intervenant à domicile adopte des attitudes ou mener des actions inadaptées à la personne souffrant d'un handicap. Le basculement entre la bienveillance et la maltraitance est une frontière très faible⁵².

B- Le basculement de la bienveillance à la maltraitance

Comme évoqué précédemment, la présence de l'aidant professionnel au sein du foyer de l'aidé souffrant d'un handicap peut être vécue comme une intrusion dans la sphère intime de

⁵¹ TOURNEBISE (Thierry), « Bienveillance envers les patients et les personnes âgées », août 2007.

⁵² BONAMY (Patricia), DESERT (Myriam), FRIGHI (Shérazade), MONZERIAN (Christine), MONTFORT (Martine), VERNAZOBRE (Isabelle), MARCHAND (Pascal), *op. cit.*

ce dernier. C'est aussi un rappel constant de leur perte d'autonomie et de leur dépendance. C'est donc logique qu'une forme de réticence s'installe entre la personne en situation de handicap et le professionnel qui intervient. L'intéressé peut être réfractaire à accorder sa confiance et à toutes interventions qu'elles soient médicales ou non.

De plus, un sentiment de non reconnaissance du travail fourni par les professionnels aidants s'exprime par les aidés et leur famille qui les subordonnent à des ordres et des tâches ménagères dévalorisant l'aide apportée. Ces professionnels ne disposent pas d'espace de dialogue pour exprimer leur ressenti face à ces situations et n'osent pas non plus témoigner de leur souffrance. C'est ainsi que des tensions se manifestent entre les aidants et les aidés et peuvent conduire à franchir la limite vers la maltraitance.

Cependant, le cas inverse existe également. Lorsque les professionnels intervenant à domicile s'attachent au bénéficiaire de l'aide, leur rôle en est alors ébranlé. Cette relation qui se forme avec le temps témoigne de moments privilégiés et contribue au maintien d'une vie sociale pour la personne aidée. Cette situation encourage la confusion entre sphère privée et professionnelle ayant pour conséquence le dépassement de la frontière de l'intervention. Un paternel similaire se reproduit : des professionnels asservis aux bénéficiaires de l'aide. Ces professionnels, ne disposant pas de recul ou d'espace d'échange, s'enferment dans un cercle vicieux de servitude. « Sans reconnaissance, toute personne éprouve de la souffrance. Elle peut être un frein à la bientraitance »⁵³.

De plus, les professionnels évoluent auprès de personnes souffrant d'un handicap, ils doivent dans ce cas faire preuve d'une maîtrise de compétences adaptées aux personnes auprès desquelles ils interviennent. Mais ces métiers sont peu valorisés et manquent cruellement de moyen financier alloué en comparaison à la réalité du terrain. Le personnel sous qualifié n'est pas compétent pour exécuter des gestes complexes et techniques entraînant des actes maladroits voire maltraitants. Ces maladresses peuvent aussi concerner l'approche des professionnels qui ne correspond pas aux habitudes de vie de l'aidé. Le plus souvent ils doivent faire face à des problématiques sanitaires comme la fin de vie ou bien l'accompagnement d'un handicap lourd. De plus, le métier d'aide à domicile repose en grande partie sur la communication et le maintien d'un lien social. Ainsi, il peut naître des dialogues et du langage de la maltraitance verbale.

Par ailleurs, des complications peuvent survenir au sein des équipes pluriprofessionnelles. Cette pluridisciplinarité s'inscrit dans la continuité de la prise en charge

⁵³ *Id.*

de l'aidé et garantie la qualité des interventions. Cependant, les différents professionnels qui interviennent ne semblent pas forcément former une équipe de travail : les informations circulent difficilement et l'accompagnement n'est pas coordonné. De plus, certains intervenants, considérés comme de simple aide-ménagère, sont sous-estimés au regard des professionnels du secteur médical ou paramédical. Cet environnement de travail ne favorise pas le maintien d'une prise en charge adaptée et sécurisante.

Titre 2 : La mise en cause des établissements sociaux et médico-sociaux et des professionnels de santé concernant la maltraitance institutionnelle

Section 1 : le rôle de l'organisation interne des structures d'accueil

Le code l'action sociale et des familles encadre la prise en charge des usagers du secteur social et médico-social à son article L.311-3 introduit par l'article 7 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. ».

A- La spécificité des établissements accueillants les personnes en situation de handicap

Qu'elle soit enfant ou à l'âge adulte, la personne en situation de handicap peut être admise dans une structure dédiée à son accompagnement. Selon les chiffres de la DREES, en décembre 2018, la capacité d'accueil d'adultes ou d'enfants souffrant d'un handicap dans des structures médico-sociales s'élève à 510 620 places⁵⁴. Ainsi, c'est environ 12 430 établissements et services médico-sociaux qui offrent une solution d'accompagnement. Parmi eux, 68% des structures sont consacrés aux adultes et 32% sont destinés aux enfants.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) peut servir de relai afin d'orienter les personnes souffrant d'un handicap vers un établissement ou un service médico-social adapté à l'accompagnement qui leur sont préconisés⁵⁵. Parmi les 358 100 adultes en situation de handicap accueillis dans un établissement ou accompagnés par des services, 154 100 d'entre eux sont en foyer ou en établissements et services d'aide par le travail (Esat) avec 125 700 personnes. En ce qui concerne les enfants, 168 700 sont accompagnés par des structures médico-sociales et 72 000 le sont au sein d'instituts médicoéducatifs (IME) et 57 900 par des services éducatifs spécialisés et de soins à domicile (Sessad). L'accueil de jour sans hébergement au sein d'un établissement est plus fréquent pour les enfants que pour les adultes : c'est environ 64% des capacités d'accueil pour les enfants contre 46% pour les adultes. Selon les études de la DREES, les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans sont en proportion moins nombreux dans les établissements

⁵⁴ Enquête ES-Handicap, DREES, 2018.

⁵⁵ L'aide et l'action sociale en France, DREES, édition 2020, p.1.

spécialisés. La raison est, qu'à partir de cet âge, une partie d'entre eux sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Ainsi, il existe plusieurs types de structures consacrées à l'accueil ou l'accompagnement de personne en situation de handicap. Par exemple, les instituts médicoéducatifs (IME) s'adressent principalement aux enfants atteints d'une déficience intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. Certains établissements sont spécialisés dans l'accompagnement du travailleur social et de la formation professionnelle comme par exemple les établissements et services d'aide par le travail (Esat) qui proposent des activités professionnelles et une prise en charge médico-sociale aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont des structures destinées à accueillir les adultes en situation de handicap nécessitant une surveillance médicale et de soins constants notamment lorsqu'il s'agit d'une poursuite de traitement ou de la rééducation. Enfin, pour citer un autre exemple d'hébergement pour adultes handicapés, les foyers d'accueil médicalisés (FAM) prennent en charge les personnes lourdement handicapées voire polyhandicapées qui ne peuvent exercer une activité professionnelle⁵⁶.

Un handicap peut se déclarer à n'importe quel moment de la vie d'un individu : à la naissance, durant son enfance, à l'âge adulte ou lors du vieillissement. C'est ce qui rend si particulier les institutions accueillant les personnes en situation de handicap : ces derniers sont la seule partie de la population à potentiellement passer la majeure partie de leur vie dans un établissement spécialisé⁵⁷. De ce fait, ils peuvent être exposés à la maltraitance dès le plus jeune âge et ce, jusqu'à la fin de leur existence. Par leur essence même, les personnes atteintes d'un handicap se voient privées de leur liberté de disposer de soi. Elles devront se conformer à un rythme de vie imposé par la structure. Néanmoins, ce système tend à s'inverser notamment avec le développement des politiques publiques de maintien à domicile et les services d'aide.

Un lien de causalité entre le développement d'actes de maltraitance et la situation matérielle de l'établissement peut exister. On parle ici de l'aménagement des locaux de la structure d'accueil qui peut être un facteur de maltraitance institutionnelle. En effet, au sein d'un établissement qui prend en charge des personnes en situation de handicap la dégradation ou l'inadaptation des locaux peut favoriser l'émergence de situation maltraitante. Parfois,

⁵⁶ L'aide et l'action sociale en France, *prec.*, p.3.

⁵⁷ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

l'établissement n'est pas ou est mal équipé pour accueillir dans les meilleures conditions les personnes citées ci-dessus. L'inadaptation des locaux concerne notamment les rampes d'accès, les barres d'appui, les ascenseurs ou encore le matériel désuet. Ce sont d'autant d'éléments qui empêchent la bonne circulation et l'autonomie de déplacements des résidents. Pour autant, la loi du 11 février 2005 est venue mettre en place l'obligation d'accessibilité d'habitation et des lieux recevant du public à tous et notamment aux personnes souffrant d'un handicap.

De plus, l'hétérogénéité des handicaps des personnes accueillies et la proximité facilitent les risques de violence et d'abus qu'ils soient provoqué par le personnel soignant que par les résidents entre eux. En effet, la surpopulation des institutions peut être un facteur d'aggravation des contextes de maltraitance. Une situation de violence née d'un rapport de force entre deux individus. Ce rapport existe bel et bien entre deux personnes souffrant d'un handicap lorsque le plus fort fait pression sur le plus faible pour lui soutirer de l'argent ou l'abuser sexuellement.

Par ailleurs, le phénomène de maltraitance peut se manifester en raison de l'inadéquation des établissements spécialisés avec le public qu'ils accueillent⁵⁸. On évoque ici « l'accueil par défaut ». Cela signifie que ces institutions ne sont pas adaptées pour accueillir certains types de handicap. Ils ne disposent pas du matériel nécessaire pour subvenir aux besoins des résidents et le personnel soignant n'est pas toujours formé pour s'occuper des personnes atteintes d'handicap lourd ou d'un polyhandicap. Dans le milieu de l'aide sociale à l'enfance, les structures d'hébergement d'urgence sont parfois obligées de recevoir des enfants ayant besoin de mesure de protection spécifique.

B- La prise de conscience du rôle de la direction de l'établissement dans la manifestation du risque de maltraitance

Au sein d'une structure d'accueil de personne atteinte d'un handicap, la situation conduisant à l'acte maltraitant est souvent liée au fonctionnement dudit établissement⁵⁹. Ces problèmes peuvent survenir notamment lorsque l'établissement ne dispose pas d'organisation ou de mode de fonctionnement bien défini afin de structurer la façon de travailler du personnel. On vise ici spécifiquement le projet d'établissement, les conditions de managements interne ou encore la qualité et la qualification du personnel.

⁵⁸ *Id.*

⁵⁹ *Id.*

Ce dysfonctionnement peut également venir de la contradiction entre le projet d'établissement et le projet individuel de la personne accompagnée. Ce parallèle est accentué quand la diversité des handicaps pris en charge ne coïncide pas avec l'organisation interne de l'établissement. Il n'existe pas qu'une seule et unique prise en charge mais une pluralité : autant qu'il y a d'individu différent. A défaut, le risque d'exclusion et de rejet des résidents est plus important.

De plus, l'anomalie peut survenir d'un gap trop important entre les moyens financiers attribués à l'établissement et les missions de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Encore à ce jour beaucoup de structure ne dispose pas d'un projet d'établissement suffisamment abouti ou bien ce dernier ne fait simplement qu'acte de présence. Dans certains établissements, il n'est pas connu du personnel car il n'a pas été élaboré collectivement. Pour rappel, le projet d'établissement est un outil destiné à affirmer les droits des usagers. Il est rendu obligatoire par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. C'est donc un instrument prônant la garantie des droits due à toute personne accueillie ou accompagnée par un établissement ou un service social et médico-social⁶⁰. Dans ces structures, si les comportements ne sont pas encadrés alors des attitudes maltraitantes peuvent se manifester.

Lorsque l'on évoque l'organisation interne d'un établissement, il est primordial d'aborder le rôle élémentaire des dirigeants et des cadres gestionnaires de la structure. En effet, la carence, qu'elle soit temporaire ou continue, d'un management interne est une prédisposition facilitant la survenue de phénomène de maltraitance. Ainsi, au moment du recrutement des cadres de santé, il est important de les informer et de les sensibiliser à l'identification et à la gestion des situations à risques pouvant engendrer des actes de maltraitance. Un enseignement précis doit être réalisé sur les formes de maltraitance passives, les abus, la négligence et les risques d'une maltraitance institutionnelle.

De plus, les directeurs d'établissement disposent de moyen de pression envers les familles des personnes en situation de handicap. Ils ont connaissance que pour certains proches la seule solution pour subvenir aux besoins du proches souffrant d'un handicap est le placement dans une résidence spécialisée. Ils peuvent ainsi émettre une forme de « chantage » à l'encontre

⁶⁰ JANVIER (Roland), MATHO (Yves), « Chapitre I. Le projet d'établissement ou de service », Le droit des usagers, sous la direction de JANVIER Roland, MATHO Yves. Dunod, 2013, p. 5-22.

des familles pour les dissuader de divulguer tous types d'informations relatives ou non aux actes de maltraitance ou au dysfonctionnement de l'organisation interne.

Par ailleurs, les dénonciations d'actes de maltraitance peuvent se faire rare dans certains établissements qui préfèrent assurer la pérennité de leur institution car la perte d'emploi voire la fermeture de la structure prône au-dessus de leur tête comme une épée de Damoclès.

Encore aujourd'hui en France, la plupart des établissements médico-sociaux sont dirigés selon une logique hospitalière. Cela signifie que le résident est identifié tel un usager admis en hospitalisation dans un établissement sanitaire pour recevoir des soins et non comme le domicilié d'un hébergement médico-social. Pourtant, les équipes médicales n'envisagent pas les résidents ainsi. L'établissement doit être perçu comme le foyer de la personne en situation de handicap. Elle doit s'y sentir comme chez elle. C'est autant plus le cas que les personnes souffrant d'un handicap peuvent rentrer très jeune dans un établissement d'accueil. Par conséquent, un phénomène de maltraitance peut naître de cette situation ambiguë où le résident n'est pas traité de la manière d'un usager des services médico-sociaux.

Certains établissements comme les petits foyers collectifs et les centres de long séjour sont fortement marqués par l'institutionnalisation. Ces moyens d'hébergements pourtant implantés plus localement peuvent provoquer des abus. Ces établissements fonctionnent en vase clos avec peu de contact avec des associations ou des organismes extérieurs. De plus, l'embauche n'est pas attractive puisque le personnel médical doit faire de longs horaires de travail, parfois de nuit et le week-end, les possibilités de contrats ne sont pas intéressantes ni les avantages sociaux⁶¹.

On peut alors observer que les responsables des établissements priorisent les intérêts de l'institution au détriment de ceux des personnes en situation de handicap. On fait notamment référence ici aux intérêts financiers. De ce fait, privilégier les intérêts économiques de l'établissement avant l'intérêt des résidents peut constituer une forme de maltraitance. A titre d'exemple, cet intérêt s'illustre par l'interdiction pour les résidents de rentrer dans leur famille pour des occasions spéciales afin que l'établissement ne se voit déposséder des moyens financiers pour finalement conserver l'équilibre financier à la fin de l'année.

⁶¹ BROWN (Hilary), *op. cit.*, p.36.

Section 2 : La commission d'acte de violence dans les actes de soins par le personnel soignant

La mission principale des établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes en situation de handicap est d'accompagner ces derniers dans la prise en charge médicale de leurs besoins spécifiques. Les prestations de soin qu'ils fournissent s'inscrivent dans une démarche globale d'accompagnement de la personne souffrant d'un handicap au sein de son environnement. Ces structures doivent donc répondre aux besoins de santé de leurs résidents. De cet objectif général s'ensuit une multitude d'accomplissement qui se rapporte de près à la dimension médicale de la structure : soigner, prendre soin et coordonner les soins. Et ce, quelle que soit la place qu'occupe l'aspect « santé » dans l'accompagnement que propose l'établissement⁶².

Par conséquent, le soin dispose d'une place primordiale au sein des institutions. C'est en raison de cette part importante que les actes de soins réalisés par les professionnels soignants sont aussi victimes de phénomène de maltraitance.

A- Les facteurs de la violence des soignants

Chaque établissement d'accueil dispose d'un livret d'accueil au sein duquel la charte des droits et libertés de la personne accueillie décrit les droits du résident. Celui est remis et présenté à la personne en situation de handicap ainsi qu'à ses proches lors de son admission dans l'institution. Parmi ces droits, l'un garanti le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne souffrant d'un handicap⁶³. Ce sont d'autant de droits que doivent respecter les professionnels soignants durant l'exercice des soins et de l'accompagnement des résidents. Cependant, ce dévouement est parfois ébranlé par de nombreux facteurs poussant le personnel médical à commettre des actes de maltraitance car bousculé dans leur retranchement.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le développement d'abus en institution perpétrés par le personnel comme par exemple une atmosphère de dépersonnalisation et d'absence d'intimité. De plus, des circonstances aggravantes comme un personnel insuffisamment formé ou mal encadré et des pensionnaires isolés des activités du reste de la collectivité peuvent favoriser ainsi l'émergence de phénomène de maltraitance.

⁶² ANESM, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, *prec.*, p. 6

⁶³ *Ibid.*, p.12.

Dans l'exercice de leur profession, il est parfois difficile pour les soignants d'accomplir correctement les tâches qu'ils leur sont confiés. Le professionnel en contact avec une personne atteinte d'un handicap lourd ou un trouble du comportement peut être confronté à de la violence à son égard comme de l'agression physique. L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) dans son rapport de 2020⁶⁴ expose d'un état de soumission et de rabaissement des personnels de santé face à la violence verbale. Des témoignages font part d'une forme d'angoisse au moment des soins et d'un stress quasi permanent. Ces états émotionnels négatifs contribuent à l'épuisement tant moral que physique de l'équipe médicale.

Lorsque les professionnels de santé rapportent leur ressenti, ils estiment avoir été victime d'une agression gratuite, non justifiée ce qui accentue leur sentiment de désarroi face à la prise en charge qu'ils doivent assurer. La lassitude du personnel soignant ainsi que la récurrence de ces situations marquent une certaine saturation sans pouvoir échapper ou évacuer leur état de détresse. C'est un cercle vicieux où les professionnels confrontés à de la violence finissent par eux-mêmes commettre des actes de maltraitance.

Il est également important de préciser que ces situations ont des conséquences graves sur le fonctionnement des services de l'établissement d'accueil. En effet, les répercussions du dysfonctionnement de l'organisation interne peuvent être la défaillance de prise en charge des résidents ou encore un défaut de surveillance de ces mêmes personnes en raison d'une « mobilisation chronophage de l'équipe médico-paramédicale »⁶⁵ au chevet des bénéficiaires plus à risque.

Il se peut également, qu'au cours de l'exercice de leur profession, les équipes médicales fabriquent des liens étroits avec les personnes en situation de handicap dont ils doivent s'occuper. Cet attachement peut être dangereux pour le soignant qui ne pourra que très difficilement s'en défaire et donc s'enfermer dans un cercle de servitude. De plus, le refus de s'attacher ou l'éloignement volontaire du soignant peut l'exposer à des représailles de la part de la personne souffrant d'un handicap. Cette violence peut également être accentuée en fonction du handicap du résident.

D'autre part, le public du handicap demande de connaître une certaine technicité dans les soins prodigués. Ainsi, les résidents des établissements spécialisés ont besoin d'une aide

⁶⁴ Observatoire national des violences en milieu de santé, direction générale de l'offre de soins, rapport 2020, p.3-4.

⁶⁵ QUEGUINER (Thomas), La violence verbale ou physique gangrène toujours autant le quotidien des soignants, Hospimedia, 16/03/2021.

spécifique et d'une assistance compétente dans la vie et les actes de tous les jours. Néanmoins, au sein des petites structures localement situées, le personnel en poste n'est parfois pas qualifié pour recevoir des individus présentant un lourd handicap, un multiple handicap voire un trouble du comportement.

En raison de ces difficultés, la pression et le stress montent très rapidement pour le personnel soignant pouvant alors commettre des actes de maltraitance involontaire. Par ailleurs, ces établissements de modestes tailles sont aussi source d'isolement pour les professionnels qui se retrouvent seuls pour assurer le service. Ils ne peuvent pas non plus s'informer auprès d'un référent ni s'appuyer sur des réseaux d'associations ou d'organismes externes. Par conséquent, ces soignants appliquent leur propre manière de faire, méthode qui n'est pas toujours la plus bienveillante faute d'encadrement adapté⁶⁶.

En outre, la souffrance endurée par les personnes en situation de handicap au sein des institutions peut être sous-estimée pour plusieurs raisons. Premièrement, le handicap de la personne concernée est parfois méconnu tant du personnel soignant que de sa famille. Ainsi, ils ne peuvent pas faire la différence entre les « symptômes » du handicap et de la véritable maltraitance. Et deuxièmement, il est souvent difficile de mesurer la capacité de la personne souffrant d'un handicap à percevoir la réalité de la situation et à pouvoir l'exprimer correctement. L'exemple le plus marquant en la matière est celui du handicap mental tel que l'autisme car ce dernier peut camoufler les traces de maltraitance.

Une autre problématique est évocatrice de la maltraitance que peuvent subir les personnes en situation de handicap dans les structures spécialisées. On parle ici du travail de nuit et en particulier lorsque cette tâche est confiée à un personnel non qualifié pour l'accomplir. Dans les faits, le personnel de nuit n'est pas plus prédisposé à commettre des actes de maltraitance que le reste des professionnels de santé travaillant la journée. Néanmoins, ils sont confrontés bien plus souvent à gérer des situations tendues seuls et ainsi s'adonner plus facilement à la malveillance.

Comme évoqué précédemment, lorsque le personnel soignant se livre volontairement ou involontairement à des actes de maltraitance, cela peut cacher un dysfonctionnement plus profond de l'établissement dans la gestion de son organisation interne. De cette façon, les professionnels médicaux s'enchaînent dans une routine malveillante sans s'interroger sur les conséquences des actes de soins ni ne remettent en cause leur manière de faire. Les mécaniques

⁶⁶ BROWN (Hilary), *op. cit.*, p.36.

ainsi bien huilées peuvent conduire à la banalisation de certaines pratiques pour encliner à de la maltraitance. D'autant que pour leurs auteurs, ils ne sont pas du tout perçus comme tels. Le plus surprenant encore est la résignation des victimes à accepter de tels comportements de maltraitance comme normal⁶⁷.

B- De la violence verbale à la violence physique : les dérives des professionnels de santé

Il convient de rappeler que les actes de maltraitance commis par les professionnels du secteur médico-social dépendent en grande partie des relations qu'ils entretiennent avec les personnes en situation de handicap. Car, en raison de l'état de vulnérabilité de la personne atteinte d'un handicap, le personnel soignant peut abuser de cette faiblesse pour être l'auteur d'abus, comme l'abus de confiance ou encore l'abus de pouvoir.

De plus, au sein des institutions spécialisées, la maltraitance se réalise dans la grande majorité des cas lorsque la personne en situation de handicap se retrouve dans une posture d'isolement. Un résident qui ne reçoit pas de visite ni d'appel de l'extérieur est exposé à être mis de côté à l'intérieur même de l'établissement d'accueil⁶⁸.

Parmi les formes de maltraitance qui peuvent se produire en établissements, il en est une qui ne semble pas malveillante mais qui pourtant peut provoquer un sentiment de rabaissement chez les personnes en situation de handicap. Il est question ici de l'utilisation systématique du tutoiement par le personnel soignant pour s'adresser aux résidents. On ne doit pas cependant exclure l'usage du tutoiement comme une marque d'affection. Néanmoins, pour les personnes concernées, l'emploi du tutoiement peut être perçu comme une forme d'irrespect voire de non considération.

D'autres modèles de maltraitance sont liés au langage et à la communication. C'est le cas lorsque, par exemple, un professionnel de santé voulant s'adresser à l'un de ses collègues au sujet d'un résident, le fait complètement en ignorant ce dernier. Il emploie alors la troisième personne du singulier et feint de ne pas se rendre compte de la présence de la personne souffrant d'un handicap. Ce moyen de conversation contribue à inférioriser la personne en situation de handicap et à amplifier son sentiment de malaise.

⁶⁷ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

⁶⁸ *Id.*

De plus, certains témoignages de professionnels de santé ou d'aidants familiaux évoquent un autre langage couramment utilisé par le personnel soignant dans les établissements. Ici, il est fait allusion à l'emploi, par un membre de l'équipe médicale, du nom de la pathologie de la personne en situation de handicap pour la désigner lorsqu'il souhaite s'adresser à l'un de ses collègues. Et parfois même, en présence de la personne atteinte d'un handicap. Cette manière de s'exprimer renforce l'idée de dépersonnalisation du résident. On peut y voir une forme de maltraitance verbale.

Ensuite, la maltraitance envers une personne en situation de handicap peut également s'extérioriser dans les actes de soins ou la prise de traitement. Pour prendre l'exemple du cas des enfants souffrant d'un handicap, ils peuvent faire l'objet de châtiments corporels lorsqu'ils refusent ou ont des difficultés pour prendre un traitement. Ainsi, le professionnel soignant ne se focalise pas sur la bienveillance mais suit une logique où le traitement médical doit être pris peu importe les conséquences.

Il n'est pas question également de s'attacher sur les ressentis ou les envies des résidents handicapés. Les soignants s'attachent de respecter des règlements et des protocoles sans s'inquiéter des besoins réels des personnes en situation de handicap. Il est important d'identifier dans quelles mesures les méthodes de contrainte sont acceptables sans pour autant qu'elles soient assimilées à des actes de violence ou d'abus.

Pour les handicaps très lourds comme les handicaps mentaux, au sein des établissements, il est parfois courant d'employer largement la surmédicalisation ou l'abus de sédatifs dans le but de maîtriser complètement les troubles mentaux. Parmi les institutions spécialisées, les alternatives thérapeutiques sont encore trop peu répandues. Il ne s'agit pas de médicaliser tous les aspects de la vie du résident car cela ne signifie pas une bonne prise en charge médicale.

A contrario de la maltraitance active, il est possible d'observer de la maltraitance passive à l'intérieur des établissements. A titre d'illustration, cette forme de maltraitance se constate lorsque le personnel médical ne recherche pas à soulager les épisodes de douleur des personnes souffrant d'un handicap. Ces souffrances aiguës peuvent se confondre avec les affections habituelles du handicap. Par conséquent, elles ne sont pas toujours traitées comme telles. Il peut s'agir de maux de dents, de douleurs menstruelles ou encore de maux d'estomac⁶⁹.

⁶⁹ BROWN (Hilary), *op. cit.*, p.38.

Deuxième partie : Les dispositifs de lutte contre la maltraitance

Titre 1 : Signaler et prévenir pour faire face à la maltraitance

Section 1 : Des outils de contrôle pour anticiper les faits de maltraitance

Une célèbre affaire judiciaire appelée l’Affaire des « Disparues de l’Yonne » a permis de me mettre en lumière toutes les violences que peuvent subir les personnes en situation de handicap⁷⁰. Dans cette affaire, on apprend que des jeunes femmes souffrant d’une déficience mentale légère, toutes suivies par la Direction Départementale Des Affaires Sanitaires et Sociales (Ddass), ont été retrouvées sexuellement agressées et sauvagement assassinées. Ainsi, il est primordial de s’intéresser à ce que peuvent vivre au quotidien les personnes atteintes d’un handicap afin de prévenir les actes de maltraitance.

A- Les modes d’évaluation des pratiques médicales et professionnelles

Dans l’objectif de lutter contre la maltraitance et notamment celle au sein des institutions spécialisées, les pouvoirs publics ont mis en place des mécanismes de contrôles des établissements sociaux et médico-sociaux mais également un système d’évaluation. En effet, depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu’ils délivrent.

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé⁷¹ confie à la Haute Autorité de Santé (HAS) la compétence de la procédure d’évaluation des ESSMS. Elle vient ainsi succéder à l’Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), instituée auparavant par la loi n°2006-1640 de financement de sécurité sociale pour 2007⁷² du 21

⁷⁰ ZOLESI (Martine), Prévenir le risque de maltraitance des personnes lourdement handicapées en foyer de vie, mémoire de l’Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, p.9.

⁷¹ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé, J.O. n°0172 du 26 juillet 2019, texte n°3.

⁷² Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, J.O n°296 du 22 décembre 2006, texte n°1.

décembre 2006⁷³. A ce titre, elle doit examiner le niveau de qualité des prestations délivrées par les structures. *In fine*, ce dispositif a pour but d'améliorer la qualité de l'accompagnement centré sur la personne et le respect de ses droits et donc, de lutter contre les phénomènes de maltraitance.

Les structures doivent réaliser deux types d'évaluation distinctes : une évaluation interne et une évaluation externe. Ces deux évaluations sont complémentaires et portent sur les mêmes champs afin d'assurer la cohérence des études. La première, instiguée par l'établissement lui-même, a pour but d'analyser les effets des pratiques internes ainsi que leur adéquation aux besoins et aux attentes des personnes accueillies⁷⁴. Les résultats de cette procédure débouchent sur l'identification de priorités inscrites au sein d'un plan d'action.

A contrario, la seconde s'effectue par un organisme indépendant de la structure habilité à conduire l'évaluation⁷⁵. Cet examen concerne les services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles ainsi que sur la pertinence des actions déployées par ces services pour répondre aux missions alléguées et aux besoins des personnes en situation de handicap accueillies.

Par ailleurs, en plus des évaluations qu'ils doivent réaliser, les structures spécialisées dans l'accompagnement du handicap sont soumises à des contrôles réalisés par des autorités publiques notamment au titre du code de l'action sociale et des familles et le code de la santé publique. Pour satisfaire ce contrôle, l'autorité qui en a la charge varie selon l'autorité d'autorisation de la structure. Cela signifie que l'autorité compétente pour le contrôle est celle qui a autorisé l'ouverture de l'établissement⁷⁶. Cette compétence est définie par l'article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles.

Il existe trois types de contrôle : un contrôle sur l'autorisation délivrée à l'établissement exercé par l'autorité ayant délivré l'autorisation (art. L.313-13 CASF), un contrôle budgétaire et comptable initié par l'autorité de tarification (art. L.313-14-1 CASF) et pour finir, un contrôle de la santé, de la sécurité et du bien-être moral et physique (art. L.313-16 CASF). C'est en particulier ce dernier contrôle qui participe activement à la lutte contre la maltraitance. Car, en effet, il porte sur le respect des droits des usagers dont l'existence provient de la loi du 2 Janvier

⁷³ LALLEMAND (Dominique), « La mise en place de l'ANESM », RDS, n° 29, 2009, p. 223-234.

⁷⁴ Article HAS, « L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », mis en ligne le 03/04/2018, consulté le 28/07/2021.

⁷⁵ Article HAS, « L'évaluation externe : mode d'emploi », mis en ligne le 03/04/2018, consulté le 28/07/2021.

⁷⁶ « La maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en institution et les moyens de la prévenir », Journal du droit des jeunes, vol. 224, n°4, 2003, p.40-43.

2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui met en place un certain nombre d'outils pour les garantir. Il est fait référence ici au projet d'établissement, le règlement intérieur de la structure, le livret d'accueil, le conseil de vie sociale ou encore le projet de vie du résident.

Les établissements et services médico-sociaux accueillant et qui accompagnent les personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire sont autorisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle l'est notamment en pleine compétence lorsqu'il s'agit d'institution pour enfants et elle partage sa compétence avec les Conseils généraux concernant les structures pour les adultes souffrant d'un handicap. Il est peut-être question de structure comme un centre médico-psycho-pédagogiques ou encore des maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Au titre de l'article L.313-13 du CASF, pour le cas des structures autorisées conjointement par le président du conseil général et le directeur de l'ARS, « les contrôles prévus [...] sont effectués de façon séparée ou conjointe par les agents [...], dans la limite de leurs compétences respectives ».

Cependant, ce même article dispose à son titre VI que, « quelle que soit l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, le représentant de l'Etat dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles [...] » qui lui permet de disposer des moyens d'inspection de l'ARS.

Dans le cadre de son programme pluriannuel de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les institutions et services médico-sociaux, l'ARS réalise des inspections chaque année. Ce contrôle peut s'effectuer sur l'organisation interne ou encore sur les modes d'accompagnement individuel des personnes accueillies afin d'estimer le positionnement de l'établissement sur la promotion de la bientraitance.

Selon l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, le personnel des agences régionales de santé assurant le contrôle des structures se décompose en six corps statutaires selon leurs compétences respectives : les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires⁷⁷.

⁷⁷ TRICARD (Dominique), VOISIN (Joëlle), Contrôle des structures sociales et médico-sociales : guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale, inspection générale des affaires sociales, en collaboration avec la direction générale de la cohésion sociale, novembre 2014, p.51.

De plus, le directeur général de l'ARS a la possibilité de désigner des inspecteurs et des contrôleurs au sein du personnel de l'agence afin de remplir la même mission d'examen.

Lorsque le contrôle est assuré par un médecin inspecteur, le devoir du secret professionnel ne lui est pas opposable. Ainsi, aux termes de l'article L.1421-3 du CSP, « les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes les données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions ».

L'article L.1427-1 du CSP prévoit une sanction en cas d'entrave à ces mesures de contrôle⁷⁸. Ainsi, « le fait de faire obstacle aux fonctions des agents [...] est puni d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ». Il peut s'agir de l'interdiction d'accès aux locaux ou encore le refus de la communication de documents. Le délit d'obstacle est également prévu à l'article L.313-22-1 du CASF.

Aux termes des articles L.1421-2 et L.1421-2-1 du CSP, le juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire dans le ressort duquel sont situés les lieux à visiter peut autoriser, par voie d'ordonnance, le personnel des ARS à procéder au contrôle lorsque l'accès leur est refusé. Néanmoins, malgré l'ordonnance du juge, les agents chargés de l'inspection ne peuvent pas forcer l'entrée de l'établissement. Il est alors fait usage de la force publique afin de pénétrer la structure.

A la suite de ces contrôles, des mesures vont être prises afin de remédier aux différentes remarques que peuvent avoir émises les inspecteurs.

B- Les recommandations et sanctions envisagées à l'encontre des établissements défaillants dans la lutte contre la maltraitance

Avant même de vouloir prendre des décisions répressives, il doit être envisagé de formuler des recommandations dans le but d'améliorer les pratiques de l'établissement et notamment de promouvoir la bientraitance. Il s'agit de modifier l'organisation et le fonctionnement interne des structures sociales et médico-sociales.

L'autorité d'autorisation peut utiliser des moyens d'action pour mettre en demeure les établissements à prendre des mesures pour corriger les manquements constatés. Ces injonctions sont définies à l'article L.313-14 et à l'article L.313-16 du Code de l'action sociale et des familles. Le premier article accorde aux autorités compétentes d'adresser des injonctions aux

⁷⁸ BANQ (Marie-Ève), *art. cit.*

établissements dès lors qu'elles constatent des infractions aux lois et règlements ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des résidents ou le respect de leurs droits. Pour cela, elles leur fixent un délai qui doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Le second article permet notamment à l'autorité compétente de décider de la suspension ou de la cessation de tout ou partie des activités de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil lorsque la santé, la sécurité, ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés ou compromis.

L'article précise également « qu'en cas d'urgence ou lorsque le gestionnaire refuse de se soumettre au contrôle prévu à l'article L.313-13, l'autorité compétente [...] peut, sans injonction préalable, prononcer la suspension de l'activité en cause pour une durée maximale de six mois ».

Cependant, elle doit prendre les mesures nécessaires à la continuité de la prise en charge des personnes accueillies dans l'établissement en question (article L.313-17 CASF). L'autorité compétente peut mettre en œuvre les dispositions de l'article L.313-14 du CASF, à savoir, des mesures de réorganisation ou des mesures conservatoires.

Il est également possible de mettre l'établissement sous administration provisoire afin qu'un administrateur tiers puisse remédier aux problèmes de dysfonctionnement (Art. L.313-14 V CASF). Ce cas de figure est envisagé lorsque l'injonction de l'autorité d'autorisation n'est pas satisfaite. Ainsi, c'est cette même autorité qui désigne l'administrateur. Cette mesure ne peut dépasser une durée supérieure à six mois et est renouvelable une fois.

L'administrateur accomplit, pour le compte de l'institution gestionnaire, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux difficultés constatés. Pour ce faire, il dispose de tout ou partie des pouvoirs nécessaires pour diriger l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil selon les conditions précisées par l'acte de désignation. Le but poursuivi est le redressement de la situation malveillante après une mise en demeure infructueuse.

Au terme de l'administration provisoire, et si celle-ci est un échec, un nouveau contrôle doit être diligenté afin de constater que le dysfonctionnement ou le comportement perdure et ainsi procéder à la fermeture de l'établissement.

Ainsi, lorsque les conditions l'exigent, le directeur général de l'ARS peut prononcer la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire du service concerné ou directement de l'établissement accueillant des personnes en situation de handicap. Lorsque la structure relève d'une autorisation conjointe, la décision de fermeture est prise conjointement par les deux autorités. En cas de désaccord, cette décision peut être prise par le représentant de l'Etat dans le département.

L'article L.313-14 du CASF à son titre III prévoit une sanction financière prononcée à l'encontre des établissements qui méconnaissent les dispositions légales. Son montant est proportionné à la gravité des faits constatés.

Ces procédures de contrôle peuvent être notamment déclenchées à la suite d'un signalement de mauvais traitement de la part des familles de personne en situation de handicap ou la personne concernée directement.

Section 2 : Le mécanisme de signalement des actes de maltraitance

Signaler un acte de maltraitance doit être un réflexe systématique que chaque personne doit avoir et en particulier les professionnels de santé, la famille de la personne en situation de handicap ou encore elle-même. De ce fait, des sanctions peuvent être prise à l'encontre des professionnels soignants qui n'agissent pas en connaissance de cause.

A- L'initiative de déclaration des phénomènes de violence

Comme évoqué dans l'introduction de ce mémoire, la maltraitance envers les personnes en situation de handicap n'est officiellement reconnue en France que dans les années 90. Ce terme n'était auparavant utilisé que pour désigner les situations dont pouvaient souffrir les mineurs.

Ainsi, le dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes en situation de handicap né de la protection des enfants. Une circulaire du ministère de l'intérieur en date du 30 août 1888 fait référence pour la première fois aux fiches individuelles de renseignements relatives aux enfants maltraités et délaissés⁷⁹.

Un siècle plus tard, et pour une première occasion, la loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance⁸⁰ emploie le terme « maltraitance » et organise le dispositif de signalement aux autorités administratives et judiciaires.

En 1998, une circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité exige une extrême vigilance en matière d'abus sexuels commis sur des mineurs au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dispose de nouveaux outils d'inspection et établit une protection pour les professionnels qui dénoncent des actes de maltraitance. Le 30 avril de la même année est promulguée une circulaire⁸¹ faisant référence aux « adultes vulnérables » parmi les populations à protéger et organise la procédure de signalement des actes malveillants à leur égard.

⁷⁹ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

⁸⁰ Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, *J.O.* n°0163 du 14 juillet 1989.

⁸¹ Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales

Pour finir ce corpus législatif, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement instaure l'obligation pour les établissements et les services sociaux et médico-sociaux de signaler tout évènement susceptible de mettre en danger les personnes accueillies. Le décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016⁸² en précise les modalités⁸³.

Par conséquent, l'article L.331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, [...] les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation [...] de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées ».

Parmi ces évènements, il peut s'agir d'un décès accidentel, un défaut de soin, un phénomène météorologique ou sanitaire mais surtout des actes de maltraitance. Le directeur de la structure est tenu d'en informer le plus rapidement possible l'autorité compétente. Il s'agira selon les cas, du directeur général de l'agence régionale de santé ou bien du président du Conseil départemental. De plus, le conseil de vie sociale, organe représentatif du personnel et des familles, doit être informé de la nature du problème et des mesures prises pour y remédier.

De cette manière, l'obligation de signalement s'impose à toute personne, et notamment aux professionnels de santé, qui ont connaissance d'acte de maltraitance à l'égard d'une personne en situation de handicap. Cependant, les silences des victimes et des professionnels du secteur médical sont des obstacles à la bonne application de la législation. La vitrine médiatique où ont été exposés des comportements maltraitants a permis de libérer la parole et de rendre les actes de déclaration plus systématique.

Outre l'obligation de signalement posée par l'article L.331-8-1 du CASF, le code pénal enjoint toute personne qui a connaissance d'un fait pénalement répressif d'en tenir informer l'autorité judiciaire. Ainsi, l'article 434-1 du Code pénal impose le signalement « d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets » aux autorités judiciaires et

⁸² Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, *J.O.* n°0298 du 23 décembre 2016, texte n°27.

⁸³ SEVESTRE (Aurélia), Maltraitance : l'obligation de signalement s'impose à tous les établissements, faire face mieux vivre le handicap, 26/01/2017, article consulté en ligne le 04/08/2021

administratives. Le non-respect de ce devoir « est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».

L'article 434-3 du CP désigne plus spécifiquement les actes de maltraitances que peuvent subir les personnes vulnérables et donc par définition, les personnes souffrant d'un handicap. Par conséquent, « le fait, pour quiconque ayant connaissance de privation, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».

Néanmoins, la portée du signalement est aménagée par le troisième alinéa qui exonère de toute responsabilité pénale pour non-dénonciation des faits de maltraitances les personnes soumises au secret professionnel. La position du professionnel de santé est délicate, prise entre deux infractions pénales : celle de la violation du secret professionnel décrite à l'article 226-13 du Code pénal (CP) et l'infraction de non-assistance à personne en danger punie par l'article 223-6 du même code.

Ainsi, l'article 223-6 du CP dispose que « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. ». L'emploi du terme « quiconque » dans cet article renvoi à un champ d'application plus large et ainsi, fait de celui-ci un outil efficace de lutte contre les actes de maltraitances car n'importe qui peut ou même doit dénoncer ces agissements⁸⁴.

L'article continu avec son alinéa 2 : « Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

En application de l'article 40 du Code de procédure pénale (CPP), le procureur de la République, ainsi informé, doit les apprécier et donner une suite à ces signalements. Par ailleurs,

⁸⁴ ASTRUC (Laurent), Maltraitance des personnes vulnérables – dénonciation par les professionnels : briser la loi du silence, *Juris associations*, 2014, n°498, p.40.

l'article dispose que tout agent, dans l'exercice de ses fonctions, doit s'assurer que le procureur de la République acquiert la connaissance des faits de maltraitance.

La volonté du législateur de mettre en place une procédure de signalement des faits de maltraitance n'a pas pour réelle vocation de trouver un responsable afin d'appliquer une sanction. L'objectif poursuivi correspond plus à accorder une protection pour la personne en situation de handicap victime de comportement maltraitant. Ainsi, il faut considérer que toute abstention de signalement en la matière équivaut à une non-assistance à personne en danger.

Comme évoqué précédemment, l'obligation légale de signalement des événements maltraitants doit être aménagée avec l'obligation du secret professionnel qui incombe à tout professionnel du secteur médico-social ou social. C'est un devoir déontologique exprimé à l'article 4 du Code de déontologie médicale et l'article R.4127-4 du Code de la santé publique. Il dispose que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». Il continue en précisant que « le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Les informations confidentielles que transmettent les usagers aux professionnels de santé sont également protégées par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique. Celui-ci accorde à toute personne prise en charge le respect de sa vie privée et le secret des informations la concernant.

Par conséquent, le code pénal condamne la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire par son état ou par sa profession (article 226-13 CP). Cependant, dans certains cas précis, la loi accorde la levée du secret professionnel. Ces situations sont énumérées à l'article 226-14 du Code pénal. La lettre de son deuxième alinéa fait état de la transmission de renseignements préoccupants par un médecin ou un autre professionnel de santé qui peuvent présumer de maltraitance physique, sexuelle ou psychique.

Il est ajouté que ce signalement peut être réalisé sans l'accord de la victime si celle-ci est un mineur ou bien une personne vulnérable en raison de son âge ou de son état de santé (incapacité physique ou psychique). Nonobstant cet article, il est compréhensible que le secret professionnel qui incombe au médecin ou bien à un professionnel du secteur médical est difficilement conjugable avec son devoir de porter secours en dénonçant les agissants malveillants.

De plus, malgré l'autorisation donnée par la loi, le personnel des établissements n'a pas toujours conscience de l'importance des signalements des événements maltraitants. Le personnel non médical qui a connaissance d'acte malveillant se contente parfois d'en informer un membre de l'équipe médical référent en recherchant simplement à déléguer le problème⁸⁵. Par ailleurs, l'absence de preuve concrète sur la véracité des actes de maltraitance ne dispense pas le signalement auprès des autorités compétentes⁸⁶.

Le juge répressif est d'ailleurs exigeant lorsqu'il s'agit de retranscrire les faits de maltraitance à la connaissance des autorités compétentes⁸⁷. Ainsi, un directeur, même simplement informé des faits, doit en faire une déclaration. C'est la décision de la chambre criminelle de la Cour de cassation⁸⁸. De plus, c'est le cas également pour les simples soupçons⁸⁹ ou encore les rumeurs⁹⁰. Par conséquent, dès lors qu'une personne à connaissance d'actes de maltraitance, il a le devoir de transmettre l'information jusqu'aux autorités compétentes pour la recevoir. Le signalement doit intervenir sans aucun délai.

A l'intérieur même des institutions, il existe des organes de représentation comme les conseils de vie sociale qui permettent aux représentants des familles et du personnel de faire remonter et d'interpeller sur des comportements maltraitants.

Les dispositions législatives établissent certes une obligation de signalement des actes de maltraitance, il n'empêche que les structures peuvent rencontrer des difficultés pour établir un protocole efficace sur la conduite à tenir en cas comportement malveillant. D'une certaine manière, il peut être fait usage du dispositif de signalement des événements indésirables graves. Mais établir un protocole spécifique reste nécessaire puisque certains établissements sous-estiment le risque de maltraitance en raison de la lutte pour promouvoir la bientraitance⁹¹.

Comme évoqué précédemment, le silence des victimes est un fléau à l'égard de la lutte contre la maltraitance. La raison est psychologique : les personnes maltraitées se considèrent légitime à recevoir cette violence. Lorsqu'il s'agit plus spécifiquement des personnes en situation de handicap, l'incapacité et la déficience dont ils sont atteints leur rappellent chaque jour

⁸⁵ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

⁸⁶ Chambre criminelle de la Cour de cassation le 13 mai 2009, n°08-86820.

⁸⁷ POINSOT (Olivier), « La maltraitance et ses sanctions », RDS, n° 70, 2016, p. 172-190.

⁸⁸ Chambre criminelle de la Cour de cassation le 6 septembre 2006, n°05-87274.

⁸⁹ Chambre criminelle de la Cour de cassation le 12 janvier 2000, n°99-80534.

⁹⁰ Chambre criminelle de la Cour de cassation le 5 septembre 2001, n°01-81397.

⁹¹ Bilan des inspections réalisées en 2011 – 2012 : maison d'accueil spécialisées (MAS) et foyer d'accueil médicalisées (FAM), Programme national de prévention de la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux, p.7.

leur dépendance vis-à-vis de leur proche ou des soignants et provoquent ainsi des sentiments de honte et de culpabilité.

De plus, parmi les personnes maltraitées, celles qui cherchent à camoufler leur handicap vont par la même occasion taire les actes de maltraitance. Dans une autre mesure, les victimes peuvent craindre de ne pas être suffisamment entendues ou de ne pas être crues.

Par ailleurs, les psychiatres ont reconnu chez les victimes handicapées ce qu'ils appellent le « syndrome de Stockholm »⁹². Celui-ci désigne l'attachement que peuvent éprouver les victimes à l'égard de leur agresseur lorsque ceux-ci ont longtemps vécu ensemble. En effet, le phénomène de maltraitance peut être à l'origine d'un aidant dont la personne en situation de handicap dépend. Ainsi, la victime ne cherchera pas à se plaindre de son agresseur de peur de compliquer encore d'avantage sa situation. Les risques sont alors les représailles ou l'abandon.

Pour finir, le signalement par la victime peut être compromis en raison de ses difficultés pour communiquer. C'est le cas pour de nombreux handicap tel que l'autisme ou les personnes déficientes intellectuellement. Mais même lorsque la personne dispose de la place pour s'exprimer, sa parole est parfois remise en question.

B- Le régime juridique applicable aux professionnels de santé dénonçant des actes de maltraitance

Le code pénal prévoit donc des sanctions à l'encontre de « quiconque » manquerait à l'obligation de signaler aux autorités compétentes des faits de violence, de mauvais traitement ou de maltraitance.

Néanmoins, la peur de représailles, et notamment celles disciplinaires, peut bloquer l'acte de signalement de la part du personnel soignant lorsqu'il est témoin de maltraitance à l'occasion de son activité professionnelle⁹³. C'est pour cela que l'article L.313-24 du Code de l'action sociale et des familles met en place une protection des agents employés par des établissements et services sociaux et médico-sociaux lorsqu'ils dénoncent des phénomènes de maltraitance commis sur les personnes accueillies dans les structures. Premièrement, l'article dispose qu'un membre du personnel ne peut faire l'objet de mesures défavorables le concernant parce qu'il a témoigné de mauvais traitements ou de privations infligés à une personne accueillie.

⁹² JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

⁹³ ASTRUC (Laurent), *art. cit.*

De plus, l'article énumère le champ d'application de cette protection. Elle peut concerner l'embauche, la rémunération, la formation, l'affectation, la qualification, la classification, la promotion professionnelle, la mutation, le renouvellement du contrat de travail, la résiliation du contrat de travail ou encore la sanction disciplinaire.

Deuxièmement, l'article L.313-24 prévoit également une protection contre les licenciements. Ainsi, il dispose qu'« en cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande ». Par conséquent, le professionnel ayant dénoncé des faits de maltraitance ne peut être licencié par la structure qui l'emploie.

Cependant, une nuance reste à apporter quant à la portée de cette réintégration lorsque le salarié la demande. Le professeur BOULMIER s'interroge ainsi sur le caractère impératif de cette demande⁹⁴. La Cour de cassation, par son arrêt de principe rendu le 26 septembre 2007⁹⁵, tranche pour la nullité du licenciement ordonné en méconnaissance des dispositions de l'article L.313-24 du CASF. Confirmé un mois plus tard par un arrêt du 30 octobre⁹⁶, la Haute juridiction rappelle que la protection du salarié revêt un caractère absolu.

La garantie d'être protégé à la suite d'un signalement de mauvais traitement institué par l'article L.313-24 du CASF implique une limite qui vient contrebalancer son efficacité. En effet, les dispositions légales n'ont pas vocation à offrir une protection aux professionnels de mauvaise foi. Ainsi, lorsque ce dernier cherche à nuire à l'établissement ou à un collègue en proliférant par exemple des faux témoignages de maltraitance, l'immunité accordée par les textes législatifs ne sauraient s'appliquer. Cette adaptation est confirmée par la Cour de cassation dans un arrêt datant du 9 décembre 2009⁹⁷. En l'espèce, une salariée avait relaté des faits de maltraitance inexistantes. Dès lors, les signalements mal intentionnés exposent leurs auteurs à un licenciement⁹⁸.

De plus, la jurisprudence⁹⁹ a également admis au visa de l'article L.313-24 du CASF que la prise de photographies par le personnel soignant afin de prouver la réalité du phénomène

⁹⁴ BOULMIER (Daniel), « Le leurre de la protection des travailleurs sociaux en cas de dénonciation d'actes de maltraitance », *Revue de droit sanitaire et social*, N° 6, 2006, p. 992-999.

⁹⁵ Chambre sociale de la Cour de cassation le 26 septembre 2007, n°06-40039.

⁹⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation le 30 octobre 2007, n°06-44757.

⁹⁷ Chambre sociale de la Cour de cassation le 9 décembre 2009, n°08-42666.

⁹⁸ Cour administrative d'appel de Lyon le 1^{er} mars 2012, M. Ahmed A, n°11LY00084.

⁹⁹ Cour administrative d'appel de Bordeaux le 29 mars 2011, Mlle Caroline X, n°10BX01351.

de maltraitance n'est pas une cause de sanction à partir du moment où ces clichés ont pour seul objectif la déclaration des faits aux autorités compétentes¹⁰⁰.

Malgré cela, qu'en est-il des professionnels dénonçant des actes, qui pour eux semblent être des actes de violence ou de mauvais traitements, mais qui dans les faits ne répondent pas aux caractéristiques de la maltraitance. En effet, cette notion est difficile à appréhender et notamment pour le personnel soignant lorsque celui-ci n'est pas bien formé pour réagir efficacement à de telles situations. Afin de déterminer si le régime protecteur de l'article L.313-24 du CASF s'applique, il convient alors de s'attacher à démontrer si le signalement de fait maltraitant de la part d'un professionnel est réalisé de bonne ou de mauvaise foi. Il est certain que le salarié voulant dénoncer des actes de maltraitance en toute bonne foi et par erreur ne saurait se voir sanctionné. Donc, la sanction envers le professionnel et notamment le licenciement doit être murement réfléchi par le directeur de l'établissement. Il est même recommandé d'instruire une enquête interne pour vérifier la véracité des propos allégués.

Par ailleurs, en plus des sanctions pénales que peuvent encourir les personnes qui ne respectent pas l'obligation de signalement, il est permis au directeur d'un établissement d'émettre une sanction disciplinaire envers les personnes qu'il emploie pour défaut d'information¹⁰¹. Il convient de rappeler que les professionnels de santé sont tenus de la bonne prise en charge des personnes accueillies au sein de l'établissement et de leur fournir les soins les plus adaptés à leurs besoins.

Ainsi, aucune entorse à ce devoir n'est permise. Ce qui signifie qu'ils ne doivent pas masquer les actes de maltraitance dont ils ont connaissance. Cette omission peut être considéré comme un manquement à une obligation professionnelle. La convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 rappelle expressément à son article 6 du Titre IV que tout salarié doit porter à la connaissance de sa hiérarchie ou des autorités compétentes les situations de maltraitance. La jurisprudence admet ainsi que le défaut de signalement justifie le licenciement.¹⁰²

Néanmoins, il convient de préciser qu'il est lésé pour un établissement d'apporter la certitude qu'un membre du personnel a volontairement retenu une information de cet ordre. A

¹⁰⁰ POINSOT (Olivier), « La maltraitance et ses sanctions », *art. cit.*

¹⁰¹ ASTRUC (Laurent), *art. cit.*

¹⁰² Cour administrative d'appel de Douai le 1^{er} décembre 2011, Mme Edwige A, n°10DA01154.

la différence des actes de maltraitance matériellement établis, la non-dénonciation est difficilement constatable.

La Cour de cassation depuis un arrêt de 1993¹⁰³ satisfait les demandes d'indemnité que requiert les victimes du défaut de signalement à l'encontre d'un professionnel de santé ayant gardé le silence face à des actes de maltraitance. De surcroît, la Haute juridiction admet l'engagement de la responsabilité contractuelle de l'établissement en réparation des conséquences dommageables de l'infraction commise sur le résident¹⁰⁴. Elle vise expressément la violation de l'obligation de sécurité née du contrat de séjour.

En plus des sanctions pénales pour manquement à l'obligation de signalement, l'auteur des faits de maltraitance est également pénalement répréhensible. L'interdiction de menacer l'intégrité des personnes accueillies revêt un caractère absolu. En effet, le droit des usagers intègre également l'absence de toute tolérance à la violence ou à la maltraitance commise par un professionnel de santé. Pour autant, les membres de l'équipe médical ainsi que tout professionnel de santé peuvent aussi avoir leur moment de faiblesse et se laisser aller à des actes de maltraitance. Ainsi, lorsque le juge doit statuer sur des faits de maltraitance, il s'adapte aux circonstances de la situation¹⁰⁵.

Par un arrêt en date du 19 décembre 2014¹⁰⁶, la Cour administrative d'appel de Marseille est venue apporter une précision au sujet de la proportionnalité de la sanction disciplinaire que peut prendre le directeur d'un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendantes (EHPAD) envers un salarié accusé de fait de maltraitance¹⁰⁷. Certes, l'espèce concerne une structure pour personne vieillissante mais l'on peut imaginer qu'une même décision serait prise pour les structures accueillant des personnes en situation de handicap. Ainsi, les juges du fond pour apprécier la proportionnalité de la sanction disciplinaire se fondent sur deux critères : premièrement, la gravité des faits de maltraitance avérés et, deuxièmement, le manquement aux obligations professionnelles imputables au professionnel concerné.

D'autre part, avec deux arrêts en date du 18 mars 2009¹⁰⁸, le juge judiciaire s'est positionné au sujet des sanctions disciplinaires que peuvent encourir les travailleurs sociaux

¹⁰³ Chambre criminelle de la Cour de cassation le 17 novembre 1993, n°93-80466.

¹⁰⁴ Deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 12 mai 2005, n°03-17994

¹⁰⁵ POINSOT (Olivier), « La maltraitance et ses sanctions », *art. cit.*

¹⁰⁶ Cour administrative d'appel de Marseille le 19 décembre 2014, n°13MA04688.

¹⁰⁷ POINSOT (Olivier), EPSMS : proportionnalité de la sanction disciplinaire d'un agent auteur des faits de maltraitance, blog de Me POINSOT, 12/03/2015, consulté en ligne le 13/08/2021.

¹⁰⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation le 18 mars 2009, n°07-44691 et n°08-40384.

dont il est peut-être avéré qu'ils ont commis des actes de maltraitance à l'égard de personnes en situation de handicap accueillies en établissement. La Haute juridiction estime que l'atteinte, causée à une personne en situation de handicap hébergée en établissement par un acte de maltraitance imputable à un membre de l'équipe professionnelle, constitue une faute disciplinaire dont la sanction peut aller jusqu'au licenciement pour faute grave.

Ainsi, la Cour de cassation a exercé un contrôle maximal afin d'établir une ligne directrice pour apprécier la gravité de l'acte de maltraitance selon certains critères comme le niveau de qualification du professionnel, l'exercice d'une mission d'encadrement des personnes hébergées, le caractère fondé de l'acte au regard d'élément matériel, le caractère discriminatoire de l'acte, le fait que l'acte résulte de la volonté propre de son auteur ou d'une réaction à un comportement agressif de la personne en situation de handicap ou encore le fait que l'acte constitue une atteinte à la dignité de la personne souffrant d'un handicap en raison de son aspect humiliant et dégradant¹⁰⁹.

Cela signifie que les juges du fond devront adopter une approche circonstanciée des faits en tenant compte du contexte de la situation. Par exemple, la Cour d'appel d'Angers confirme le licenciement pour faute grave d'un agent pour avoir commis un acte de maltraitance sans aucune raison particulière pouvant atténuer ou expliquer son geste¹¹⁰. Doit aussi être pris en compte lorsque l'agent a déjà fait l'objet d'une sanction disciplinaire pour des faits similaires.

En outre, le juge administratif procède de la même manière en examinant le caractère établi des faits fautifs mais également la proportionnalité de la sanction disciplinaire par rapport à la faute en prenant en compte la gravité des faits reprochés et les potentiels manquements aux obligations professionnelles.

Par ailleurs, des mesures conservatoires peuvent être prises avant le prononcé de mesures disciplinaires. Il peut s'agir de la suspension de l'agent concerné afin de l'éloigner temporairement de la personne en situation de handicap agressée et permettant de ne pas troubler le fonctionnement du service. L'intérêt est d'éviter que de nouveaux troubles ne se produisent. *A contrario*, le juge peut exempter le professionnel dont le comportement maltraitant s'explique par de la légitime défense¹¹¹.

¹⁰⁹ POINSOT (Olivier), « La maltraitance et ses sanctions », *art. cit.*

¹¹⁰ Cour d'appel d'Angers le 7 janvier 2014, n°12/00409.

¹¹¹ Cour administrative d'appel de Versailles le 6 juin 2010, *Hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir-Grignon*, n°09VE00510.

Enfin, bien que le système juridique condamne sévèrement toutes atteintes à la dignité et à l'intégrité des personnes en situation de handicap, les établissements sociaux et médico-sociaux ne doivent pas relâcher les efforts pour promouvoir la bientraitance. Les actions de prévention doivent se multiplier afin que les équipes soignantes soient totalement formées à reconnaître une situation de maltraitance et à pratiquer des gestes bienveillants.

Titre 2 : La promotion de la bientraitance comme moyen de lutter contre la maltraitance

Section 1 : Les mesures pour garantir une prise en charge adaptée

Promouvoir la bientraitance au sein de notre système de santé dépend en grande partie de la prise en charge proposée afin d'accompagner et de satisfaire les besoins des personnes en situation de handicap. De plus, il s'agit également de redonner à ces personnes le premier rôle dans leur parcours de santé par la mise en lumière de ce que l'on nomme la démocratie sanitaire.

A- L'amélioration de l'accessibilité à une prise en charge adaptée

A l'intérieur même de notre système de santé, la bientraitance doit servir à améliorer l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap afin de leur garantir une prise en charge adaptée et un accompagnement en cohérence avec leurs besoins.

A l'échelle des pouvoirs publics, les sommes allouées permettent notamment d'assurer un égal accès aux structures médicales tout en garantissant le respect de la dignité et des droits de la personne souffrant d'un handicap. Ainsi, cet accès doit se faire sans discrimination comme en dispose le Code de la santé publique à l'article L.1110-3. Cependant, lorsque l'on observe la réalité, de nombreuses personnes ne dispose pas d'un accès suffisant aux soins.

Dans son avis rendu en 2018¹¹², la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDDH) suggère, pour garantir ce droit fondamental, de modifier l'approche budgétaire afin d'adopter une approche plus recentrée sur les droits des usagers. Par conséquent, il est recommandé au gouvernement préposé au financement du système de santé, d'identifier les réels besoins de la population à défaut d'estimer les dépenses en santé par rapport à des prévisions. Il ne s'agit pas là d'abandonner toute maîtrise de dépenses et d'occulter toute gestion des finances publiques en matière de santé mais bien de proposer un accompagnement adapté à chacun pouvant ainsi garantir la bientraitance et l'épanouissement dans la dignité. La commission rappelle que ce projet ne peut se faire sans l'aide des pouvoirs publics.

Comme évoqué en introduction, une personne en situation de handicap est une personne vulnérable, qui peut rencontrer des difficultés financières ou encore être socialement isolée. La situation dans laquelle elle se trouve peut constituer une barrière limitant son accès aux soins. C'est pourquoi la Commission fait état de l'absence d'application des dispositions de l'article

¹¹² Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.43.

L.861-5 du Code de la sécurité sociale bien qu'il permette l'attribution d'une protection supplémentaire en matière de santé lorsque la situation du demandeur l'exige et ce, « au premier jour du mois de dépôt de la demande »¹¹³. La CNCDH relate que ce droit ne s'acquiert qu'à la suite d'un délai de plusieurs mois ayant ainsi comme conséquence d'enclaver des prises charges médicales d'urgence.

Déjà dans les années 2000¹¹⁴, le Sénat communiquait à propos d'une situation qui ne prenait pas assez en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. Leur occultant ainsi une prise en charge adaptée. Par exemple, il est question ici du nombre de place limité dans les structures d'accueil. Toute personne souffrant d'un handicap ne peut donc pas recevoir un suivi médical. Leur accès au soin est borné aux places disponibles dans les établissements. On observe alors une maltraitance par omission car l'absence de structures spécialisées ou bien le défaut d'une prise en charge adéquate ne permet pas un accès à la santé.

A contrario, une autre forme de maltraitance réside dans le maintien d'une personne en situation de handicap à l'intérieur d'un établissement d'accueil alors que sa situation médicale permettrait sa prise charge au sein d'un foyer en milieu ordinaire. Ce phénomène s'explique par la peur des familles d'être incompetentes pour s'occuper de leur parent ou enfant en situation de handicap. Pour permettre un accès approprié aux soins, il est essentiel de faire participer les aidants familiaux à la vie médicale de leur proche en les intégrant pleinement à la prise de décision lorsque la personne en situation de handicap est hébergée en institution ou bien, en proposant des formations pour qu'ils puissent soutenir efficacement leur proche.

Il est important également de préciser que le taux d'occupation des établissements risque t'augmenter au fil des années pour les raisons tenant aux progrès de la médecine moderne. En effet, ils ont permis de réduire les décès néonataux mais ils ont également amélioré la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Il est maintenant possible pour les personnes atteintes d'un handicap de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions. Ainsi, leur longévité peut poser des difficultés. Il faut donc prévoir une prise en charge adaptée aux personnes en situation de handicap vieillissantes.

A l'échelle départementale, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil permettant d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de soins destinée

¹¹³ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.46.

¹¹⁴ JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), *prec.*

aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants¹¹⁵. Il doit être en résonance avec le schéma régional de santé. Il détermine donc la stratégie départementale pour garantir la continuité et la qualité des soins opérée sur les personnes en situation de handicap. Il peut, par exemple, prévoir comme objectif la réorganisation territoriale de l'aide à domicile en adaptant les offres d'hébergement en fonction de l'évolution des besoins des personnes souffrant d'un handicap par la diversification des types d'accueil et des structures¹¹⁶.

Par ailleurs, l'accompagnement à l'autonomie de la personne en situation de handicap contribue également à améliorer l'accessibilité aux soins. Pour ce faire, la personne concernée ainsi que sa famille doit obtenir toutes les informations relatives à ses droits et ses possibilités afin notamment de pouvoir les faire respecter. Le rôle du professionnel de santé est d'apporter cette connaissance en adaptant son langage à la personne à qui il s'adresse notamment lorsque la personne est atteinte d'une déficience mentale. Il doit également s'assurer que l'information a été comprise par l'usager et ses proches. Pour parvenir à ce résultat, il dispose d'outils de communication pertinents comme le livret d'accueil des usagers ou encore le contrat de séjour.

Afin de garantir la continuité des soins, et préalablement à l'accueil du résident, il convient d'établir les besoins spécifiques du patient au sein d'une fiche personnalisée qui décrit le projet de soin de la personne en situation de handicap. Cette étape est primordiale pour lutter contre la maltraitance institutionnelle et notamment les violences dans les soins car les traits spécifiques de la personne en situation de handicap auront été identifiés en amont. Ce dispositif favorise la bientraitance car il détermine le meilleur parcours de santé au sein duquel le personnel médical connaît l'attitude et les soins à apporter à la personne.

Pour une meilleure prise en charge, la coordination entre les équipes médicales hospitalières, médico-sociales et les professionnels libéraux est importante et elle se matérialise par l'utilisation de documents de liaison, carnet de santé du patient ou encore le dossier médical partagé. Ces outils partagent les indications et contraindications relatives à la situation médicale de la personne en situation de handicap mais également son rythme de vie. En consultant ces documents, les professionnels soignants peuvent déterminer des protocoles de soins en adéquation avec la situation de handicap dont souffre la personne. Il peut s'agir de procédures relatives à la prise en charge de la douleur, des modes d'alimentation ou encore des précautions

¹¹⁵ Article L.312-5 4° alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁶ Communiqué du département des Bouches-Du-Rhône, Schéma départemental en faveur des personnes handicapées, 2017 – 2022, p. 11.

concernant la prise en charge médicamenteuse. Ce dispositif permet aussi de préparer au mieux les transferts d'un établissement à un autre du résident. Ainsi, les informations médicales suivent son propriétaire afin de toujours garantir une continuité des soins.

Finalement, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 oblige les établissements de santé, publics comme privés, de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder aux parties ouvertes au public et de pouvoir y circuler librement grâce aux rampes d'accès notamment. L'objectif est d'assurer une accessibilité effective des équipements et des services de l'établissements comme les chambres équipées ou encore du matériel spécialisé. Cette accessibilité concerne également la signalisation et les informations disponibles dans l'établissement.

Ainsi toutes ces mesures permettent le maintien de l'autonomie de la personne en situation de handicap lui accordant par la même occasion la faculté d'intervenir dans les décisions médicales le concernant.

B- Démocratie sanitaire : remettre la personne en situation de handicap au centre de sa prise en charge

Avec la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, les pouvoirs publics ont pour objectif de rénover le système de santé en y implantant une conception plus humaniste des droits de l'utilisateur. Les dispositions législatives ancrent solidement l'autonomie du malade et enracinent profondément le principe de solidarité en matière de santé. Mais cette loi a surtout posé les bases de la démocratie sanitaire. Elle reconnaît ainsi le rôle croissant des usagers du système de santé pour les intégrer pleinement dans les choix médicaux les concernant. Pour exemple, elle consacre et protège le droit pour toute personne d'accéder à son dossier médical.

La Haute Autorité de santé (HAS) donne une définition de la « décision médicale partagée » dans son « état des lieux » d'octobre 2013¹¹⁷. Pour inscrire pleinement le patient dans son parcours de soin, la codécision est définie comme un échange d'information puis d'une délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord. La HAS dénombre plusieurs étapes au processus de codécision. Tout d'abord, le professionnel de santé et le patient partagent une information d'ordre médical. Le patient reçoit ensuite les différentes options qui

¹¹⁷ Haute Autorité de santé, « Patient et professionnels de santé : décider ensemble », état des lieux, 10/2013, p.4, consulté en ligne le 23/08/2021.

s'offrent à lui. Il peut s'agir de la prévention, du diagnostic, du traitement ou encore l'option de ne pas agir. Enfin, le choix éclairé est retenu et accepté mutuellement par le patient et le professionnel de santé.

Malgré l'intervention de la loi Kouchner, les usagers du système de santé peinent à connaître leurs droits. Le point de vigilance s'effectue notamment dans la recherche du consentement libre et éclairé. Ce consentement n'est pas toujours demandé lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable. Il s'accompagne en règle générale d'une information claire et précise. Le professionnel de santé doit s'assurer de sa bonne compréhension par l'utilisateur. Ces éléments sont autant plus importants qu'ils permettent à la personne en situation de handicap de disposer des renseignements nécessaires pour participer activement à la prise de décision médicale qui le concerne. Ainsi, le lieu doit être approprié à la transmission des informations personnalisées pour celui qui doit les recevoir. Il faut employer des moyens adaptés comme par exemple des pictogrammes.

Le projet de vie de la personne en situation de handicap est un dispositif primordial pour l'aider à reprendre en main son parcours de santé. L'objectif est de renforcer les liens entre le personnel soignant et la personne en situation de handicap et leur coordination dans la détermination d'une prise en charge médicale adaptée. Lorsque la personne en situation de handicap est atteinte d'un handicap intellectuel, la prise de décision seule peut parfois être compliquée. Il convient alors de renseigner ces personnes sur les fonctions de la personne de confiance qui peut l'accompagner sur une prise de décision médicale.

Pour que la personne en situation de handicap exerce intégralement ses droits, elle doit en avoir connaissance. Au sein des établissements de santé, des affiches décrivant ses droits devraient être mises en évidence. Selon la Commission, cet effort de renseignement se réalise grâce aux campagnes de sensibilisation qui disposent les personnes en situation de handicap comme des citoyens acteurs de leur santé.

Au sein des structures d'hébergement pour personne en situation de handicap, la phase préliminaire de l'accueil est une étape importante car elle permet dès le départ d'établir une coopération entre les résidents et les professionnels de santé¹¹⁸. L'accueil de la personne en situation de handicap doit être un moment de partage et d'écoute afin de concevoir le meilleur accompagnement possible jusqu'à son intégration effective. De plus, cette étape ne doit pas non

¹¹⁸ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2018, p.18.

plus être négligée par les aides à domicile. Les professionnels de santé qui interviennent chez la personne en situation de handicap doivent coopérer avec elle pour faciliter la prise en charge médicale ainsi qu'avec ses proches. Ils doivent également rester vigilants sur le respect du mode de vie de l'aidé pour ainsi garantir ses choix et ses envies.

Afin de faire participer activement les personnes en situation de handicap à la prise de décision, il convient de mettre en place des lieux d'expression et d'échange avec les professionnels de santé. En effet, accorder la possibilité aux résidents et à leur famille de s'exprimer est un moyen de lutter contre la maltraitance et d'affirmer le rôle des personnes en situation de handicap dans leur parcours de santé. Au sein d'un établissement médico-social, il peut s'agir du Conseil de vie sociale ou des représentants des usagers à l'intérieur des instances de décisions.

Une importance particulière doit être apportée à la diversité des handicaps représentés¹¹⁹. Ainsi toutes les pathologies doivent être mises en scène sans avantager ou désavantager certaines. Lorsqu'il s'agit de recueillir des témoignages ou des avis, c'est rarement la personne concernée qui s'exprime mais un membre de sa famille ou un proche. Des mesures d'accompagnement sont nécessaires pour donner la capacité aux personnes en situation de handicap de s'exprimer sur le ressenti et leur expérience. Des espaces peuvent être aménagés pour faire émerger une parole collective. De plus, les associations représentatives de malades sont des acteurs importants pouvant apporter des approches bénéfiques des handicaps notamment concernant les maladies les moins fréquentes. Aller directement à la rencontre des patients est d'autant plus important qu'il n'existe pas ou très peu de dispositif d'écoute. On peut citer les questionnaires de satisfactions mais ces derniers ne sont que très peu utilisés ou suivis.

En plus de la diversité des handicaps représentés, le personnel des établissements doit également être suffisamment représenté en nombre égal. De ce fait, le personnel administratif, technique et paramédical doivent bénéficier de la même considération que celle des médecins. Il s'agit là de détailler les discours et les opinions afin d'émettre des recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des professionnels de santé. Certaines professions peuvent apporter un nouvel angle de vue pour aborder convenablement un handicap.

Ainsi, pour respecter l'autonomie de la personne vulnérable, le professionnel de santé doit rester à l'écoute de ses besoins et de ses demandes. N'importe quel soignant doit mettre en

¹¹⁹ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.51-52.

place des dispositifs permettant à la personne de s'exprimer librement et avec légitimité. La parole de l'utilisateur ne doit pas être mise en doute. Et elle doit faire l'objet d'une mesure adaptée pour le cas des mineurs en situation de handicap ou les handicaps intellectuels¹²⁰.

Néanmoins, il se peut que la personne en situation de handicap ait une perception de son état de santé altérée en raison de son handicap. Dans ce cas de figure, les professionnels de santé sont mieux à même de savoir ce qui est plus avantageux pour lui. Ils doivent alors rechercher une solution qui trouble le moins possible la personne en question. Dans ces conditions et afin de garantir une pleine participation à sa santé, il est intéressant de travailler avec la personne en situation de handicap sur le regard qu'elle porte sur elle-même, sur sa compréhension de sa situation dans le but d'accroître son pouvoir d'action. Ce travail peut s'effectuer sur la prise de confiance en soi mais aussi conduire les personnes en situation de handicap à avoir une meilleure estime de soi ainsi que valoriser leur image. Grâce à cette nouvelle assurance, les personnes en situation de handicap seront plus autonomes.

¹²⁰ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, *prec.*, p.19.

Section 2 : La prise en considération de la situation des professionnels de santé

Afin de lutter contre la maltraitance envers les personnes en situation de handicap, l'une des priorités est d'agir sur le quotidien des professionnels de santé. Ce sont des acteurs indispensables de notre système de santé. Ainsi, il est d'avantage d'améliorer leurs conditions de travail mais il convient également de façonner un paysage de bienveillance grâce au développement de formation.

A- Vers une amélioration progressive du quotidien des soignants

Depuis de nombreuses années, le secteur social et médico-social rencontre des difficultés de recrutement. Les professionnels de santé représentent un nombre insuffisant pour garantir une prise en charge optimale des personnes en situation de handicap. Cette pénurie de personnel soignant s'explique en grande partie par le manque d'attractivité de la profession. De nombreuses raisons sont à l'origine de cette absence d'intérêt pour le métier. Premièrement, la profession souffre d'une faible valorisation ayant pour conséquence une rémunération minimale face à la complexité des tâches à accomplir. Deuxièmement, le secteur social et médico-social ne dispose pas suffisamment de moyen qu'il soit matériel, financier ou humain pour garantir de bonnes conditions de vie au travail. La troisième raison, découlant de la deuxième, est l'épuisement tant moral que physique que peuvent subir le personnel soignant à cause de leur trop grande sollicitation. Toutes ces causes réduisent drastiquement les candidats au poste.

Alors que ces professions sont sous-payées et sous-estimées, elles ont une place très importante dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Elles sont un chaînon déterminant dans notre système de santé. Les infirmiers comme les aides-soignants et les aides à domicile sont les premiers professionnels de santé que la population atteinte d'un handicap rencontre. Pour garantir le suivi médical de ces personnes, il est donc primordial de disposer de suffisamment de personnel soignant et formé à cet effet.

De plus, la crise sanitaire de Covid 19 n'a pas arrangé les choses. Bien au contraire, elle les a empirés. Cependant, elle a permis de mettre en lumière toutes les difficultés dont peut souffrir le milieu social et médico-social. Par conséquent, la pandémie a accentué l'état de détresse des professionnels de santé notamment par le stress et le surmenage. Cette situation contribue à l'émergence de phénomène de maltraitance.

Ainsi, il paraît important d'investir dans l'amélioration des conditions de vie au travail des professionnels de santé et de rendre le métier plus attractif afin de favoriser la sécurité sanitaire et la bienveillance.

L'une des premières mesures à prendre est la diminution du rythme de travail. Pour ce faire, il est impératif d'augmenter les effectifs du personnel soignant afin de remédier à l'épuisement et à la fatigue des professionnels de santé. Cette mesure garantira le respect de la législation sur le temps de travail et de repos. Il est nécessaire de revoir les plannings en diminuant les horaires de travail et les astreintes pendant les nuits et les week-ends.

De plus, si l'établissement dispose suffisamment de personnel soignants, ces derniers auront beaucoup plus de temps à accorder à chaque personne en situation de handicap. Ainsi, ce temps redonné pour les soins peut permettre d'éviter des erreurs de prise en charge ou de la maltraitance involontaire en raison de l'épuisement physique et moral. Il est évident qu'une prise en charge médicale adaptée et complète est gage de la bienveillance des personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, le professionnel de santé qui dispose du temps nécessaire pour traiter convenablement la personne en situation de handicap a beaucoup moins de frustrations dans l'exercice de ses missions. Parmi les tâches chronophages qui empêchent les équipes médicales de consacrer plus de temps aux patients il y a les tâches administratives qui pourraient être assurées par un personnel administratif. Donc, une équipe médicale suffisamment constituée et orientée vers leur mission principale, c'est-à-dire le soin, sont des garanties de conditions de travail dignes pour le personnel soignant.

La Commission nationale consultative des droits de l'Homme, dans son avis du 22 mai 2018¹²¹, préconise une coordination accrue des professionnels de santé afin de déterminer une pratique professionnelle bienveillante et tournée vers l'épanouissement professionnel des soignants pour éviter le développement de maladies professionnelles et l'épuisement.

Lorsqu'il s'agit d'améliorer les conditions d'exercice de la profession de soignant, il est question également de revaloriser le métier et notamment les salaires. Pour illustrer ces propos, il est intéressant d'examiner la profession d'infirmier. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dans son Panorama de la santé de 2017¹²², estime que le niveau de rémunération est un facteur qui influe sur la satisfaction professionnelle et l'attrait

¹²¹ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.53.

¹²² OCDE, Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, p.170.

pour la profession. Pour l'OCDE, le niveau de rémunération a un effet direct sur les coûts car les salaires du personnel infirmier représentent l'une des principales dépenses des systèmes de santé. Ainsi, selon les données de l'OCDE, les infirmiers français sont rémunérés 5% de moins que le salaire moyen national.

Ce constat simple témoigne d'une absence d'égard envers la profession bien qu'elle joue un rôle essentiel dans notre système de santé. Comme le rappelle la Commission, le niveau de salaire peu élevé ajouté aux conditions difficiles d'exercice, contribuent à la complexité du recrutement et au fort taux de turn-over du personnel soignant au détriment de la prise en charge de la personne en situation de handicap et de l'organisation des soins.

Ensuite, l'attractivité de la profession de soignant peut également passer par l'existence de passerelles pouvant donner lieu à plus de mobilité professionnelle et d'évolution de carrière. Ainsi, le professionnel de santé doit pouvoir monter en grade ou faire le choix de changer de service.

Les pouvoirs publics ont la possibilité de mettre en place des campagnes de prévention afin de lutter contre l'épuisement des soignants, mais aussi de mettre en service des numéros d'appel de soutien aux professionnels de santé qui rencontre des difficultés. Il peut être question de collaborer avec des associations ou des syndicats. Il est important de libérer la parole des soignants en organisant par exemple des groupes de parole afin qu'ils puissent échanger sur leur propre expérience. Au sein des établissements, la coordination des équipes médicales est nécessaire pour garantir une bonne cohésion et le soutien des professionnels.

Pour remédier aux contraintes physiques et psychologiques, il convient de mesurer et de compenser la pénibilité de l'exercice des activités médicales. Pour autant, en reprenant l'exemple de la profession d'infirmier, cette dernière ne bénéficie pas d'une reconnaissance de la pénibilité. C'est d'ailleurs l'une des revendications des syndicats d'infirmier. Le rôle indispensable des soignants doit pourtant leur garantir une protection effective notamment face aux maladies professionnelles. Cette pénibilité peut être réduite grâce à la prévention et à l'enseignement sur les bons gestes et les bonnes postures à adopter afin d'éviter les troubles musculosquelettiques.

De plus, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹²³ introduit en droit français la médiation sanitaire. Elle vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention

¹²³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, J.O. n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.

et aux soins des personnes les plus vulnérables. Le médiateur a la mission d'intermédiaire entre les personnes vulnérables comme les personnes en situation de handicap et les professionnels de santé intervenant dans leur parcours de soin¹²⁴. Cependant, cette nouvelle profession ne bénéficie pas d'une telle reconnaissance. Son intervention n'est pas assez valorisée alors que le médiateur dispose de compétences adéquates pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention. Il contribue à rendre le système de santé plus humain et incluant.

Enfin, dans l'objectif d'améliorer le quotidien des soignants et la prise en charge des personnes en situation de handicap, les innovations technologiques peuvent être investies dans le secteur social et médico-social¹²⁵. Néanmoins, une étude de l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES), sur la relation entre nouvelles technologies et qualité de vie au travail des intervenants à domicile, observe que le secteur de l'aide à domicile n'emploie pas d'innovations technologiques pour faciliter l'aide apportée. Et au contraire, ce domaine ne cherche pas à s'en procurer. La raison pour laquelle les structures d'aide à domicile n'expriment pas leur besoin en nouveau matériel est qu'elles se préoccupent davantage de l'état de santé des soignants et surtout de maintenir une équipe stable. Les établissements d'accueil peuvent aussi rencontrer les mêmes difficultés.

Les innovations technologiques sont en mesure d'apporter une aide au maintien à domicile ou encore faciliter les soins prodigués aux personnes en situation de handicap¹²⁶. De plus, ces outils, s'ils sont adaptés aux handicaps, peuvent favoriser la bientraitance des soins car les soignants auront beaucoup moins de fatigue. Parmi ces nouvelles technologies, on peut viser l'habitat connecté ou encore la prévention des chutes par détecteur de mouvement. Ainsi, la recherche d'innovation technologique doit prendre en compte le soignant et ses conditions de travail.

Au-delà d'améliorer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé exercent leur profession, et pour lutter contre la maltraitance en développant des gestes de bientraitance, il est primordial de s'assurer de la professionnalisation et de l'apprentissage des métiers de soins notamment grâce à la formation des soignants.

¹²⁴ Décret n°2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, *J.O.* n°0108 du 7 mai 2017, texte n°61.

¹²⁵ RABEUX (Cécile), « La qualité de vie au travail des intervenants reste un impensé des nouvelles technologies », article *Hospimédia*, 17/08/2021.

¹²⁶ KORING (Cathel), ODENA (Sophie), PETRELLA (Francesca), RECOTILLET (Isabelle), *L'impact des nouvelles technologies sur la qualité de l'emploi et du travail dans l'aide à domicile*, in KORING (Cathel), dir., IRES, 04/2021, p.7.

B- Le développement de la formation des professionnels de santé

Depuis plusieurs années, la formation des travailleurs sociaux est une préoccupation des pouvoirs publics. Le 14 janvier 2020, la ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé le lancement du plan de formation des travailleurs sociaux, prévu par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté¹²⁷. C'est un plan de formation continue destiné à faire évoluer les pratiques professionnelles qui avait déjà été mentionné par le chef de l'Etat en septembre 2018. Son but est de mobiliser davantage la représentation des travailleurs sociaux auprès de la population. Ainsi, le gouvernement renforce les moyens alloués aux formations en plus de devoir pallier aux défauts d'attractivité de certaines professions.

Toutefois, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, dans son avis en date du 22 mai 2018¹²⁸, estime qu'il faut mieux préparer les médecins à la responsabilité qui leur incombe. Le but étant de les sensibiliser au dialogue avec leurs patients sans craindre d'éventuelles poursuites judiciaires. La formation continue du médecin doit leur rappeler l'importance d'une prise de décision en commun avec leurs patients ainsi que les limites de la responsabilité médicale.

La formation des professionnels de santé doit prendre en considération la lutte contre la maltraitance et le développement de la bientraitance afin de revoir la manière dont sont prodigués les soins. Ainsi, les professions médicales doivent véhiculer des valeurs rattachées à la bienveillance et à l'humanité.

Tout d'abord, il est possible d'intervenir au stade de la formation initiale des études médicales et paramédicales. Il est possible de revoir l'orientation des matières enseignées afin de développer des aptitudes à soigner ainsi que le travail d'équipe favorisant ainsi la bientraitance. Pour prendre l'exemple de la Première année commune aux études de santé (PACES), selon la CNCDH, elle encourage un esprit de compétition et ne récompense que les étudiants les plus scolaires. La commission considère que les études de santé mettent en place une hiérarchie entre les personnels soignants alors même que chaque acteur joue un rôle important dans notre système de santé. Cette vision de l'enseignement ne favorise pas la mixité sociale ni l'épanouissement professionnel.

¹²⁷ Lancement du plan de formation des travailleurs sociaux, site du Ministère des Solidarités et de la Santé, 22/01/20, consulté le 23/08/2021.

¹²⁸ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.49-50.

Par ailleurs, la CNCDH émet l'idée d'enrichir la formation initiale des futurs soignants en enseignant les sciences humaines et sociales. Elles désignent l'études des humains et de la société et plus particulièrement des activités humaines, des comportements ou encore des pensées. Cette discipline, tournée vers l'homme, aurait pour conséquence de faire émerger chez les étudiants une forme d'empathie mais également une réflexion éthique. Cette dernière paraît indispensable pour appréhender les personnes en situation de handicap et les formes de leur pathologie. Reconnaître une diversité de culture est nécessaire pour développer une attitude bienveillante dans la pratique des soins.

Cependant, la réalisation de stage durant le parcours scolaire est un moyen pour les futurs professionnels de santé d'être confrontés aux conditions d'exercice et aux différentes professions qu'ils peuvent rencontrer. Cette expérience pratique permettra d'appréhender les difficultés de prise en charge et d'accompagnement de certaines pathologies et notamment les personnes en situation de handicap. L'objectif également est d'être amené à travailler avec une équipe pluridisciplinaire dès le début de la formation. De plus, il est recommandé d'effectuer des stages dans des lieux variés et notamment en milieu rural afin d'encourager les installations dans ces zones où la pénurie de médecins est problématique.

Ensuite, au-delà de la formation initiale, le gouvernement doit accompagner et encourager les professionnels du secteur médical à entreprendre des évolutions de carrière en permettant notamment l'accès à des formations communes à différentes professions et pour les soignants les moins qualifiés.

Former le personnel soignant lui apporte les connaissances nécessaires pour faire face à des situations complexes. Dans le cas des personnes en situation de handicap, plus le professionnel de santé est formé au handicap qu'il rencontre meilleure sera la prise en charge sans avoir recours à de la maltraitance même involontaire.

Par ailleurs, pour que les soignants soient préparés à rencontrer une diversité de handicaps, il convient de replacer l'observation, l'écoute ou encore le toucher au centre des formations. L'observation et la perception des signes cliniques sont très importants lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap mental ou atteinte d'autisme. En effet, connaître et reconnaître les maux dont peuvent souffrir ses personnes est primordial notamment lorsque ces personnes ont des difficultés pour s'exprimer. Cette formation à l'observation est aussi un moyen de distinguer les signes de douleurs chez les personnes non communicantes.

Ainsi, pour garantir la sensibilisation des professionnels de santé aux diversités des pathologies et notamment aux différentes formes de handicap, il peut être envisagé de faire appel aux associations et aux représentants des usagers. Le but étant de faire entendre les personnes en situation de handicap et leur voix pour partager leur expérience. Par conséquent, il est possible d'éviter la discrimination ou encore la maltraitance par méconnaissance des subtilités des handicaps.

Le rapprochement entre futurs professionnels de santé et personnes en situation de handicap est important donc pour corriger les préjugés. C'est un programme que doivent présenter par exemple les universités de médecine. L'enseignement permettrait de remettre en question le positionnement du soignant et de recentrer la personne en situation de handicap au centre de l'activité médicale.

Par conséquent, ces formations ont la faculté d'apporter aux professionnels de santé l'aptitude de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et ainsi leur fournir une prise en charge médicale de qualité et bienveillante. Les formations favorisent ainsi l'accès aux droits et à la santé des personnes vulnérables.

La CNCDH préconise également de réviser l'enseignement et les manuels qui délivrent parfois des informations d'un autre temps¹²⁹. Il convient alors d'actualiser les données médicales et de prendre en compte les nouvelles conceptions comme l'éthique de la fin de vie. Ce renouvellement de l'enseignement médical peut également passer par l'instauration de la fonction de patient-enseignant. Ce dispositif a pour avantage de favoriser la relation horizontale médecin-patient mais également de centraliser l'enseignement sur les besoins spécifiques du handicap par exemple, de faire étudier les droits des malades, renforcer l'éthique médicale, d'améliorer l'accès aux soins ou encore de promouvoir la bientraitance médicale.

En plus de la formation initiale, il convient également d'investir dans la formation continue. Elle consiste à proposer aux professionnels de santé d'actualiser leurs compétences professionnelles ou d'acquérir de nouvelles connaissances. Elle peut prendre plusieurs formes comme le plan de formation pris à l'initiative d'un employeur au profit de ses employés, le congé individuel de formation (CIF) entrepris par un salarié ou encore le compte personnel de formation (CPF) qui vise à favoriser l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de sa carrière.

¹²⁹ *Prec.*, p.57-58.

Par ailleurs, le législateur français a instauré le Développement Professionnel Continu (DPC) dédié aux professionnels de santé¹³⁰. Ce dispositif est initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, dite loi HPST, de 2009¹³¹ et est adapté par la loi de Modernisation du système de santé de 2016¹³². Ainsi, chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de développement professionnel continu pour remplir une obligation triennale. Le DPC est un outil conçu pour permettre aux professionnels de santé d'être acteur de sa formation tout au long de son exercice professionnel mais il permet également de décloisonner les différents secteurs d'activité médicale. Le DPC dispose de nombreux atouts pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il permet ainsi d'évaluer les pratiques professionnelles et de gestion des risques, de maintenir et d'actualiser les connaissances et les compétences des soignants ou encore de sensibiliser les professionnels de santé aux priorités de santé publique.

Ainsi, l'Etat insiste sur l'importance de la formation des professionnels de santé. Mais au-delà d'imposer l'actualisation des compétences, il convient aux pouvoirs publics de soutenir les associations porteuses de projets de formation. L'objectif en privilégiant les associations est qu'elles renseignent de la réalité des besoins et notamment ceux de la population des personnes vulnérables. Elles peuvent sensibiliser les soignants aux attentes particulières des personnes en situation de handicap. Elles peuvent également véhiculer des valeurs éthiques et formuler des recommandations sur la bientraitance.

En plus du développement des formations, des autorités publiques, comme la Haute Autorité de Santé (HAS), établissent des rapports et recommandations de bonnes conduites. Par exemple, la HAS dispose des données des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) que déclarent les établissements de santé. A partir de ses données, elle est en mesure d'élaborer et de diffuser des recommandations pour améliorer la sécurité des patients grâce à des Flashs Sécurité Patient (FSP)¹³³.

Ces dernières décrivent des situations à risques identifiées grâce aux déclarations des EIGS. Ces flashs permettent de sensibiliser et d'alerter les professionnels de santé à un risque récurrent. Elles peuvent mettre en lumière des actes de maltraitance afin d'y apporter une solution de bienveillance. L'objectif est que l'évènement ne se réalise plus. Elles ont pour rôle

¹³⁰ Renseignements disponibles sur le site internet de l'Agence nationale du DPC, consulté le 24/08/2021.

¹³¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *J.O.* n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.

¹³² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.

¹³³ Note de cadrage de la Haute Autorité de Santé, Flash Sécurité Patient, 02/2021, à télécharger en ligne, consulté le 20/06/2021.

de partager l'expérience des professionnels de santé et de dédramatiser les déclarations. Ce partage est nécessaire pour améliorer la sécurité des personnes en situation de handicap et de faire prendre conscience du contexte de survenue de l'évènement.

Pour compléter ce dispositif, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, recommande de mettre en place une application en ligne afin d'améliorer la diffusion des informations aux professionnels de santé¹³⁴. Cet outil numérique permettrait par exemple de transmettre aux professions médicales des notifications en cas de nouvelles publications en lien avec leur secteur d'activité ou les particularités de leur patientèle. Qui plus est, ce type d'application pourrait également permettre à un soignant d'obtenir une aide lorsqu'il rencontre un profil inhabituel de patient comme une handicap rare ou peu commun. Ainsi, il pourra adopter la bonne démarche et garantir un accès et suivis médical. Donc le but de cet outil est de faciliter l'accès aux professionnels de santé à ces informations.

Enfin, pour donner un exemple concret de ce qu'il peut être fait en matière de formation et de prévention auprès de professionnels de santé, l'Agence régionale de santé Hauts-de-France, a mis en place un dispositif expérimental d'équipes pluridisciplinaires territoriales de prévention¹³⁵. Cette équipe doit accompagner les professionnels de santé dans les EHPADs et soutenir les médecins coordonnateurs dans leur mission de prévention. Leur intervention s'harmonise avec le Projet Régional de Santé (PRS) et les recommandations de l'ANESM pour cibler les axes de priorité. Il s'agit notamment de la prévention des chutes et de la mobilité, de la douleur ou encore la dénutrition. Ainsi, les objectifs principaux de ce dispositif est l'amélioration de l'état de santé, la qualité de vie et le niveau de prise en soins des résidents en EHPAD¹³⁶.

Evidemment, cette équipe spécialisée n'intervient qu'auprès des EHPADs mais elle est la preuve que les professionnels de santé peuvent se mobiliser dans le but d'améliorer la prise en charge médicale et l'accompagnement. Ce dispositif pourrait très bien se décliner pour survenir aux besoins du secteur du handicap.

¹³⁴ Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *prec.*, p.59.

¹³⁵ Voir annexe n°1.

¹³⁶ Voir annexe n°2.

Conclusion :

Enfin, il est certain que les personnes en situation de handicap sont victimes de discrimination et même de maltraitance. Il a été démontré que cette violence est présente dans tous les aspects de la vie d'une personne souffrant d'un handicap : au sein de son foyer par les aidants familiaux ou les aides à domicile, en institution par les professionnels de santé.

Heureusement, des solutions existent pour signaler ses agissements ou encore pour les punir. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont des enjeux de la société d'aujourd'hui. Ainsi, des efforts sont faits mais restent à faire.

Si le secteur du handicap peine à trouver des solutions, il est peut-être judicieux de s'inspirer de ce qui est fait dans l'accompagnement pour les personnes âgées notamment au niveau de la prise en charge et de la formation du personnel soignant.

Pour conclure, il serait pertinent de conduire de nouvelles études comme celle du Sénat dans les années 2000. De cette manière, une approche comparative pourra être menée pour déterminer les évolutions dans le temps et obtenir une vision globale et actuelle de la situation effective.

Bibliographie :

Ouvrages et articles :

APOLLIS (Benoît), BÉLANGER (Michel), CAGNOLO (Marie-Claire), CIMAMONTI (Sylvie), COLONNA (Joël), DE MARI (Éric), DELANDE (Guy), GARAY (Alain), GRASSET (Daniel), JONQUET (Olivier), LAMBERT-GARREL (Lucile), LECA (Antoine), MAINGUY (Daniel), METTETAL (Anne), MOURALIS (Jean-Louis), NEAU-LEDUC (Philippe), NICOLAS (Guylène), PÉDROT (Philippe), RAUCH (Carmen), SOL (Nancy), TERRIER (Emmanuel), THOLOZAN (Olivier), VIALLA (François), Le handicap. Droit, histoire, médecine, Bordeaux, LEH Édition, 2004 (v. numérique 2012), Colloques du CDSA, p.253.

ASTRUC (Laurent), Maltraitance des personnes vulnérables – dénonciation par les professionnels : briser la loi du silence, Juris associations, 2014, n°498, p.54.

BANQ (Marie-Ève), « L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté : fondements de la réforme des mesures en faveur des personnes handicapées », RDS, n° 5, 2005, p. 171-177.

BONAMY (Patricia), DESERT (Myriam), FRIGHI (Shérazade), MONZERIAN (Christine), MONTFORT (Martine), VERNAZOBRE (Isabelle), MARCHAND (Pascal), « Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile », VST - Vie sociale et traitements, vol. 116, n°4, 2012, p. 66-72.

BOULMIER (Daniel), « Le leurre de la protection des travailleurs sociaux en cas de dénonciation d'actes de maltraitance », Revue de droit sanitaire et social, N° 6, 2006, p. 992-999.

BROWN (Hilary), Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus, Editions du Conseil de l'Europe, mars 2003, p.206.

CARADEC (Vincent), « L'attachement au dernier refuge », L'école des parents, n°6, décembre 2002-janvier 2003, p.36-38.

HAZIF-THOMAS (Cyril), « Les aidants familiaux dans la société du care : démocratiser le droit au répit », RGDM, n° 50, 2014, p. 195-214.

JANVIER (Roland), MATHO (Yves), « Chapitre 1. Le projet d'établissement ou de service », Le droit des usagers, sous la direction de JANVIER Roland, MATHO Yves. Dunod, 2013, p. 176.

JUILHARD (Jean-Marc), BLANC (Paul), Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, fait au nom de la commission d'enquête, Sénat, 10 juin 2003. Disponible en ligne sur <https://www.senat.fr/>.

JUILHARD (Jean-Marc), « La maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en institution et les moyens de la prévenir », Journal du droit des jeunes, vol. 224, n°4, 2003, p.40-43.

KANE, « Violence envers les personnes handicapées », Brochures Daphne : Lutte contre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes. Problématique et expériences, 2008, p. 1-23.

KORING (Cathel), ODENA (Sophie), PETRELLA (Francesca), RECOTILLET (Isabelle), L'impact des nouvelles technologies sur la qualité de l'emploi et du travail dans l'aide à domicile, in KORING (Cathel), dir., IRES, 04/2021, p.80.

LALLEMAND (Dominique), « La mise en place de l'ANESM », RDS, n° 29, 2009, p. 223-234.

PASSERIEUX (Christine), BULOT (Virginie), HARDY-BAYLE (Marie-Christine), « une contribution à l'évaluation du handicap psychique : l'échelle d'évaluation des processus du handicap psychique (EPHP) », Alter, Vol. 6, Issue 4, p. 296-310.

PETITPIERRE (Geneviève), « Personnes en situation de handicap et vulnérabilité aux abus », Bernard N. Schumacher éd., L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable, Érès, 2019, p. 159-180.

POINSOT (Olivier), « La maltraitance et ses sanctions », RDS, n° 70, 2016, p. 172-190.

QUEGUINER (Thomas), « La violence verbale ou physique gangrène toujours autant le quotidien des soignants », *Hospimedia*, 16/03/2021.

RABEUX (Cécile), « La qualité de vie au travail des intervenants reste un impensé des nouvelles technologies », *Hospimédia*, 17/08/2021.

ROQUE (Léo), « Les "proches aidants" », RDS, n° 86, 2018, p. 1010-1011.

SOULET (Marc-Henry), « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 60, 2005, p. 24-29.

TALLIER (Frédéric), *L'évaluation du handicap et de l'aptitude à l'emploi*, RDSS, 2011, p.781-880.

TRICARD (Dominique), VOISIN (Joëlle), *Contrôle des structures sociales et médico-sociales : guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale*, inspection générale des affaires sociales, en collaboration avec la direction générale de la cohésion sociale, novembre 2014, p.304.

ZOLESI (Martine), *Prévenir le risque de maltraitance des personnes lourdement handicapées en foyer de vie*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, p.101.

Etudes et enquêtes :

BARADJI (Eva), FILATRIAU (Olivier), « Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales », *DREES*, 22/07/2020, n°1156, p.8.

BESNARD (Xavier), BRUNEL (Mathieu), COUVERT (Nadège), ROY (Delphine), *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée, résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants*, les dossiers de la DRESS, N°45, novembre 2019, p.37.

BLANPAIN (Nathalie), CHARDON (Olivier), *Projection de population à l'horizon 2060*, INSEE Première, n°1320, 27/10/2010, p.4.

CASTELL (Laura), DENNEVAULT (Céline), *Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?*, *DREES*, n°1035, 19 octobre 2017, p.6.

COMPAGNON (Claire), GHADI (Véronique), « La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé », *HAS*, 2009, p.97.

SOULLIER (Noémie), WEBER (Amandine), *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, *DRESS*, n°771, 19/08/2011, p.8.

Enquête HID de l'INSEE, 2001.

ARS Pays de la Loire, *Bilan des inspections réalisées en 2011 – 2012 : maison d'accueil spécialisées (MAS) et foyer d'accueil médicalisées (FAM)*, Programme national de prévention de la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux, p.13.

HAS, « Patient et professionnels de santé : décider ensemble », état des lieux, 10/2013, p.74, consulté en ligne le 23/08/2021, disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>.

OCDE, Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, p.226.

Enquête ES-Handicap, DREES, 2018.

HAS, « L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », mis en ligne le 03/04/2018, consulté le 28/07/2021, disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>.

HAS, « L'évaluation externe : mode d'emploi », mis en ligne le 03/04/2018, consulté le 28/07/2021, disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>.

L'aide et l'action sociale en France, DREES, édition 2020, p.240.

Observatoire national des violences en milieu de santé, direction générale de l'offre de soins, rapport 2020, p 155. Rapport en ligne sur : <http://social-sante.gouv.fr/dgos-onvs>.

Textes législatifs :

Charte européenne de l'aidant familial le 5 juin 2007.

Préambule de la Constitution de 1946.

Convention relative aux droits des personnes handicapées, New York, 13 décembre 2006, Nations Unies.

Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, *J.O.* du 24 novembre 1957.

Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, *J.O.* n°0163 du 14 juillet 1989

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, *J.O.* du 3 janvier 2002, texte n°2.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *J.O.* du 5 mars 2002, texte n°1.

Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, *J.O.* n°193 du 22 août 2003, texte n°1.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *J.O.* n°36 12 février 2005, texte n°1.

Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, *J.O.* n°296 du 22 décembre 2006, texte n°1.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *J.O.* n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.

Loi n°2009-1791 du 31 décembre 2009 autorisant la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées, *J.O.* n°0002 du 3 janvier 2010, texte n°1.

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, *J.O.* n°0301 du 29 décembre 2015, texte n°1.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1.

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *J.O.* n°0172 du 26 juillet 2019, texte n°3.

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.312-1 et à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n°2016-1551 du 18 novembre 2016 portant diverses mesures relatives à la durée du travail, aux repos et aux congés, *J.O.* n°0269 du 19 novembre 2016, texte n°26.

Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, *J.O.* n°0298 du 23 décembre 2016, texte n°27.

Décret n°2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, *J.O.* n°0108 du 7 mai 2017, texte n°61.

Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

Circulaire DGAS/SD n°2005-224 du 12 mai 2005.

Circulaire N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la Bienveillance des personnes âgées et des

personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010.

Articles de Code :

Code de l'action sociale et des familles : articles L.311-4, L.311-3, L.312-1, L.312-5, L.313-13, L.313-14, L.313-14-1, L.313-16, L.313-17, L.313-22-1, L.313-24, L.331-8-1, R.245-3.

Code de la santé publique : articles L.1110-1, L.1110-3, L.1110-4, L.1421-1, L.1421-2, L.1421-2-1, L.1421-3, L.1427-1, R.4127-4.

Code pénal : articles 223-6, 226-13, 226-14, 434-1, 434-3.

Code de procédure pénale : article 40.

Code de la sécurité sociale : article L.861-5.

Code de déontologie médicale : article 4.

Jurisprudences :

Chambre criminelle de la Cour de cassation le 17 novembre 1993, n°93-80466.

Chambre criminelle de la Cour de cassation le 12 janvier 2000, n°99-80534.

Chambre criminelle de la Cour de cassation le 5 septembre 2001, n°01-81397.

Deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 12 mai 2005, n°03-17994

Chambre criminelle de la Cour de cassation le 6 septembre 2006, n°05-87274.

Chambre sociale de la Cour de cassation le 26 septembre 2007, n°06-40039.

Chambre sociale de la Cour de cassation le 30 octobre 2007, n°06-44757.

Chambre sociale de la Cour de cassation le 18 mars 2009, n°07-44691 et n°08-40384.

Chambre criminelle de la Cour de cassation le 13 mai 2009, n°08-86820.

Chambre sociale de la Cour de cassation le 9 décembre 2009, n°08-42666.

Cour administrative d'appel de Versailles le 6 juin 2010, Hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir-Grignon, n°09VE00510.

Cour administrative d'appel de Bordeaux le 29 mars 2011, Mlle Caroline X, n°10BX01351.

Cour administrative d'appel de Douai le 1er décembre 2011, Mme Edwige A, n°10DA01154.

Cour administrative d'appel de Lyon le 1er mars 2012, M. Ahmed A, n°11LY00084.

Cour d'appel d'Angers le 7 janvier 2014, n°12/00409.

Cour administrative d'appel de Marseille le 19 décembre 2014, n°13MA04688.

Autres documentations :

Aidants familiaux : guide à destination des entreprises, Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises, Union Nationale des Association Familiales, 2014, p.68

ANESM, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2013, p.127.

Communiqué du département des Bouches-Du-Rhône, Schéma départemental en faveur des personnes handicapées, 2017-2022, p. 28.

Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, « Agir contre la maltraitance dans le système de Santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », 22 mai 2018, p.75.

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2018, p.47.

Lancement du plan de formation des travailleurs sociaux, site du Ministère des Solidarités et de la Santé, 22/01/20, consulté le 23/08/2021.

Ministère des affaires sociales et de la santé, stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap, p.15.

Note de cadrage de la Haute Autorité de Santé, Flash Sécurité Patient, 02/2021, à télécharger en ligne, consulté le 20/06/2021.

Sitographies :

TOURNEBISE (Thierry), « Bientraitance envers les patients et les personnes âgées », août 2007, consulté en ligne le 30/05/2021 : <https://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/bientraitance.htm>.

POINSOT (Olivier), EPSMS : proportionnalité de la sanction disciplinaire d'un agent auteur des faits de maltraitance, blog de Me POINSOT, 12/03/2015, consulté en ligne le 13/08/2021, disponible sur : <https://blogavocat.fr>.

SEVESTRE (Aurélia), Maltraitance : l'obligation de signalement s'impose à tous les établissements, faire face mieux vivre le handicap, 26/01/2017, article consulté en ligne le 04/08/2021, disponible sur : <https://www.faire-face.fr/>.

« Les aidants familiaux, une souffrance silencieuse », Happy Silvers, 14 mars 2017, consulté en ligne le 24/05/2021 : <https://www.happysilvers.fr/les-aidants-familiaux-une-souffrance-silencieuse-2/>.

Renseignements disponibles sur le site internet de l'Agence nationale du DPC, consulté le 24/08/2021.

Annexes :

Annexe n°1 :






ESPréve
Equipe Spécialisée de
Prévention
inter-EHPAD



ARS
Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

Téléphone : 03 62 21 05 16

Autodiagnostic

Prévention

Priorité

Conseils

Outils

Nos missions

-  Assurer l'analyse de l'Autodiagnostic en prévention
-  Identifier des priorités d'action
-  Conseiller, Accompagner, Soutenir, Former les équipes
-  Proposer des ateliers ciblés
-  Proposer des outils clés en mains personnalisables comme des protocoles, des fiches de conduite...



LOOS HAUBOURDIN
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
20 rue Henri Barbusse
BP 57
59374 Loos cedex

Contact ESPréve
Téléphone : 03 62 21 05 16
Mail: espreve@ghlh.fr

SECTEUR GÉOGRAPHIQUE D'INTERVENTION



Equipe Spécialisée en Prévention inter-EHPAD: ESPrévE

Présentation

L'Agence Régionale de Santé souhaite mettre en place un dispositif expérimental d'équipes pluridisciplinaires territoriales de prévention pour :

Accompagner les établissements et les équipes des EHPAD

Soutenir les médecins coordonnateurs dans leur mission de Prévention.

Risques Prioritaires Ciblés

En cohérence avec le PRS et les recommandations de l'ANESM, les risques prioritaires ciblés sont:

- La chute/ la mobilité
- Les complications liées à la Maladie de Parkinson
- L'ostéoporose/ La Sarcopénie
- La douleur
- La dénutrition/ Les troubles de déglutition
- La contention



Objectifs de l'ESPrévE

L'objectif stratégique de l'ESPrévE est l'Amélioration de l'état de santé, la qualité de vie et le niveau de prise en soins des résidents en EHPAD.

Participer

En Développant une culture et une démarche de prévention individuelle et collective en EHPAD

Contribuer

En aidant les professionnels à se former, développer des actions adaptées, organiser la vigilance et savoir anticiper les risques individuels des résidents

Limiter

En prévenant les conséquences des maladies sur les actes de la vie quotidienne

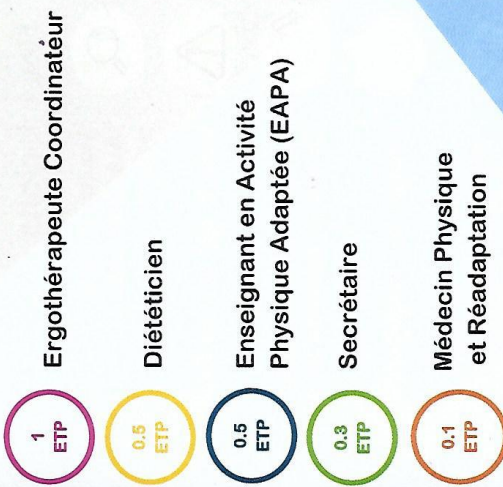
Soutenir

Les médecins coordonnateurs et les médecins traitants dans la mise en place des démarches de prévention

Diminuer

Le recours aux hospitalisations en urgence et hors urgence via une prise en soin mieux adaptée

Composition de l'ESPrévE



LOOS HAUBOURDIN

Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
20 rue Henri Barbusse
BP 57
59374 Loos cedex

Contact ESPrévE

Téléphone : 03 62 21 05 16

Mai: espreve@ghlh.fr

Annexe n°2 :



Charte de fonctionnement de l'ESPrévE du GHLH

I. Principes généraux :

L'ESPrévE n'intervient qu'en EHPAD avec lequel une convention a été signée.

A. Territoire de l'ESPrévE du GHLH :

Son territoire d'intervention est celui de la MAIA de Lille Agglo.



B. Objectifs :

L'objectif stratégique de l'ESPrévE est d'améliorer l'état de santé, la qualité de vie et le niveau de prise en soins des résidents de l'EHPAD.

Les objectifs d'interventions sont d'accompagner les directions et les équipes des EHPAD dans la mise en place d'actions de prévention au sein de leur établissement. Ainsi que de soutenir les médecins coordonnateurs dans leur mission de prévention.

Plus précisément, l'ESPrévE a pour objectifs de :

- **Participer** au développement d'une culture et d'une démarche de prévention individuelle et collective dans l'EHPAD.
- **Contribuer** en aidant les professionnels à se former, à développer des actions adaptées, à organiser la vigilance et à savoir anticiper les risques individuels des résidents.
- **Limiter** en prévenant les conséquences des maladies sur les actes de la vie quotidienne.
- **Soutenir** les médecins coordonnateurs et les médecins traitants dans la mise en place des démarches de prévention.
- **Diminuer** le recours aux hospitalisations en urgence et hors urgence via une prise en soin mieux adaptée.

C. Les Limites des interventions :

Pour l'intervention de l'ESPrévE, il est indispensable d'avoir l'accord du Directeur de l'EHPAD.

L'ESPrévE n'a pas vocation à intervenir auprès des Résidents.

L'équipe d'ESPrévE :

- **Ne réalise pas de soins ;**
- Ne fait **pas d'avis individuel** mais pourra prendre l'occasion d'une situation individuelle ayant posé problème à l'équipe de l'EHPAD pour mettre en place un atelier d'éducation à la santé et/ou une formation en rapport avec celle-ci ;
- Elle **n'intervient pas dans l'accompagnement d'un résident** mais peut être sollicitée à partir de l'accompagnement d'un résident pour revoir avec l'équipe de l'EHPAD des principes d'intervention adaptés.

Si les compétences de l'équipe n'existent pas dans l'EHPAD, l'équipe n'a pas vocation à en prendre la place. L'intervention de l'équipe est proposée en complément des professionnels de l'EHPAD mais ne s'y substitue jamais.

D. Comment intervient l'ESPrévE :

L'équipe de l'ESPrévE programme ses interventions :

- En fonction des axes prioritaires qui ont émergés de l'autodiagnostic de l'EHPAD,

- En priorisant les « urgences » par EHPAD, également en fonction des EHPAD « demandeurs » et de leur investissement dans le projet.

Les interventions sont organisées, par la secrétaire de l'ESPrévE, par prise de contact téléphonique ou par mail. Elles se déroulent prioritairement les après-midi, en fonction des possibilités de l'EHPAD.

II. Contacts :

A. Comment contacter l'ESPrévE :

- Par téléphone
- Par mail

B. Qui contacte l'ESPrévE :

- Le Directeur de l'EHPAD ;
- Le médecin coordonnateur, le cadre ou l'IDE de l'EHPAD ;
- Le référent prévention de l'EHPAD.

C. Heures d'intervention de l'ESPrévE :

- Du lundi au vendredi de 9h à 17h ;
- En dehors de ces horaires, possibilité de laisser un message sur répondeur téléphonique ou par mail ;
- Engagement de l'ESPrévE à répondre à une demande dans les 48 heures qui suivent sa réception.

D. Quand contacter l'ESPrévE :

L'ESPrévE à un rôle :

- D'accompagnement des équipes de Direction dans la formalisation et la mise en place d'une politique de prévention au sein de l'EHPAD ;
- De soutien du médecin coordonnateur et des médecins traitants dans leurs missions de prévention ;
- De soutien et d'accompagnement à l'autodiagnostic ;

- D'accompagnement des équipes pour développer une culture et une démarche de prévention individuelle et collective au sein de l'EHPAD
- D'aide aux professionnels : formation des équipes, développement d'actions adaptées, organisation de la vigilance et d'apprentissage afin de savoir anticiper les risques individuels des résidents
- De suivi des actions et d'accompagnement à l'adaptation de celles-ci ;

III. L'équipe de l'ESPrévE :

A. Modalités d'interventions

En fonction du besoin de l'EHPAD, soit seul, en binôme ou en trinôme ; dont la composition sera fonction du motif de la demande d'intervention : Ergothérapeute/EAPA/Diététicienne, Ergothérapeute/EAPA, Ergothérapeute/ Diététicienne, EAPA/ Diététicienne.

B. Composition de l'équipe :

- 1 Médecin spécialité MPR à 10% : Dr Hacène CHEKROUD ;
- 1 Pilote projet Cadre supérieur de santé à 10% : Nathalie HEURTEAUX ;
- 1 Ergothérapeute Coordinatrice à 100% : Camille SCAPPE ;
- 1 Diététicienne à 50% : Stéphanie BIALECKI ;
- 1 EAPA à 50% : Ian HOCMERT ;
- 1 secrétaire à 30% (à pourvoir).

Il y a une continuité de la prise en charge en période de vacances scolaires.

C. Localisation de l'ESPrévE :

Les bureaux sont situés au 1^{er} étage, dans le Bâtiment modulaire du GHLH, sur le site de Loos.

La ligne directe est le 03.62.21.05.16

IV. Articulation avec les autres structures.

- Les EHPAD du territoire
- Les intervenants libéraux des EHPAD de notre secteur d'intervention
- Les réseaux sur notre territoire d'intervention : CLIC, MAIA, EOLLIS
- Les autres ESPrévE des Hauts de France
- L'ARS Hauts de France
- Les réseaux gérontologiques