



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

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

Validé par la CSMS le 27 juin 2024

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

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

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

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

Descriptif de la publication

| | |
|-------------------------------|---|
| Titre | Évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité |
| Méthode de travail | Consensus simple |
| Objectif(s) | Apporter des connaissances, des repères et des outils scientifiques et pratiques aux professionnels pour évaluer les risques de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité |
| Cibles concernées | Tous les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire intervenant à domicile ou de proximité |
| Demandeur | |
| Promoteur(s) | Haute Autorité de santé (HAS) |
| Pilotage du projet | Mme Isabelle Vazeilles Mme Aissatou Sow |
| Recherche documentaire | Mme Sophie Nevière, documentaliste Mme Estelle Divol-Fabre, assistante documentaliste |
| Auteurs | Mme Isabelle Vazeilles |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail. |
| Validation | Version du 27 juin 2024 |
| Actualisation | |
| Autres formats | Guide avec grilles de repérage |

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juin 2024 – ISBN :

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1. Éléments de définitions | 9 |
| 1.1. La maltraitance : une définition élargie et polymorphe | 9 |
| 1.2. La maltraitance sur personnes en situation de vulnérabilité | 11 |
| 1.3. La maltraitance intrafamiliale | 12 |
| 1.3.1. La maltraitance sur personnes âgées | 16 |
| 1.3.2. Les violences conjugales | 17 |
| 1.3.3. Les parents violentés | 19 |
| 2. Repérer, évaluer et accompagner | 21 |
| 2.1. Les objectifs du repérage | 21 |
| 2.2. Repérer | 22 |
| 2.2.1. Caractériser l'état ou la situation de vulnérabilité de la personne | 22 |
| 2.2.2. Identifier les signaux d'alerte et les facteurs de risque | 24 |
| 2.2.3. Identifier les situations/temporalités à risque | 25 |
| 2.3. Évaluer | 26 |
| 2.4. Proposer un suivi et un accompagnement | 29 |
| 3. Grilles de repérage et cas pratiques | 32 |
| 3.1. Maltraitance sur personnes âgées | 34 |
| 3.1.1. La grille de repérage | 34 |
| 3.1.2. Évaluer à partir d'un cas pratique | 37 |
| 3.2. Les violences conjugales | 40 |
| 3.2.1. La grille de repérage | 40 |
| 3.2.2. Évaluer à partir d'un cas pratique | 44 |
| 3.3. Parents violentés | 49 |
| 3.3.1. La grille de repérage | 49 |
| 3.3.2. Évaluer à partir d'un cas pratique | 52 |
| 4. Accompagner les professionnels | 56 |
| 4.1. Former les professionnels, les équipes d'encadrement et les directions | 56 |
| 4.2. Mettre à disposition des professionnels des outils simples et pratiques sur le terrain | 58 |
| 4.3. Organiser et travailler en coordination | 59 |
| 4.4. Soutenir les professionnels | 60 |
| 5. Signaler et alerter : repères juridiques | 64 |
| Table des annexes | 67 |
| Références bibliographiques | 70 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Participants | 73 |
| Abréviations et acronymes | 75 |

Contexte

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

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

Ce guide concerne cette seconde saisine.

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

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

Objectifs du guide

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

- se rassembler autour d'un vocabulaire transversal de la maltraitance partagé par tous les professionnels (sanitaire, social et médico-social) ;

¹ Saisine du 6 décembre 2022.

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

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

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

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

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

- développer une culture commune et une meilleure connaissance du phénomène de la maltraitance intrafamiliale, ses caractéristiques et conséquences sur la victime, mais également sur la famille et leurs proches ;
- identifier les signaux d’alerte et les facteurs de risque de maltraitance qui pourront éveiller leur vigilance et soutenir leur évaluation et expertise ;
- mieux recueillir les informations dans le respect de la vie privée et des liens d’attachement forts et complexes qui unissent les membres de la famille ;
- évaluer les situations de risque de manière globale en structurant leur démarche de questionnement et d’analyse ;
- mieux protéger et accompagner les personnes majeures vulnérables face à une situation de risque de maltraitance.

Les grands enjeux du repérage des risques de maltraitance

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Enjeux de société</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lutter contre tous types de discrimination liée à l’origine, l’âge, au handicap, genre, à la religion ou orientation sexuelle. – Garantir la sécurité et la protection de tous les citoyens, quels que soient leur origine, âge, handicap, genre, religion, orientation sexuelle et situation de vulnérabilité. | <p style="text-align: center;">Enjeux de droit et de protection des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Protéger les personnes et notamment les plus vulnérables. – Faire émerger une société capable de prendre soin « des plus fragiles » et des plus vulnérables. – Faciliter la collaboration entre la justice, le secteur sanitaire et le secteur médico-social. |
| <p style="text-align: center;">Enjeux de santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diminuer la morbi-mortalité liée à la maltraitance. – Prévenir les reproductions de situation de maltraitance d’une génération à l’autre. | <p style="text-align: center;">Enjeux de politiques publiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Homogénéiser les politiques publiques grâce à une approche transversale des maltraitances. – Développer les dispositifs et actions de prévention des maltraitances à tous les âges de la vie. |
| <p style="text-align: center;">Enjeux économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer les coûts économiques liés aux conséquences de la maltraitance pour la personne et son entourage. – Estimer et évaluer les coûts des politiques publiques de lutte contre la maltraitance pour mieux investir dans des politiques de prévention. | <p style="text-align: center;">Enjeux de connaissances et de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> – Développer la/les recherche(s) sur la maltraitance (notamment les recherches empiriques, participatives, recherches-actions et études d’évaluation d’interventions). |

| Enjeux professionnels | Enjeux éthiques |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Former les professionnels à la lutte contre la maltraitance et aux repérages des situations à risque de maltraitance. – Améliorer les pratiques professionnelles (repérage, suivi et accompagnement des situations à risque). – Favoriser la collaboration et la coordination entre les professionnels (sanitaire, social et médico-social). | <ul style="list-style-type: none"> – Développer les compétences éthiques des professionnels pour l'analyse et le suivi des situations à risque de maltraitance. |

Structuration du guide

Ce guide est structuré en cinq chapitres.

Les deux premiers chapitres s'emploient à poser les principaux éléments de définitions nécessaires à la délimitation du sujet « la maltraitance intrafamiliale sur personnes en situation de vulnérabilité » et le périmètre du repérage de l'évaluation des risques de maltraitance.

Le chapitre 3 propose trois grilles de repérage des risques de maltraitements intrafamiliaux (maltraitance sur personnes âgées, violences conjugales, maltraitance des enfants sur leurs parents). Chaque grille est illustrée par un cas pratique qui reprend les étapes du repérage, d'évaluation et d'accompagnement de la victime présumée et de son auteur.

Le chapitre 4 soumet aux professionnels des recommandations pour les soutenir dans les différentes étapes de repérage, d'évaluation et d'accompagnement des personnes victimes de maltraitements intrafamiliaux.

Le chapitre 5 (très succinct) est essentiellement un rappel des circuits juridiques de signalement et d'alerte face à une situation de maltraitance avérée.

1. Éléments de définitions

1.1. La maltraitance : une définition élargie et polymorphe

La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 instaure une nouvelle définition de la maltraitance par la création de l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cette définition est le résultat de la démarche de consensus pour l'élaboration d'un vocabulaire partagé, pilotée de 2019 à 2021 par la commission nationale pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance (2).

Définition maltraitance – Article L. 119-1 du CASF

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Cette définition souligne la complexité et le caractère polymorphe de la maltraitance et élargit la définition précédemment employée, auparavant limitée à la seule notion de violence⁴.

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

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

- *tout geste, parole, action ou défaut d'action ;*
- *visant toute personne en situation de vulnérabilité ;*
- *qui compromet ou porte atteinte à son développement, ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé ;*
- *et qui intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement (2).*

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

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

⁴ Le Conseil de l'Europe, en effet, en 1987, posait qu'« une violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière » et parlait alors de « violence ».

« Sont par conséquent, concernés :

- aussi bien des actes que des omissions ;
- aussi bien les atteintes, pénalement réprimées, aux personnes ou aux biens, que des blessures morales, des situations d'emprise mentale ou de « simples » humiliations ;
- aussi bien ce qui se passe en institution qu'au domicile ;
- aussi bien les interventions professionnelles que les actes commis dans un cadre domestique ;
- aussi bien les gestes délibérés que les gestes involontaires ou inconscients ;
- etc. » (2).

➔ Les types de maltraitance

| | |
|--|---|
| Violences physiques | Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation... |
| Violences sexuelles | Tout acte sexuel commis avec violence, menaces, surprise sans consentement (attouchement, viols, atteinte à la pudeur...) |
| Violences psychiques ou morales | Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales... |
| Violences médicales ou médicamenteuses | Défaut de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur... |
| Maltraitements matériels ou financières | Vols, escroqueries matérielles ou financières diverses, dégradation de matériel, du logement... |
| Les discriminations | Traitement négatif ou rejet des personnes en fonction de leur origine, orientations religieuses ou sexuelles, âge, handicap, apparence physique : homophobie, racisme, âgisme, grossophobie... |

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

| | |
|---------------------------------------|---|
| Négligences (actives/passives) | Toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire... ou relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Privations ou violations de droits, des libertés | Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse, atteinte à la dignité, confiscation des titres d'identité... |
| Privation de soin, notamment des besoins fondamentaux | Limitation des repas, défauts d'hygiène... |
| L'exposition à un environnement violent | Environnement familial dans lequel la personne est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs. |

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

1.2. La maltraitance sur personnes en situation de vulnérabilité

Du latin « *vulnus, vulnerus* » (la blessure) et « *vulnerare* » (blesser, entamer, porter atteinte, faire mal, froisser, offenser), la vulnérabilité convoque deux notions : « *la fêlure d'une part (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte) ; la blessure d'autre part (qui matérialisera l'atteinte)* » (3).

« Être vulnérable, c'est faire face à une forte probabilité de subir un préjudice identifiable sans avoir les moyens ou les habiletés de se défendre » (4).

Néanmoins, le droit ne considère pas la vulnérabilité comme un amoindrissement de la personne juridique, mais comme une phase (temporaire, évolutive ou définitive) pour laquelle il convient de prévoir des mesures de protection adaptées.

Repères juridiques

Le terme de « vulnérabilité » est cité dans de très nombreuses occurrences au sein des textes législatifs français (Code pénal, Code de la santé publique, Code de l'action sociale et des familles, etc.) et internationaux (par exemple : la convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille de 1990). Elle constitue un facteur d'aggravation de la peine (par exemple en cas de viol : article 222-24 du Code pénal).

Selon l'article 425 du Code civil, « *toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique* ».

À retenir

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

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

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

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

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

La notion « en situation de vulnérabilité » souligne également la réversibilité de ce statut qui peut évoluer. La vulnérabilité n'est plus définie seulement comme « *un état de fait irréversible mais une situation appelée à évoluer : elle relève dans bien des cas d'une éventualité et non d'une nature de la personne qu'elle concerne, elle peut être aussi ponctuelle et réversible. En effet, elle est soumise à des facteurs individuels, mais aussi des facteurs environnementaux et relationnels* » (2).

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

1.3. La maltraitance intrafamiliale

Les maltraitances intrafamiliales représentent toutes formes de maltraitance au sein d'une même unité familiale. Une famille peut être définie comme « un ensemble de personnes unies par un lien de

parenté ou d'alliances »⁶ qui entretient des liens d'appartenance : famille restreinte (couple, parents, enfants) ou élargie (grands-parents, cousins, etc.).

La maltraitance intrafamiliale représente donc l'ensemble « *des violences psychologiques, physiques, sexuelles et/ou économiques entre individus liés par une relation privilégiée, d'alliance, de filiation ou de fratrie* » (5). Ainsi, il faudrait considérer les acteurs de la violence intrafamiliale comme les membres d'une famille restreinte, mais aussi les personnes sans lien du sang mais appartenant à la famille (parrain, marraine, beau-père, beaux-enfants, etc.).

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

Seules les maltraitances d'un ou plusieurs membres de la famille sur un ou plusieurs de ses membres ont été prises en compte dans l'élaboration de ce guide, et ceci, quel que soit le lieu de vie de la personne (habitat privatif, partagé).

Les maltraitances intrafamiliales touchent tous les milieux sociaux mais la précarité économique favorise les cohabitations contraintes (plus à risque de maltraitance). Lorsque les enfants ou « petits-enfants » reviennent vivre chez leurs parents âgés, les raisons sont principalement financières ou de même pour ces jeunes adultes qui habitent toujours à un âge avancé chez leurs parents (faute d'emploi stable et suffisamment rémunérateur pour permettre une installation indépendante).

Données épidémiologiques

« La hausse des violences intrafamiliales s'est poursuivie en 2020 (+ 10 %), notamment lors du premier confinement (du 17 mars au 10 mai 2020), où l'isolement strict a pu exacerber les tensions au sein des familles. Les victimes de violences intrafamiliales subissent presque exclusivement des violences physiques (96 %) de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint (90 %) lorsqu'elles sont majeures, alors que les violences sexuelles sont plus fréquentes à l'encontre des mineurs (23 % des violences intrafamiliales sur mineur). La majorité de ces victimes sont des femmes : 77 % lorsqu'il s'agit de violences physiques et 85 % pour les violences sexuelles. Cependant, avant 15 ans, les garçons sont légèrement plus nombreux à subir des violences physiques » (6).

« En 2021, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 64 300 victimes de violences intrafamiliales non conjugales, 47 900 au titre de violences physiques et 16 400 de violences sexuelles. Ces dernières sont presque toujours des violences sexuelles physiques, viols, agressions ou atteintes sexuelles » (2).

⁶ Dictionnaire Larousse.

La maltraitance intrafamiliale se caractérise par :

- **Un huis clos et pas de témoins**

« Le propre de la maltraitance est d'être une violence cachée, dont l'incompréhension est une violence dans la violence, et qui renvoie au fossé d'incompréhension qui sépare, souvent, ceux qui vivent une privation d'autonomie et ceux qui ne la vivent pas » (2).

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

- **Un système de loyauté complexe qui empêche les victimes de parler**

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

La famille est en effet un système organisé et structuré régi par des liens étroits et des règles tacites comme la non-dénonciation d'actes de maltraitance à des personnes extérieures au cercle familial. Le membre de la famille qui révèle les faits rompt l'équilibre du système et s'expose à l'ostracisation par ses membres. Même si la victime a conscience des actes de maltraitance qu'elle subit, il lui sera difficile de demander de l'aide car cela serait aller à l'encontre du système de loyauté familial (7).

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

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

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

- **La peur du jugement**

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

- **La non-conscience ou le déni de maltraitance**

➔ Comme ces violences sont parfois anciennes et s'inscrivent dans des histoires de violences répétées sur plusieurs générations, elles peuvent être niées par la victime et/ou considérées comme règles tacites de famille, de pactes conjugaux. Les personnes victimes ou les auteurs de

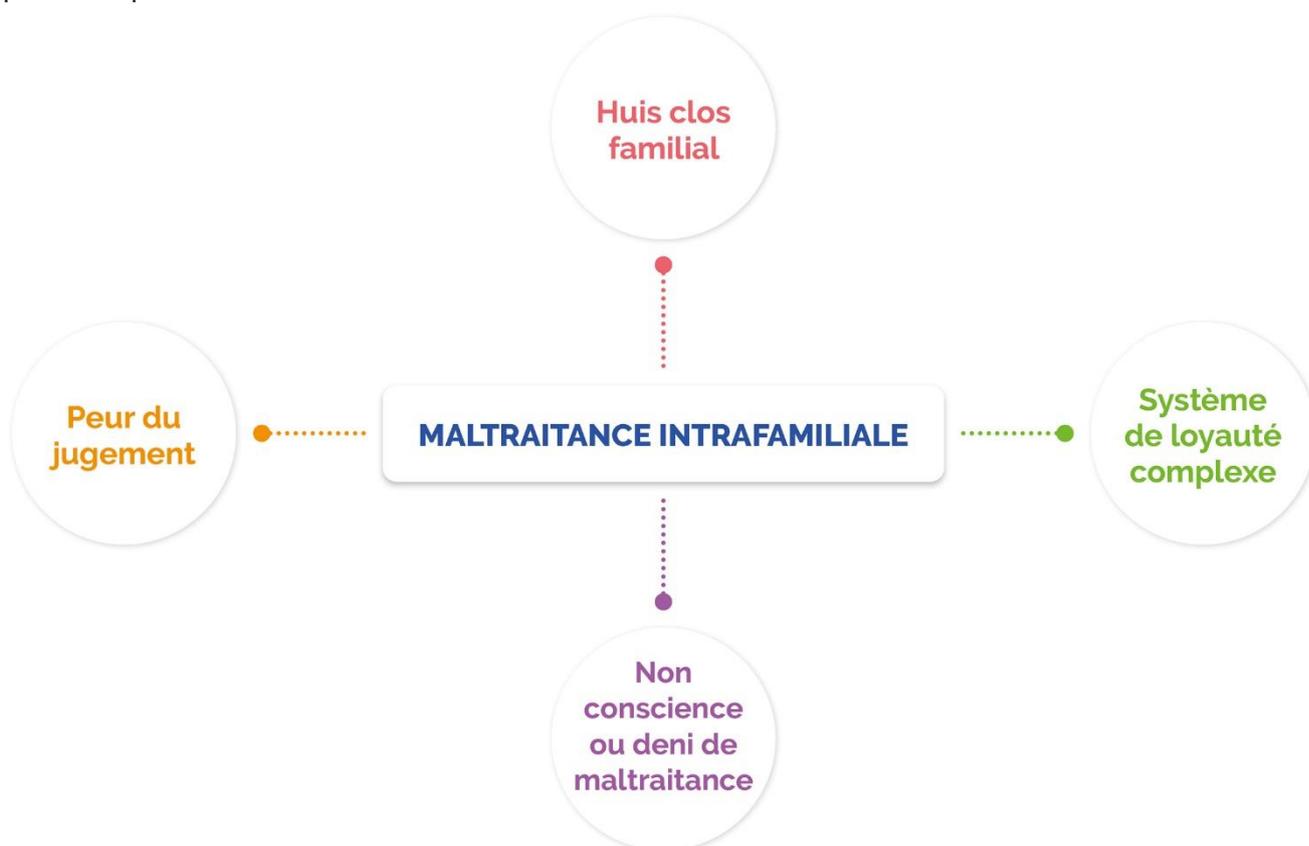
maltraitance peuvent ne pas être conscients que leurs paroles, gestes, attitudes et comportements constituent des actes de maltraitance.

➔ Reconnaître être victime de son enfant ou de son conjoint est tellement insupportable que les victimes s'enferment dans une forme de déni mental et/ou se mentent à elles-mêmes avant de mentir aux autres.

➔ L'auteur peut également être dans le déni de ses actes et/ou penser (à tort) être dans l'exercice de ses droits de parents, de conjoint.

➔ De même, la maltraitance s'instaure insidieusement au sein des cellules familiales et peut progressivement devenir plus fréquente et plus grave.

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



Dans ce guide, il est proposé d'examiner et d'apporter des connaissances, repères et recommandations sur⁷ :

- **La maltraitance sur les personnes âgées**
- **Les violences conjugales**
- **La maltraitance des enfants sur leurs parents, « parents violentés »**

1.3.1. La maltraitance sur personnes âgées

Définition

L'OMS définit la violence intrafamiliale sur personne âgée comme « *un acte unique ou répété, ou l'absence d'action appropriée, survenant dans le cadre d'une relation où l'on s'attend à ce qu'il y ait de la confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne âgée* » (9).

Données épidémiologiques

En 2017, une analyse de 52 études réalisées dans 28 pays de diverses régions a révélé que, au cours de l'année précédente, une personne âgée de plus de 60 ans sur six (15,7 %) avait été victime d'une forme de maltraitance (11).

La Fédération 3977 (contre la maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap) précise dans son rapport d'activité (12) que 65 % des victimes sont des femmes et 83 % ont plus de 60 ans. Dans près d'un dossier sur deux signalés à l'association, les personnes mises en cause sont les proches et les faits de maltraitance sont commis au domicile de la victime dans 73 % des cas. De nouvelles données indiquent que la prévalence de la maltraitance des personnes âgées tant dans leur environnement familial qu'en institution a augmenté pendant la pandémie de Covid-19.

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

Il faut souligner en effet que « dans la cellule familiale comme à l'extérieur, le mobile des agissements est la plupart du temps d'ordre financier » (13). Bien qu'un certain nombre de chantages et d'extorsions financières à l'intérieur de la cellule familiale soient couverts par l'immunité familiale patrimoniale, en ont été exclus les auteurs familiaux d'un vol portant sur des objets ou documents indispensables à la vie quotidienne de la victime, tels que des documents d'identité relatifs au titre de séjour ou de résidence d'un étranger ou des moyens de paiement ou de télécommunication. Une telle exclusion vise aussi le chantage, l'abus de confiance et l'escroquerie par renvoi à l'article 311-12 du Code pénal.

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

⁷ Ne seront pas abordées dans ces travaux :

- les maltraitements et violences sur enfants mineurs (se reporter au volet 3 du cadre de référence « enfants en danger ») ;
- les violences sur enfants de plus de 18 ans considérant que cette thématique fera l'objet d'une prolongation d'analyse dans une fiche repère ultérieure venant poursuivre le travail réalisé au sein du cadre de référence « enfants en danger » ;
- les violences sur autres membres de la famille qui feront l'objet d'une réflexion ultérieure.

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

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

1.3.2. Les violences conjugales

Définition

La violence au sein du couple est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes, quel que soit le type de relation, hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation. Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et culturels. La qualité de partenaire intime de l'auteur des faits (conjoint, concubin, partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité) constitue une circonstance aggravante de l'infraction pénale de violences (article 132-80 du Code pénal)⁸.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes⁹), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées. La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique (16).

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

Un conflit « est une opposition d'intérêts, d'opinions ou de valeurs entre deux ou plusieurs personnes sans que la peur détermine qui sera le gagnant. Bien géré, un conflit sera résolu sans violence par la négociation, le compromis ou la médiation » (17). Tandis que les violences conjugales sont un ensemble d'attitudes, de propos et de comportements visant « à effrayer, intimider, terroriser, manipuler, offenser, humilier, culpabiliser ou blesser autrui » (18) dans le but de gagner du pouvoir sur la personne et de la dominer. Le rapport de force est asymétrique : il y a un « dominant » et un « dominé ».

La persistance de ces violences s'inscrit dans ce qui est appelé le « cycle de la violence » pour désigner l'évolution de la violence par cycle (16) (Annexe 1 : cycle de la violence).

Or, l'augmentation de la fréquence et de la gravité de ces violences peut mener jusqu'à l'homicide de la victime ou à son suicide (19).

⁸ « Les peines encourues pour un crime, délit ou contravention sont aggravées lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, y compris lorsqu'ils ne cohabitent pas. La circonstance aggravante prévue au premier alinéa est également constituée lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un acte civil de solidarité. Les dispositions du présent alinéa sont applicables dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime (article 132-80 du Code pénal).

⁹ « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. »

Polyvictimisation et exposition à la violence des enfants

En raison de l'immédiate proximité des membres d'une même famille vivant sous le même toit, différentes formes de violence et de maltraitance peuvent cohabiter et toucher différents membres du foyer (9). Par exemple, la partenaire peut être victime de violence conjugale et l'enfant victime de maltraitance.

Dans le cas des violences conjugales, **l'article D1-11-1 du Code de procédure pénale** reconnaît le statut de victime aux enfants mineurs témoins ou victimes directes de ces violences¹⁰.

Une loi récente vise d'ailleurs à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes des violences intrafamiliales (loi n° 2024-233 du 18 mars 2024¹¹).

Données épidémiologiques

- 87 % des victimes de violences conjugales enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes (20).
- Les principales violences conjugales sont des violences psychologiques (27 % des femmes ont été victimes de violences psychologiques par leur partenaire), puis physiques et sexuelles (pour 15,9 % des femmes) (20).
- En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année (soit 25 victimes par heure) (16).
- Bien que moins fréquent, les hommes sont aussi victimes de violences conjugales (5).

Focus sur les personnes vulnérables

- Les femmes en situation de handicap sont souvent victimes de violence, notamment par leur partenaire proche aidant. La situation d'assistance et/ou de dépendance peut créer des bénéfices individuels et/ou interpersonnels entre le partenaire aidant et la partenaire en situation de handicap. Aussi, cette relation peut faire évoluer différents facteurs de risque comme des problèmes d'ordre psychique (anxiété, dépression), des conflits de couple et de l'insatisfaction dans la relation chez le partenaire aidant pouvant alors amener à des violences conjugales du proche aidant envers sa partenaire en situation de handicap (19, 21, 22).

- Les mères adolescentes sont plus vulnérables en raison d'une accumulation de traumatismes et de polyvictimisation liée à leurs parcours de vie, notamment la pauvreté et ses effets connexes (23).

- Les personnes issues de la diversité de genre et de la sexualité vivent une réalité qui conditionne plusieurs facteurs de risque (hétéronormativité, stigmatisation sexuelle, exclusion et isolement social, manque de soutien, etc., les rendant plus vulnérables face à des situations de violence conjugale (24).

¹⁰ L'article 3 du décret prévoit notamment qu'en cas de violences conjugales commises en présence d'un mineur, ce dernier doit pouvoir se constituer partie civile, le cas échéant en étant représenté par un administrateur *ad hoc*, y compris avant l'audience de jugement, afin qu'il puisse y être convoqué comme partie civile et non comme témoin.

¹¹ [Loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes de violences intrafamiliales](#)

1.3.3. Les parents violentés

À propos de la définition

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

De même, il n'existe pas de définition normée. Il est cependant possible de définir le phénomène comme : tout acte ou parole d'un enfant (adolescent ou jeune adulte) qui utilise les menaces, le chantage ou la violence physique, psychologique et/ou financière, sur l'un de ses parents ou les deux, de manière régulière alors qu'ils vivent sous le même toit. La violence diffère selon le genre de l'auteur : les garçons sont plus agressifs physiquement tandis que les filles sont davantage violentes psychologiquement et émotionnellement (25-27).

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

L'exposition à la violence au sein de la famille est systématiquement liée à la perpétration de la violence sur les parents. Routt et Anderson ont estimé que 50 à 80 % des auteurs ont été exposés à la violence intrafamiliale ou en ont été les cibles (29).

Le fait d'être exposé à un environnement familial consommateur de substances stupéfiantes et d'alcool augmente les risques de l'enfant de développer des comportements agressifs et violents vis-à-vis de son entourage et de ses parents (30).

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

Données épidémiologiques : une prévalence difficile à estimer

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

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

Dans les familles monoparentales, la mère est la cible dans 90 % (31) à 95 % des cas (32).

Dans 50 % à 88 % des cas, les adolescents ne frappent que leur mère (26).

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

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

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

2. Repérer, évaluer et accompagner

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

2.1. Les objectifs du repérage

Repérer une situation de maltraitance intrafamiliale : c'est observer au sein d'une relation qui lie deux personnes (un couple, une dyade parent/enfant, une personne âgée et son aidant) différents signes d'alerte qui peuvent traduire un éventuel déséquilibre dans la relation (dépendance/emprise/contrôle) et accroissent ainsi les risques de maltraitance et de violence¹².

Pourquoi repérer ? et dans quels buts ?

→ Repérer pour informer et prévenir

Repérer pour expliquer ce qui relève de la maltraitance et informer les victimes de leurs droits et les auteurs de ce qu'ils encourent.

Repérer (le plus précocement possible) pour désamorcer des situations potentiellement à risque de maltraitance et de violence (interventions et dispositifs de prévention et de médiation).

→ Repérer pour agir

Signaler, alerter les autorités compétentes en cas de mise en danger de la vie d'autrui pour protéger.

→ Repérer pour accompagner/suivre les personnes

Les victimes, mais aussi les auteurs, dont les aidants potentiellement épuisés par leur charge quotidienne (physique et mentale) susceptibles de devenir maltraitants par négligence ou omission.

→ Repérer pour soutenir les professionnels en difficulté ou en questionnement concernant ces situations

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

¹² Définition élaborée par le groupe de travail en séance.



2.2. Repérer

Le repérage de la maltraitance est primordial, d'autant plus s'il est précoce « car les faits de violence s'aggravent et s'accroissent avec le temps » (16).

2.2.1. Caractériser l'état ou la situation de vulnérabilité de la personne

Il existe des situations où le risque de maltraitance est plus élevé et pour lesquelles la vigilance des professionnels doit être renforcée, conformément aux grilles d'évaluation (voir chapitre 3).

Ces situations sont les suivantes.

le temps. Sa fille est de plus actuellement enceinte. Le couple vit dans le salon mais le logement est très encombré. Les bénévoles qui rendent visite à Madame G constatent que l'appartement est mal rangé et qu'il est devenu progressivement sale.

Le logement est si encombré que Madame G ne peut plus utiliser son déambulateur, ce qui la contraint à rester assise ou allongée, altérant progressivement ses capacités à se déplacer. De même, elle ne peut plus s'allonger et surélever ses jambes comme elle le souhaite.

Madame G se plaint souvent aux bénévoles. Elle affirme que sa fille lui crie dessus tout le temps, ne l'aide en rien et lui donne le minimum de soin. Dans le même temps, elle demande aux bénévoles de ne surtout rien dire à sa fille qui lui a déjà dit que personne ne la croirait.

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

| | |
|--|--|
| Les personnes en situation de forte dépendance envers leur conjoint | <ul style="list-style-type: none">– Dépendance économique et administrative exclusive associée à un handicap important physique et/ou psychique– Aidant exclusif– Situation d'emprise (victime se sentant responsable de la situation et excusant l'auteur, personne craignant de se séparer et de quitter le domicile avec peur des représailles) |
|--|--|

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

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

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

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

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

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

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

Il est important d'avoir en tête que :

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

2.2.3. Identifier les situations/temporalités à risque

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

Pour la maltraitance envers les personnes âgées

Deuil du conjoint
ou d'un proche

Perte affective
(rupture/éloignement
géographique)

Changement de lieu
de vie/déménagement

Annnonce d'une maladie
grave pour la personne
ou pour un proche

Aggravation d'une
maladie chronique

Pour les violences conjugales

Grossesse

Naissance du
premier enfant

Séparation/rupture

Arrivée du
troisième enfant

Deuil

Déménagement/
isolement/
perte de repères

Témoignages

Naissance du premier enfant : « Les violences physiques sont arrivées progressivement à partir de la naissance de leur fille, en se matérialisant par des gifles, des coups de poing et des bousculades. Ces violences se sont encore aggravées avec le temps. »

Séparation : « Un jour Madame a exprimé à Monsieur son souhait que le couple se sépare, ce qui a entraîné un épisode de violence particulièrement grave. Monsieur a pris Madame par le cou fermement en tentant de l'étrangler devant leur enfant. »

Pour les maltraitances subies par les parents

Séparation
des parents

Maladie grave/
Deuil d'un des parents

Recomposition familiale :
nouveau couple/évolution
de la famille

Changement de lieu/
déménagement

Changements liés
à l'emploi

2.3. Évaluer

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

→ Mettre en place des conditions favorisant la divulgation des maltraitances

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

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

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

➔ **Évaluer les signes de gravité de la situation de maltraitance (s'appuyer sur les grilles de repérage présentées au chapitre 3)**

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

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

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

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

Repères juridiques

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le Code de la santé publique (CSP) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Ce secret concerne aussi le professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) (article L. 1110-4 du CSP).

Les modalités d'échange (avec un ou plusieurs professionnels identifiés) et de partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social (lorsque les professionnels sont membres d'une même équipe de soins ou non) sont régies par les articles L. 1110-4 et suivants du CSP, et R. 1110-1 et suivants du CSP.

Seuls les professionnels listés à l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique¹³ (des professionnels de santé, mais aussi des professionnels du secteur social et médico-social) participant à la prise

¹³ Article R. 1110-2 du Code de la santé publique : « Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

a) Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du Code de l'action sociale et des familles ;

b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;

c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du Code de l'action sociale et des familles ;

d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;

e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;

f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;

g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;

en charge d'une même personne peuvent échanger et partager des informations (y compris médicales) à condition¹⁴ :

1° que ces seules informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne ;

2° qu'elles relèvent du périmètre de leurs missions.

Des professionnels de santé et des professionnels du secteur social/médico-social peuvent échanger ou partager des informations dans les conditions suivantes :

En cas d'échange d'informations

Préalablement à l'échange, le professionnel doit informer la personne concernée (ou son représentant légal) :

- de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange ;
- de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, ou de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

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

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

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

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

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

Repères juridiques

L'obligation de signalement et l'articulation avec le secret professionnel

h) (abrogé) ;

i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention ;

j) Personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article [L. 6327-1](#), des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article [L. 6327-6](#) et des dispositifs d'appui mentionnés au II de l'[article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé intervenant dans le cadre de leur mission de coordination du parcours de santé de la personne concernée et spécialement habilités par les représentants légaux de ces dispositifs ;

k) Étudiants en troisième cycle mentionnés aux articles R. 6153-1, R. 6153-2 et R. 6153-93 du présent code. »

¹⁴ Article R. 1110-1 du Code de la santé publique.

L'article 226-13 du Code pénal dispose que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».

L'article 226-14 du même code prévoit des exceptions :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1- À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 2263 du Code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ; (...) »

La nécessité de sauvegarder la sécurité des citoyens les plus vulnérables a amené peu à peu le législateur à créer à la charge de chacun des obligations de dénoncer ou d'agir.

C'est pourquoi la loi prévoit des situations où ces professionnels sont libérés de leur secret et où ils peuvent révéler des informations dans des conditions déterminées.

Dans d'autres situations, la loi impose une obligation de signalement aux autorités compétentes.

Enfin, en cas de péril immédiat pour la victime, les professionnels sont tenus, comme tous citoyens, à une obligation absolue de dénoncer ou d'agir.

2.4. Proposer un suivi et un accompagnement

Repérer et évaluer suppose un suivi et un accompagnement des victimes, mais également des auteurs, notamment les aidants, exposés aux risques d'épuisement et de devenir ainsi potentiellement maltraitants.

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

- Relater les faits observés (signes physiques, comportementaux...) chez la personne, les enfants, son entourage et lui faire part de votre inquiétude
- L'informer des conséquences des actes de maltraitance et de violence pour elle (ses enfants, son entourage)
 - ➔ **Laisser le temps à la victime de comprendre la situation (de violence et/ou d'emprise, de dépendance, etc.) pour ne pas aller plus vite qu'elle ne peut et rester en soutien le temps nécessaire**
- Ne pas brusquer la personne dans son récit
- Adopter une posture d'écoute active pour favoriser la parole
- Déculpabiliser la personne qui peut se sentir coupable de « briser la famille », lui rappeler qu'elle a le droit de se protéger elle et sa famille
- Réattribuer l'unique responsabilité des violences à l'agresseur

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

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

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

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

En ce qui concerne les témoins non victimes directs

- ➔ Sensibiliser les témoins extérieurs non victimes à intervenir (écouter, soutenir, alerter)
- ➔ Prendre en compte la demande d'anonymat des témoins le cas échéant

En ce qui concerne les auteurs

- ➔ Responsabiliser les auteurs (rappel des obligations, des droits et devoirs)
- ➔ Mettre en place des actions de médiation et de sensibilisation (à noter cependant que dans les situations de violences conjugales, une médiation ne semble pas pertinente)
- ➔ Repérer pour orienter vers les soins (notamment les auteurs qui présentent des troubles psychiques ou ont été eux-mêmes victimes et/ou témoins de violence)

Point de vigilance sur les aidants

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

- ➔ **Pour aller plus loin : recommandation HAS « Répit des aidants », publiée en juin 2024**

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

- Repérer les aidants en amont de l'épuisement le plus précocement possible
- Informer les aidants sur les dispositifs de droits et d'aides pour eux-mêmes et leurs proches
- Proposer des solutions de relayage permettant le maintien à domicile du proche aidé (infirmier, aide-ménagère, etc.)
- Former et sensibiliser les aidants sur les pathologies des proches, les gestes et postures adaptés...
- Proposer aux aidants un soutien psychologique
- Orienter les aidants vers des lieux de répit pour se ressourcer et se reposer et des espaces virtuels dédiés (communautés en ligne, aide individuelle en visioconférence) pour échanger
- Faciliter et travailler sur le lien entre aidants et proches aidés en les orientant vers des dispositifs de médiation

3. Grilles de repérage et cas pratiques

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

Grille 1. Repérage de la maltraitance sur les personnes âgées

Grille 2. Repérage des violences conjugales

Grille 3. Repérage de la maltraitance des enfants sur leurs parents, « parents violents »

Mode d'emploi des grilles

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

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

Objectifs

Sensibiliser les professionnels au repérage du risque de maltraitance intrafamiliale.

Destinataires

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

Structuration

Chaque grille de repérage comporte quatre grandes parties :



Les vigilances fortes : certaines situations sont plus à risque de maltraitance et de violence envers la victime supposée du fait de sa situation particulière de forte vulnérabilité. Ces situations constituent des moments où la vigilance des professionnels doit être accrue.



Les signaux d'alerte : ils constituent l'ensemble des signes/indices qui doivent éveiller l'attention des professionnels quant à un risque de maltraitance. Ces signaux d'alerte font partie des indices que peuvent voir, entendre et observer les professionnels au sein du domicile, chez la victime supposée, mais également chez l'auteur présumé.



Les facteurs de risques : il s'agit de caractéristiques liées à la victime, à l'auteur supposé ou à l'environnement.

Les facteurs de protection/points d'appui : il s'agit des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets de facteurs de risques.



Le + de ces grilles

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

-  Triangle rouge : niveau de vigilance très fort (danger grave et avéré, situation de péril)
-  Rond jaune : niveau de vigilance moyen à fort
-  Carré bleu : niveau de vigilance faible à moyen

Point de vigilance

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

Exemples de conduites à tenir

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

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

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

3.1. Maltraitance sur personnes âgées

3.1.1. La grille de repérage

Maltraitance sur personnes âgées – Grille de repérage

| | | |
|---|--|--|
| <p>Les vigilances fortes</p>  | <p>Les personnes en situation de handicap avec dépendance importante pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, faire les courses...)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Polyhandicap - Handicap avec perte importante d'autonomie - Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...) - Surdité-cécité - Handicap sensoriel important (malentendant, mal voyant...) |
| | <p>Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, <i>border line</i>...) - Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...) - Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacées, etc. - Trouble du développement intellectuel (déficience intellectuelle) - Troubles du spectre de l'autisme |
| | <p>Les personnes en situation de forte dépendance envers leur aidant</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La personne en perte d'autonomie qui dépend exclusivement de son aidant |
| | <p>Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Allophonie (non-maîtrise de la langue/barrière linguistique) - Illettrisme - Aphasie - Difficultés d'élocution à articuler (maladie de Charcot, suite d'un AVC) |
| | <p>Les temporalités à risque</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Deuil (du conjoint, d'une personne proche) - Perte affective (rupture, éloignement géographique) - Changement de lieu de vie/déménagement - Annonce d'une maladie grave pour la personne ou pour un proche - Aggravation d'une maladie chronique |
| <p>Les signaux d'alerte</p> <p><i>Ce que j'observe, je vois, j'entends</i></p>  | <p>Signes physiques</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Lésions cutanées suspectes : bleus, ecchymoses, notamment associés à des explications « vagues » et/ou contradictoires ▲ Plaies, brûlures, fractures ▲ Déshydratation (lèvres sèches, fatigue, vertige, maux de tête) ▲ Infections sexuellement transmissibles sans contexte ou possibilité de relations consenties ▲ Plaies génitales et/ou anales ● Défaut de soins (protection pour incontinence non changées, escarres non traitées, toilette non faite) ● Perte de poids, détérioration de l'état général ■ Absence de lunettes, de prothèses dentaires ou auditives malgré le besoin ou la prescription |
| <p>▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne</p> | | |

Les signaux d'alerte (suite)

Signes comportementaux d'apparition ou de modification récente

- ▲ Plaintes de maltraitance ou de violences
- ▲ Menace de passage à l'acte, tentative de suicide
- ▲ Méfiance, hésitation à parler, interaction craintive
- Propos suicidaires (idées noires)
- Peur anxiété, repli de soi
- Modification humeur (+/-) (perte de contact, tristesse, pleurs, auto-négligence ; agitation inhabituelle, refus de se lever, perte d'envie, repli sur soi).
- Déclin rapide des capacités cognitives (perte soudaine de mémoire, difficultés à se repérer dans l'espace, désorientations...)
- Demande systématiquement la permission d'un tiers
- Automutilation
- Refus des soins, des médicaments ou l'alimentation
- Désinhibition sexuelle (attitude, propos)
- Changement du rythme (augmentation ou diminutions) des consultations médicales
- Perte d'appétit
- Troubles du sommeil (dort beaucoup ou très peu)
- Incontinence

Conditions de vie de la personne concernée et de son entourage

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

Sa relation avec l'aidant

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

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

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Les signaux d'alerte (suite) | Entourage familial | <ul style="list-style-type: none"> ● Entourage en souffrance psychique (addictions, violences, agressivité) ● La victime soutient systématiquement l'auteur présumé (loyauté, dépendance affective) ● Entourage conflictuel et/ou dysfonctionnel (désaccord intrafamilial, opposition aux projets de soin et d'accompagnement, au choix du lieu de vie) ● Absence d'accompagnement social ou médico-social ■ Entourage en difficultés économiques |
| Les facteurs de risques associés | Liés à la victime | <ul style="list-style-type: none"> ● Histoire de violences subies (victime ou auteur) ■ Isolement social important |
| | Liés à l'auteur supposé | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Troubles psychiatriques/troubles du comportement ▲ Addiction (alcool ou drogue) ● Histoire de violences subies (victime ou auteur) ● Antécédents judiciaires de violence ● Si l'auteur est l'aidant ● Isolement relationnel de l'aidant ● Épuisement de l'aidant (l'aidant dit qu'il est fatigué, qu'il n'a pas de répit ni de relais) ● L'aidant perçoit son rôle comme un fardeau ● L'aidant organise seul l'ensemble des soins, administre les comptes, gère l'ensemble du quotidien (aidant exclusif) ● L'aidant est dépendant financièrement de la personne aidée ● L'aidant rencontre des difficultés personnelles (psychologiques, médicales, physiques, financières...) ● Il existe un conflit familial/une histoire familiale complexe |
| Les facteurs de protection | De la personne | <ul style="list-style-type: none"> - Estime de soi - Capacité à demander de l'aide - Connaissance de ses droits - Capacité à se fixer des objectifs - Capacité à faire face aux événements - Capacité à exprimer ses émotions - Capacité financières propres |
| | De son entourage | <ul style="list-style-type: none"> - Personnes disponibles et à l'écoute (membres de la famille, professionnels, amis, voisins, bénévoles...) |
| | De son environnement | <ul style="list-style-type: none"> - Cohésion de quartier - Proximité établissements de santé et services médico-sociaux. - Offre de service adaptée à la population âgée - Milieu de vie exempt d'âgisme et favorisant participation sociale |
| | | <p>▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne</p> |

3.1.2. Évaluer à partir d'un cas pratique

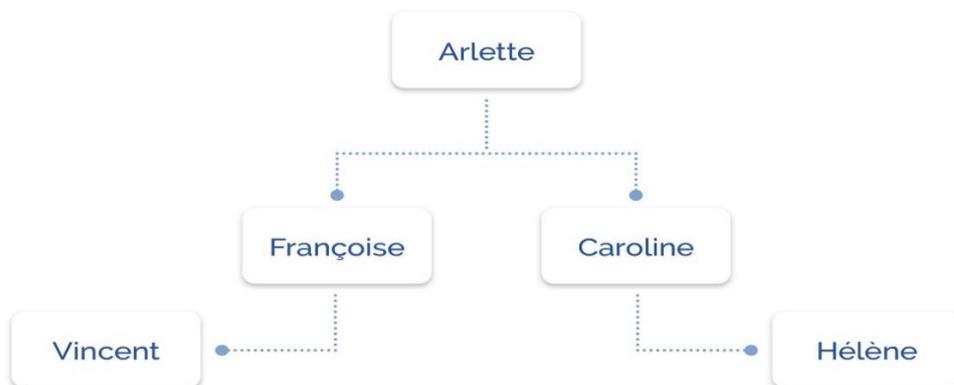
Présentation de la situation

Arlette, 89 ans, est veuve. Elle vit seule à domicile. Elle perçoit une petite retraite d'environ 1 000 euros.

Elle a deux filles, Françoise âgée de 70 ans et Caroline âgée de 62 ans.

Françoise a un fils Vincent (42 ans) avec qui elle est fâchée depuis de nombreuses années.

Caroline, de son côté, a une fille Hélène âgée de 38 ans.



Arlette apprend que son petit-fils Vincent est dans une situation difficile. Il a perdu son emploi et se remet difficilement de son divorce. Arlette propose à son petit-fils de l'héberger chez elle le temps qu'il retrouve un emploi et un logement.

Dans la même période, Arlette fait plusieurs chutes. Son médecin prescrit l'intervention d'infirmières à domicile et conseille aussi la mise en place d'aides à domicile pour le ménage, les courses et la préparation de repas.

Son petit-fils Vincent, récemment installé chez sa grand-mère, propose de s'en charger. Arlette, sa fille Caroline et sa petite-fille Hélène sont d'accord. Elles ont toutes les 3 une bonne relation avec Vincent. Seule la mère de Vincent, Françoise, est opposée à cette solution.

Par ailleurs, depuis que Vincent habite chez sa grand-mère, Françoise, fâchée avec son fils, ne vient plus voir sa mère Arlette. Elle se contente de lui téléphoner une fois par semaine.

Vincent devient ainsi l'aidant d'Arlette pour le ménage, les courses, la préparation du repas.

Cependant, les infirmières qui viennent tous les jours à domicile constatent que la maison ne semble pas entretenue (les sanitaires sont extrêmement sales) et il fait froid dans la maison qui ne semble pas être chauffée.

Arlette a perdu quelques kilos, porte toujours les mêmes vêtements tachés.

Les infirmières discutent avec Arlette et apprennent que souvent ses repas se résument à quelques brioches, chips ou tranches de saucisson. Arlette se dit aussi inquiète car elle n'a plus d'argent pour payer son fuel et se plaint que « *la nourriture devient de plus en plus chère* ».

Les infirmières, surprises par les propos d'Arlette, décident d'interroger Vincent à ce sujet. Mais Arlette excuse d'emblée son petit-fils, « *le pauvre, la vie n'est pas facile pour lui... Il ne va pas bien. Il fait ce qu'il peut* ».

Les infirmières sont inquiètes et préviennent le médecin traitant de la situation. Le médecin, qui est aussi le médecin de Vincent depuis qu'il habite chez sa grand-mère, vient à domicile. Il s'entretient avec Vincent et constate qu'il est en pleine dépression.

Le médecin a prescrit des médicaments à Vincent et l'a orienté vers un confrère pour un suivi adapté. Cependant, Vincent ne prendra pas les médicaments et ne se rendra jamais chez le confrère médecin et la situation pour Arlette devient de plus en plus critique.

Les infirmières, inquiètes, décident de recontacter le médecin.

Un temps d'échange entre les infirmières et le médecin est prévu. À la suite de cet échange, il est décidé que le médecin contacte Caroline, la fille d'Arlette.

Le médecin contacte Caroline et lui explique les difficultés rencontrées. Caroline est désespérée. Elle ne peut pas en parler avec sa sœur Françoise puisque cette dernière est fâchée avec son fils Vincent.

Elle décide de discuter directement avec Vincent. Vincent dit oui à tout ce qu'elle lui demande mais n'agit absolument pas.

Caroline finit par en parler à sa propre fille Hélène, laquelle était très proche de Vincent quand ils étaient plus jeunes. Hélène va passer tout un week-end chez sa grand-mère pour observer la situation. Elle a ainsi tout le temps nécessaire pour discuter avec Vincent. Elle comprend ainsi où passe l'argent que donne sa grand-mère à Vincent pour les courses. Il achète de la drogue « pour tenir, pour se sentir mieux ».

Caroline réussit à convaincre Vincent d'accepter d'être suivi pour sortir de cette dépression. Hélène contacte le médecin traitant pour lui demander de prendre un rendez-vous le plus tôt possible avec son confrère. Hélène l'accompagnera pour ce suivi et lors des premières visites de consultation.

En parallèle, Caroline a mis en place l'intervention d'aides à domicile pour Arlette et sollicité l'aide d'une assistante sociale pour solutionner les problèmes d'argent et pouvoir à nouveau chauffer la maison.

Progressivement, la santé d'Arlette s'améliore (Arlette n'a plus eu besoin de soins infirmiers, elle a eu des repas équilibrés tous les jours et le fuel a pu être livré pour pouvoir chauffer la maison).

L'aide à domicile s'occupe du ménage et du repassage et Caroline a demandé à cette dernière de garder un œil sur ce qui se passe à la maison.

Vincent est maintenant suivi pour sa dépression, épaulé par l'aide à domicile pour l'entretien de la maison, il se charge des courses et des repas.

Arlette reprend des forces et a retrouvé surtout sa joie de vivre.

Analyse de la situation

→ Caractériser l'état ou la situation de vulnérabilité de la personne

Les infirmières ont bien pris en compte que la situation d'Arlette faisait partie des situations **de fortes vigilances de risque de maltraitance**.

Arlette est très âgée et récemment fragilisée par plusieurs chutes.

- Arlette devient dépendante à la suite des chutes et dépend exclusivement de son petit-fils Vincent.

→ Identifier les signaux d'alerte et les facteurs de risque

Les infirmières observent et notent les signes d'alerte chez Arlette, au sein du domicile et dans le comportement de l'aidant.

Signes physiques et comportementaux de la personne

- Perte de poids, détérioration de l'état général.
- Apparence négligée d'Arlette (vêtements toujours tachés).

Conditions de vie de la personne concernée et de son entourage

- Manque d'argent pour les dépenses courantes (alimentation, chauffage) : la maison n'est pas chauffée et Arlette ne se nourrit pas assez car Vincent, le petit-fils, détourne l'argent pour s'acheter de la drogue.
- L'aidant est en souffrance psychique (Vincent est en dépression et consomme des stupéfiants).
- L'aidant est en précarité financière.
- Cohabitation avec une personne ayant des addictions.

Relation avec l'aidant

- La victime soutient systématiquement l'auteur présumé : la grand-mère minimise et excuse son petit-fils « qui ne va pas bien ».

Entourage familial

- Entourage conflictuel et/ou dysfonctionnel : Françoise, une des deux filles d'Arlette, est fâchée depuis de nombreuses années avec son fils Vincent qui est l'aidant principal d'Arlette.
- Contexte familial complexe.

→ **Échanger avec la personne (hors la présence de l'aidant/auteur supposé)**

Les infirmières discutent et interrogent Arlette.

→ **Contacter le médecin généraliste et organiser un temps de concertation/échange**

Les infirmières contactent le médecin généraliste et échangent avec lui pour déterminer comment agir de manière la plus pertinente possible.

La fille d'Arlette est ainsi contactée et informée pour rechercher une solution.

→ **Organiser un système de veille en mobilisant les différents professionnels du domicile (éducateurs, assistants sociaux, professionnels du sanitaire et médico-social et bénévoles, etc.), le recueil de signaux d'alerte éventuels et tout changement de comportement de la personne**

L'aide-ménagère a été informée de la situation dans laquelle Arlette s'est retrouvée précédemment avec son petit-fils et il lui a été demandé d'être vigilante et attentive au comportement de Vincent.

→ **Soutenir l'aidant**

Vincent souffrait d'une dépression et souffrait d'addiction, un suivi médical lui a été proposé et Vincent accepte enfin de prendre ses traitements et de se rendre à ses rendez-vous. Sa santé mentale s'est améliorée et il a mis un terme à ses addictions.

S'il s'occupe des courses et du ménage, une aide-ménagère s'occupe de l'entretien de la maison.

Synthèse du cas

À travers cet exemple, on peut voir que le médecin traitant et un des membres de la famille (Caroline) ont eu une importance capitale.

Dans d'autres situations, il existe d'autres relais territoriaux d'appui (DAC, SSD, pôle gérontologie, mission handicap, etc.).

Dans une situation où il y a différents acteurs (professionnels et membres de la famille) impliqués, il est nécessaire de désigner un coordinateur qui rassemble les indices, les témoignages et coordonne les actions.

3.2. Les violences conjugales

3.2.1. La grille de repérage

Violences conjugales – Grille de repérage

Les vigilances fortes



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

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

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

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

Les personnes en situation de forte dépendance envers leur conjoint

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

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

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

Les temporalités à risque

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

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte

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



Signes physiques

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

Signes comportementaux observés et/ou rapportés

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

Conditions de vie

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

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

Les signaux d'alerte (suite)

Relation avec le conjoint

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

Signes pouvant être observés chez l'enfant

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

Les facteurs de risques associés

Ce que j'interroge, je cherche, je recoupe



Liés à la victime présumée

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

Liés à l'auteur présumé

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

Liés à l'entourage et l'environnement

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

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

Les points d'appuis



| | |
|----------------------|---|
| De la personne | <ul style="list-style-type: none">- Bonne estime de soi- Capacité à demander de l'aide- Connaissance de ses droits- Capacité à se fixer des objectifs- Capacité à faire face aux événements- Capacités financières propres mêmes faibles (aide universelle d'urgence de la CAF, SMIC, AAH, réserve d'argent personnel)- Volonté de protéger les enfants |
| De son entourage | <ul style="list-style-type: none">- Personnes disponibles et à l'écoute- Proches pouvant apporter une aide financière et en capacité d'accueillir dans leur logement |
| De son environnement | <ul style="list-style-type: none">- Cohésion de quartier- Proximité de services et établissements médicaux et sociaux (hébergements d'urgence disponibles)- Soutien des collègues de travail et de la hiérarchie |

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

3.2.2. Évaluer à partir d'un cas pratique

Présentation de la situation

Madame Y, âgée de 40 ans, est mère de jumeaux de 6 ans. Elle contacte Nathalie K, infirmière libérale, pour bénéficier de soins à domicile, à la suite d'une plaie suturée, située sur le visage au niveau de l'arcade sourcilière.

Madame Y reçoit donc l'infirmière à son domicile. Le mari de Madame Y se tient à ses côtés. Elle explique qu'elle a glissé dans la douche. Son mari l'aurait accompagnée immédiatement dans un service d'urgences après sa chute. Elle montre à Nathalie K le compte rendu médical du service des urgences. Il est mentionné que la patiente « *a chuté accidentellement* » dans la douche et qu'elle présente une plaie de l'arcade sourcilière gauche qui a nécessité trois points de suture. Sur le document médical, il est mentionné : « *Antécédents médicaux et chirurgicaux : fractures du nez en 2019 (à la suite d'un accident en vélo), entorse de la cheville droite en 2021 (à la suite d'une chute dans les escaliers), deux tentatives de suicide en 2022 par prise de médicaments* ».

Pendant toute la réalisation du soin, le mari de la patiente reste présent. Nathalie K demande à Madame Y comment elle a pu chuter dans la douche. La patiente répond visiblement gênée « *je ne sais pas* », et son mari ajoute rapidement en riant et avec un ton moqueur : « *de toute façon, elle est super maladroite, je me demande même parfois si elle sait marcher, elle tombe tout le temps sans faire exprès* ».

Deux jours plus tard, Nathalie K retourne au domicile de Madame Y (qui ce jour-là est seule) pour refaire son pansement. Dans le salon, plusieurs bouteilles de bière vides sont éparpillées. Madame Y qui remarque le regard de l'infirmière en direction des bouteilles déclare : « *je suis désolée pour le désordre, mon mari a un peu bu hier soir, ça lui arrive parfois, mais pas tout le temps, je vous rassure* ». Nathalie K profite du temps des soins pour demander à Madame Y comment elle se sent. Elle répond « *je suis très fatiguée depuis cette chute, je dors mal, même en prenant les médicaments que j'ai pour dormir* ». L'infirmière l'interroge

alors sur les médicaments qu'elle prend habituellement. Elle répond « *j'ai un antidépresseur, un anxiolytique et un somnifère* » et explique « *je prends cela depuis 10 ans, c'est mon médecin généraliste qui me les a prescrits, car je suis en dépression depuis des années* ». L'infirmière lui demande s'il y a une raison à sa dépression. Madame Y regarde Nathalie K, méfiante, et répond « *non, c'est juste que je ne suis pas bien moralement depuis des années, surtout depuis la naissance de mes jumeaux, mais je ne suis pas folle, juste fatiguée moralement* ». L'infirmière répond qu'effectivement s'occuper de deux enfants (jumeaux de surcroît) représente beaucoup de travail et qu'elle comprend sa fatigue. Nathalie lui demande si elle travaille ou a déjà travaillé et la patiente répond : « *Non, j'ai arrêté mes études au bout d'un an de fac, et j'ai ensuite enchaîné des petits boulots, mais je ne travaille plus depuis que je suis tombée enceinte.* »

Une fois les soins terminés, Madame Y se lève de la chaise sur laquelle elle était assise, et brutalement porte la main sur sa cuisse gauche, en poussant un cri. Elle explique « *j'ai un gros bleu sur la cuisse à cause de la chute dans la douche* ». L'infirmière regarde alors la cuisse et constate un hématome très important.

Devant l'étendue de l'hématome sur la cuisse et les douleurs rapportées par la patiente, Nathalie K conseille à Madame Y de voir son médecin généraliste rapidement et propose même de joindre le médecin pour lui expliquer qu'elle est inquiète pour cet hématome et qu'il est nécessaire qu'il la reçoive rapidement. Madame Y se montre alors anxieuse, s'agite, se met à trembler et dit « *non, non, je vais le faire moi, je dois voir avec mon mari si je peux y aller et s'il peut me donner de l'argent pour prendre le bus et aller chez le médecin* ».

Analyse de la situation de risque

→ Identification des signaux d'alerte et facteurs de risque

Signaux d'alerte

- *Signes physiques* : plaie de l'arcade sourcilière, hématome sur la cuisse.
- *Signes comportementaux observés et/ou rapportés* : antécédents de tentative de suicide mentionnés sur le bilan médical, humeur dépressive, antécédents de traumatismes multiples expliqués par des chutes accidentelles, patiente gênée et restant évasive lorsqu'on lui demande d'expliquer les circonstances de la chute, fatigue rapportée, patiente qui se montre méfiante lorsqu'elle est interrogée sur sa dépression.
- *Relation avec son mari* : mari restant à côté de Madame Y au moment des soins infirmiers, mari tenant des propos rabaissants (« *je ne sais même pas si elle sait marcher, elle tombe tout le temps* »), patiente expliquant devoir demander l'autorisation à son mari d'aller consulter.

Facteurs de risque

- *Liés à l'auteur* : consommation excessive d'alcool (bouteilles de bière éparpillées dans le salon).
- *Liés à la victime* : probable dépendance financière (demande « *d'argent pour prendre le bus et aller chez le médecin* »).

Les signaux d'alerte et facteurs de risques identifiés et notés amènent l'infirmière à chercher d'autres éléments pouvant confirmer ou infirmer la situation de violences conjugales. L'infirmière décide alors d'interroger la patiente pour rechercher si elle est ou non victime de violences de la part de son mari.

Nathalie K demande à Madame Y : « *Est-ce que tout se passe bien à la maison en ce moment ? Est-ce que ça va avec votre mari ?* » Madame Y paraît très gênée et ne répond pas. Nathalie K l'encourage à se confier et lui demande plus précisément si son mari est parfois violent avec elle.

Madame Y se met alors à pleurer. Elle avoue être victime de violences de la part de son mari depuis leur mariage il y a 10 ans. Elle explique qu'il aurait commencé à l'insulter, puis depuis la naissance de leurs jumeaux il la frapperait, surtout quand il boit de l'alcool. Elle n'a pas effectivement chuté dans la douche, il lui a frappé la tête contre un mur et lui a donné des coups de câble sur la cuisse.

L'infirmière poursuit et lui demande si ses deux enfants sont présents lorsque son mari est violent avec elle. La patiente explique que ses enfants ont assisté plusieurs fois à des disputes verbales entre elle et son mari et qu'ils étaient présents à plusieurs reprises lorsqu'elle était victime de coups portés par son mari. Elle explique : « *Mes enfants, ils ont changé depuis quelque temps, ils dorment mal la nuit, un des deux me frappe depuis quelques mois quand je le gronde.* » Elle poursuit : « *Je sais que tout cela n'est pas normal, mais je ne peux pas partir, je n'ai personne chez qui aller, je n'ai pas d'argent, et je ne peux pas priver mes enfants de leur père... j'ai vraiment peur de le quitter...* » Elle explique que sa famille serait pour partie à l'étranger et l'autre partie de l'autre côté de la France. Elle sort peu de chez elle et n'aurait pas d'ami proche.

→ **Dans ce type de situation, il est nécessaire de rechercher les autres facteurs de risque**, notamment ceux liés à l'auteur, tels que la présence de troubles psychiatriques ou du comportement ou encore une antériorité de violences conjugales sur une précédente compagne.

Nathalie K poursuit donc ses questions, notamment questionne Madame Y sur son mari et le comportement de ce dernier. Madame Y explique ainsi que son mari est suivi par un psychiatre pour une « anxiété ». Elle ne sait pas s'il aurait été violent avec d'autres femmes. Il ne lui a jamais parlé de ses précédentes relations.

→ Dans le cadre de violences conjugales qui se confirment, **il est important d'évaluer si la victime se trouve dans une situation de vulnérabilité** (point de vigilance fort) qui peut signifier une aggravation du danger encouru vis-à-vis de l'auteur des violences.

Pour Madame Y, on peut donc rajouter des signaux d'alerte et facteurs de risques supplémentaires ainsi qu'une situation de vigilance forte.

Signaux d'alerte

Chez les enfants :

- enfants exposés à la violence/développement probable de troubles du comportement.

Les enfants témoins des violences conjugales peuvent aussi « constituer » des signaux d'alerte, soit en rapportant directement les violences dont ils sont témoins à un tiers, soit par le changement de leur comportement, ici des troubles du sommeil et une attitude violente envers la mère (reproduction des violences dont ils sont témoins). Les enfants sont par ailleurs des victimes de la violence conjugale (**décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 et**

loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes de violences intrafamiliales).

Facteurs de risque

Liés à l'auteur :

- probable addiction à l'alcool (bouteilles de bière éparpillées dans le salon) ;
- troubles psychiatriques : le mari est suivi pour « anxiété » par un psychiatre.

Vigilance forte

- Dépendance économique.
- Situation d'emprise probable (dépendante des décisions et de l'approbation de son mari, peur de se séparer et de quitter le domicile, culpabilité à l'idée de séparer les enfants de leur père).

→ Il est important également d'identifier les facteurs de protection pour accompagner la victime dans :

- sa prise de conscience et reconnaissance de la maltraitance ;
- sa prise de parole et révélation des faits de maltraitance ;
- sa dénonciation des faits aux autorités compétentes ;
- son désir de séparation ou sa séparation effective ;
- sa perception de la sécurité et du bien-être de ses enfants : cela permet de mobiliser la victime dans les démarches à entreprendre dans ces situations, surtout pour des victimes réticentes à se séparer, à déposer plainte, etc.

Pour Madame Y, il n'a été identifié aucun point d'appui qui pourrait aider la patiente à sortir de sa situation : patiente isolée, sans estime d'elle-même et sans capacité financière. Cependant, en tant que professionnel, il est nécessaire de rechercher comme point d'appui sa perception de la sécurité et du bien-être de ses enfants.

Accompagnement proposé à Madame Y

- Poursuite des soins au cabinet plutôt qu'au domicile, pour être certain de se retrouver seul avec elle, sans l'intrusion de son mari. Pour faciliter et justifier sa venue au cabinet, possibilité de rédiger une prescription qui indique qu'il est nécessaire qu'elle vienne au cabinet pour retirer les points de suture.
- Contacter le médecin traitant avec l'accord de la patiente, pour qu'il puisse recevoir la patiente et assurer la continuité des soins et un suivi dans le cadre des violences conjugales.
- Orientation de la patiente vers une association d'aide aux victimes.
- Recherche d'aide financière.
- Orientation vers le service social pour accompagnement social et solutions d'hébergement si Madame Y souhaite quitter le domicile.

Focus sur le signalement de violences conjugales

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

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

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

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

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

Le médecin plus particulièrement peut être amené à évaluer le niveau de danger immédiat et de contrainte morale exercée sur la victime. Pour cela, il s'aide du vade-mecum rédigé par le ministère de la Justice en partenariat avec la Haute Autorité de santé et le Conseil national de l'ordre des médecins, qui liste des questions à se poser pour caractériser le danger et l'emprise (8).

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

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

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

3.3. Parents violentés

3.3.1. La grille de repérage



Parents violentés – Grille de repérage

Maltraitements des adolescents ou des jeunes adultes sur leurs parents

| | | |
|---|--|---|
| <p>Les vigilances fortes</p>  | <p>Les personnes en situation de handicap avec perte ou restriction importante d'autonomie pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (comme se nourrir, se laver, faire les courses...)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Polyhandicap - Handicap avec perte importante d'autonomie - Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...) - Surdité-cécité - Handicap sensoriel important (malentendant, mal voyant...) |
| | <p>Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, <i>border line</i>...) - Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...) - Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacées, etc. - Trouble du développement intellectuel (déficience intellectuelle) - Troubles du spectre de l'autisme |
| | <p>Les personnes dans l'incapacité de communiquer, de s'exprimer</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Allophonie (non-maîtrise de la langue/barrière linguistique) - Illettrisme - Aphasie - Difficultés d'élocution à articuler (maladie de Charcot, suite d'un AVC) |
| | <p>Les temporalités à risque</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Séparation des parents/deuil d'un des parents - Recomposition familiale : nouveau couple, évolution de la fratrie - Changement de lieu de vie/déménagement |
| <p>Les signaux d'alerte</p> <p><i>Ce que j'observe, je vois, j'entends</i></p>  | <p>Signes physiques</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Lésions cutanées suspectes : bleus notamment associés à des explications « vagues » et/ou contradictoires ▲ Plaies, brûlures, fractures apparentes ou bandage/pansement ● Tenue vestimentaire trop grande, inadaptée à la saison (pour cacher des marques de coups) ● Hygiène se dégradant (détérioration de l'état général de santé et d'hygiène), odeurs corporelles ● Amaigrissement ou prise de poids brutale ■ Signaux de fatigue (cernes, teint p le...) |
| <p>▲ Vigilance forte ● Vigilance moyenne à forte ■ Vigilance faible à moyenne</p> | | |

Les signaux d'alerte (suite)

| | |
|---|---|
| <p>Signes comportementaux observés et/ou rapportés</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Idées suicidaires (idées noires, perte d'espoir « à quoi bon », « je n'y arriverai jamais » pleurs fréquents) « j'en peux plus » « je vais me foutre en l'air » ▲ Verbalisation de la maltraitance et ou de la violence « il/elle va encore se mettre en colère » ▲ Conduites addictives ou consommations excessives de produits (alcool, drogue, médicaments psychotropes ou anxiolytiques, etc.) ▲ Postures de retrait, d'isolement ou d'évitement (regard fuyant, mutisme, repli sur soi, etc.) ● Plaintes somatiques multiples (douleurs non expliquées) ● Comportement « éteint », changement de comportement/caractère, perte de confiance et d'estime de soi, « je ne sers à rien » « je ne suis pas à la hauteur de mon rôle de parent » ■ Troubles du sommeil (irritabilité) |
| <p>Conditions de vie</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Logement dégradé, endommagé, coups sur les murs, fenêtres ou portes cassées ■ Omniprésence du parent au domicile ■ Cohabitation imposée avec copains/copines ■ Accès limité aux espaces dans le logement |
| <p>Relation parent/enfant</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Changement d'attitude et de discours en présence de l'enfant/ado ▲ Soumission, absence de réaction/d'émotion ● Nombreux cadeaux faits aux ados pour garantir la tranquillité ● Exigences fortes d'achat des enfants ● Problématique de cadre éducatif (trop ou pas de limites opposées à l'enfant/ado) ● Communication violente quasi permanente, répétition fréquente des tensions et conflits (colère, insultes, chantage affectif, menaces...) ● Mouvement rejets/fusions ; alternances de scènes de tensions/violences et de proximité affective ; bagarre/câlin réparateur |
| <p>Entourage</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Absence d'entourage ▲ Huis-clos familial |
| <p>Parent</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▲ Consommation excessive de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes ou anxiolytiques, d'alcool ● Fragilité psychique (dépression, anxiété généralisée, troubles de l'humeur et du comportement) ● Ex-victime de violences (subies ou témoins) ■ Famille monoparentale |

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

Les facteurs de risques associés

Ce que j'interroge,
je cherche,
je recoupe



Enfant (ado/jeunes adultes)

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

Liés aux conditions de vie/entourage et environnement

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

Les facteurs de protection



De la personne/parent

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

Dans l'entourage du parent

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

Dans l'environnement du parent

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

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

3.3.2. Évaluer à partir d'un cas pratique

Présentation de la situation

Madame H est âgée de 45 ans. Elle vit en couple dans un appartement (T3 dans un logement social) en périphérie d'une commune urbaine de moyenne importance.

Le couple partage le logement avec leurs 2 fils : Corentin (17 ans) et Mathieu (25 ans). Le cadet porte le nom de sa mère et l'aîné celui du père.

Madame H bénéficie d'une mesure de curatelle en raison de troubles psychiatriques et notamment des comportements dépressifs importants.

L'assistant social du secteur a demandé une prise en charge par un SAMSAH spécialisé pour les personnes en situation de handicap psychique. L'assistant social se disait démuni face aux variations d'état psychique de Madame H qui présentait des moments de fort repli sur elle-même lors de phases dépressives. Ces phases sombres étaient majorées par des conduites addictives à des traitements psychoactifs, notamment des benzodiazépines.

Peu après le début d'accompagnement par le SAMSAH, le compagnon de Madame H quitte le domicile et l'aîné de ses fils est incarcéré une nouvelle fois en prison. Ce dernier avait des comportements agressifs et violents liés à des consommations d'alcool importantes. Sa présence dans le logement de sa mère empêchait toute intervention au domicile. L'incarcération du fils a rendu les visites au domicile de Madame H possibles par l'équipe du SAMSAH.

Dès la première visite, l'équipe remarque que le domicile est très moyennement entretenu et qu'il y a quelques meubles et objets qui semblent cassés.

Madame H affirme que l'aîné de ses fils (actuellement en prison) pouvait s'en prendre aux objets lorsqu'elle refusait de lui donner de l'argent lorsqu'il n'avait notamment plus de quoi consommer.

Le cadet des fils, Corentin, est présent lors de cette visite mais ne se présente pas à l'équipe et reste enfermé dans sa chambre.

Au fur et à mesure des visites, l'équipe constate de nouveaux impacts dans les murs et sur les portes. Madame H reste évasive lorsqu'on l'interroge sur la cause de ces dégradations puis finit par indiquer que son fils cadet Corentin peut parfois « *se mettre en colère* ».

L'infirmière qui intervient le plus souvent à domicile aborde régulièrement ce point sans que Madame H donne des informations à ce sujet. Néanmoins, Corentin se fait plus présent lors des visites puis parfois vient s'asseoir à la table des entretiens.

Il est convenu lors d'une réunion d'équipe (en accord avec Madame H et afin de pouvoir établir un lien avec Corentin) que l'équipe ne s'opposera pas à sa présence.

Madame H accepte et semble même rassurée de cela sans pour autant verbaliser ou exprimer clairement son attente.

L'équipe informe Madame H qu'elle fait le lien avec le mandataire judiciaire pour faire le point sur la situation. En effet, la curatrice affirme que des demandes d'argent supplémentaires sont faites régulièrement avec une forme d'urgence de la part de Madame H.

Petit à petit, Corentin, présent aux entretiens, se met à participer. Il fait part de sa colère face aux comportements de sa mère qui prend souvent beaucoup de cachets pour dormir, elle se surdose, explique-t-elle, pour ne pas « *vivre les journées* ».

Dans la suite de cet entretien, il est proposé à Madame H une rencontre entre elle, son fils et le médecin psychiatre du service, ce qu'ils acceptent tous les deux.

Lors de cet échange, Madame H évoque son vécu, ses difficultés et ses addictions au traitement. Les propos de Madame H sont repris par le médecin psychiatre afin que Corentin comprenne que sa mère est malade et n'est pas pleinement maîtresse de tout ce qu'elle dit, décide, met en œuvre.

Cet échange semble faire du bien à Corentin et lui permet de se positionner différemment (dans une vision moins négative) et d'être un peu plus en soutien de la démarche de soin de sa mère.

Des aides à domicile sont mises en place et il est indiqué à Madame H et son fils que le SAMSAH et ce service seront en lien.

Cependant, de nouvelles scènes de colère sont rapportées et de nouveaux dégâts constatés au domicile.

Il est convenu en réunion d'équipe SAMSAH une nouvelle rencontre familiale, cette fois avec Madame H, son fils, les référents d'accompagnement et l'encadrement (le chef de service et le psychologue). L'objectif de la réunion est de comprendre la colère de Corentin et les tensions avec sa mère.

Le chef de service introduit la rencontre en énonçant clairement son contexte et l'objectif de la réunion. Madame H prend la parole pour expliquer « *faire ce qu'elle peut et avoir tout fait pour son fils* », elle se dit démunie car elle craint que ce dernier ne prenne le même chemin que l'aîné.

Corentin prend la parole expliquant, à son tour, sa vision des choses. Il explique qu'il a été placé en foyer pour ne pas finir comme son frère alors qu'il n'a jamais posé aucun problème à la différence de son frère qui était resté au domicile. La colère exprimée face à ce qui est pour lui une injustice est forte et le ressentiment palpable.

Analyse de la situation

→ Caractériser l'état ou la situation de vulnérabilité de la personne

Madame H présente :

- des troubles psychiques importants (de type dépression) ;
- une dépendance aux médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacés, etc. ;
- une rupture affective (départ du compagnon).

Madame H est dans une situation à forte vigilance de maltraitance.

Point de vigilance

Le repérage de violence parentale suppose :

- une analyse de l'ensemble des éléments de la situation dans laquelle s'inscrit cette violence (famille monoparentale, exposition précoce à la violence, etc.) et des signaux d'alerte et facteurs de risque liés à la victime, mais aussi aux caractéristiques de l'auteur de maltraitance (jeune âge, problèmes de santé mentale, genre masculin, excès/addiction (alcool/drogue), troubles comportementaux (difficultés à réguler ses émotions, émotions négatives), difficultés émotionnelles (faible estime de soi), difficultés scolaires) ;
- une attention plus forte à un double repérage : des facteurs de risque d'être victime et des facteurs de risque d'être auteur.

→ **Identifier les signaux d’alerte et les facteurs de risque (à partir des items proposés dans la grille de repérage)**

- Les signaux d’alerte de la victime : état dépressif/repli sur elle-même.
- Les facteurs de risque liés à l’environnement : logement mal entretenu/dégâts sur les portes/objets et meubles cassés.

→ **Proposer à la personne supposée victime de parler en privé (échanger et questionner)**

Madame H reste évasive lorsqu’on l’interroge sur la cause de ses dégradations puis finit par indiquer que son fils cadet Corentin peut parfois « se mettre en colère ».

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

- Les professionnels du SAMSAH ont échangé avec l’assistant social du secteur.
- Les professionnels du SAMSAH échangent entre eux.
- Les professionnels du SAMSAH échangent avec les professionnels de santé (médecin généraliste/médecin psychiatre).

→ **S’il existe un représentant légal de la personne supposée victime : l’identifier et prendre contact avec lui (que ce soit un service tutélaire, mandataire individuel ou tuteur familial)**

- Faire remonter au représentant légal (curateur/tuteur, etc.) les suspicions de maltraitance pour que cet acteur puisse engager des démarches, notamment en cas de représentation à la personne.
- Engager un dialogue avec le représentant légal (curateur/tuteur, etc.) car la personne ayant une mesure de protection peut avoir avec ce dernier une relation de confiance et se confier sur son quotidien.

→ **Organiser des temps d’échange entre professionnels avec les personnes elles-mêmes dans des situations qui présentent des risques de maltraitance**

- Première rencontre organisée par le SAMSAH : entre la mère, le fils et le médecin psychiatre.
- Deuxième rencontre organisée par le SAMSAH : la mère, le fils, les référents d’accompagnement et de l’encadrement (le chef de service et le psychologue).

→ **Soutenir la personne**

- Mise en place d’aide à domicile pour aider Madame H dans l’entretien de son logement, ce qui soulage la mère et le fils dans leur quotidien et élimine des sources de tensions et de conflits liés aux corvées de ménage.

→ **Proposer un suivi/un accompagnement** : un double accompagnement personnalisé pour Madame H et son fils

- Un accompagnement spécifique pour Corentin par le SAMSAH avec des interlocuteurs qui lui soient propres et appropriés afin qu’il puisse exprimer sa colère, ses difficultés et construire son propre chemin, aidé par des éducateurs.
- Un accompagnement maintenu pour Madame H sur le plan psychiatrique, social par le SAMSAH et des aides à domicile pour la soulager dans son quotidien.

Si l'enfant est scolarisé, proposer un temps d'échange avec la communauté pédagogique pour recueillir des informations complémentaires.

Ce double accompagnement aura pour effet de casser le huis clos mère/fils et de suivre chacun en fonction de ses spécificités.

L'organisation judiciaire par le SAMSAH de rencontres associant les personnes concernées (mère et fils) et les professionnels a permis de travailler sur la situation de Madame H, mais également d'identifier les difficultés relationnelles avec son fils. Les échanges ont permis de prendre en compte les difficultés de Corentin et de lui proposer également un accompagnement.

Ces échanges et ce double accompagnement ont fait baisser le climat de tensions et de violences et diminuer considérablement les risques de maltraitance envers cette mère en situation de vulnérabilité.

4. Accompagner les professionnels

On peut noter plusieurs enjeux liés aux difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain :

- la nécessité de sensibiliser et de mieux former tous les professionnels au phénomène de maltraitance et plus particulièrement au repérage des risques de maltraitance par des formations généralisées, régulières, pluridisciplinaires et répétées ;
- l'importance d'aider les professionnels dans le repérage des situations de risques de maltraitance par des grilles, outils de repérage et des procédures de signalement, d'alerte et d'accompagnements clairs et adaptés au territoire ;
- le développement du travail en équipe, entre équipes, avec la mise en place de modes d'échange, de coopération, de coordination entre les différents professionnels et intervenants (bénévoles) du domicile qui se sentent souvent isolés les uns des autres ;
- le nécessaire accompagnement et soutien aux professionnels soumis à des risques psychosociaux élevés liés aux violences rencontrées au sein des familles et à la peur des représailles de la famille en cas de dénonciation d'un de ses membres.

4.1. Former les professionnels, les équipes d'encadrement et les directions

Améliorer le repérage et le signalement des situations de maltraitance permet de faciliter la révélation des faits et de déclencher une intervention plus rapide de protection des plus vulnérables. Par ailleurs, l'analyse de ces signalements contribue à développer la connaissance du phénomène. Les professionnels ainsi que les cadres de direction doivent être formés sur la maltraitance et son repérage pour le développement d'une culture commune.

➔ **Inscrire dans le projet d'établissement ou de service la sensibilisation et la formation sur le repérage de maltraitance et la culture de bientraitance pour tous les professionnels, en faire un objectif prioritaire et le mettre en œuvre**

Le projet d'établissement est imposé par l'article L. 311-8 du CASF qui mentionne que ce dernier précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle¹⁵.

¹⁵ **Article L. 311-8 du CASF** : Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration ainsi que les conditions de sa diffusion une fois établis sont définis par un décret.

Par ailleurs, l'**article D. 311-38-3** sur le contenu minimal du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 comprend :

1° Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ou du service avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées ;

2° La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, au sens de l'article L. 119-1, mise en place par l'établissement ou le service. Sont notamment précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement ou le service. Sont également précisées les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou

Par ailleurs, depuis mars 2022, la HAS a élaboré un référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux¹⁶ qui s'impose à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), sauf dérogation établie par ce même code. Le déploiement de la bientraitance (et ainsi, de manière implicite, la lutte contre les situations de maltraitance) fait partie des nombreux critères à mettre en place et respecter par les ESSMS et les professionnels¹⁷.

➔ **Sensibiliser et former les professionnels sur un cycle commun de connaissances sur le phénomène de la maltraitance pour savoir repérer, agir et prévenir :**

- les notions de maltraitance (définition, type de maltraitance et de vulnérabilité : « état de » et « situation de ») ;
- les signaux d'alerte et facteurs de risque de la maltraitance ;
- les conséquences de la maltraitance et de son exposition ;
- l'évaluation des risques de situation de maltraitance ;
- la nécessité d'adopter la bonne distance d'analyse. Le professionnel doit s'éloigner de ses propres représentations familiales pour évaluer les risques de maltraitance et de violence. « *Une famille qui parle fort, crie et claque les portes n'est pas forcément une famille violente* » ;
- le cadre juridique de la maltraitance, les obligations de dénonciation, les règles relatives au secret professionnel et le partage d'informations, le circuit d'alerte et les différents acteurs concernés et les rôles de chacun ;
- le droit des personnes (entre respect de l'autonomie des personnes et souci de protection de la personne) ;
- l'analyse des pratiques et l'importance de la réflexion éthique dans les actions entreprises.

➔ **Proposer des formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles pour faire culture commune :**

- formation individuelle et collective ;
- ateliers, jeux de rôle, etc.

➔ **Inciter les professionnels à suivre les formations en proposant :**

accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Le projet d'établissement désigne l'autorité extérieure mentionnée à l'article L. 311-8 et précise les modalités dans lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté.

¹⁶ Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mars 2022.

¹⁷ Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESSMS ont l'obligation de procéder à une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. L'objectif était d'apprécier la qualité des activités et prestations délivrées par ces structures aux personnes accueillies par des organismes habilités.

Le nouveau dispositif d'évaluation construit par la HAS s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESSMS, centré sur la personne accompagnée. C'est le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESSMS et les éléments nécessaires à leur évaluation. Il a vocation à être utilisé : par les ESSMS, pour réaliser des auto-évaluations de manière autonome ; par les organismes évaluateurs, comme outil de référence dans la conduite de la visite d'évaluation. Le référentiel d'évaluation est organisé en 3 chapitres, 9 thématiques, 42 objectifs et 157 critères.

Le référentiel s'appuie sur un manuel qui définit trois méthodes pour évaluer les pratiques et les organisations, au plus proche du terrain. Elles se traduisent par des entretiens avec les personnes accompagnées, les membres du conseil de la vie sociale, les professionnels et la gouvernance des ESSMS.

Le rythme d'une évaluation tous les 5 ans est porteur de sens pour l'ESSMS et ses professionnels car il correspond notamment à celui du projet d'établissement.

Dans un objectif d'harmonisation et de facilité de lecture, la visite d'évaluation fait l'objet d'un rapport d'évaluation final, construit selon une structure prédéfinie commune à tous les ESSMS.

- des formations validantes et/ou diplômantes ;
- des sessions courtes (format de 2 h à une demi-journée) de mise à jour régulière sur les pratiques innovantes, les ressources disponibles, les actualités juridiques, etc. ;
- des formations en ligne (webinaires, MOOC, etc.) ;
- des ateliers participatifs sous forme de jeux de rôle, etc.

Illustration – Exemple de programmation de formation sur la prévention de la maltraitance dans un réseau de services à domicile

- Formation régulière des salariés au moins 1 fois par an sur la bientraitance et prévention de la maltraitance en présentiel et en e-learning.
- Formation d'un référent bientraitance dans le centre disponible pour les salariés.
- Suivi qualité trimestriel au domicile pour les personnes les plus dépendantes.
- Réunions mensuelles des salariés pour faire quelques rappels sur la bientraitance/maltraitance et un point sur les problématiques rencontrées par les bénéficiaires.
- Ligne d'écoute psychologique totalement gratuite et anonyme pour les salariés.
- Groupe d'analyse des pratiques professionnelles (APP) organisé avec une psychologue.

- ➔ **Mettre en place des formations relatives à l'intervention à domicile et à la visite à domicile et la prévention des risques psychosociaux en direction des professionnels de terrain, mais également des encadrants**

4.2. Mettre à disposition des professionnels des outils simples et pratiques sur le terrain

- ➔ **Mettre à disposition des professionnels les trois grilles présentées dans ce guide ainsi que le mode d'emploi¹⁸**
- ➔ **Établir (par établissement, équipe, territoire) des procédures de prise en charge type des victimes (rappel des étapes et circuits de signalement, des acteurs à prévenir, associations d'aide aux victimes sur le territoire, etc., de type arbre décisionnel) et fournir une cartographie des acteurs-ressources du territoire**
- ➔ **Élaborer et fournir des fiches réflexes aux professionnels avec une liste des contacts utiles et de personnes référentes**
- ➔ **Simplifier les procédures (exemple : permanence des forces de l'ordre à la maison des femmes pour faciliter le dépôt de plainte).**

¹⁸ Pour aller plus loin, il existe d'autres grilles ou outils de repérage plus spécifiques sur le repérage des risques de maltraitance (Annexe 2).

4.3. Organiser et travailler en coordination

La coordination, la coopération et l'échange entre les différents professionnels engagés autour de la personne au domicile sont essentiels pour prévenir, repérer les risques de maltraitance et accompagner les personnes, notamment les victimes. Croiser les regards entre professionnels de la même institution ou d'institutions différentes peut permettre d'appréhender les choses de manière plus objective et moins segmentée. L'amélioration de la sécurité nécessite de passer d'une approche des risques cloisonnée à un management global, intégré et coordonné des risques.

Les professionnels et intervenants du domicile sont généralement issus de structures et organisations différentes (professionnels libéraux, SSIAD, SAAD...) et se sentent souvent isolés, le développement du travail en réseau est nécessaire :

- entre différentes équipes et services (SAAD, SPASAD, SSIAD¹⁹, HAD, DAC, SAMSAH) ;
- sur un territoire : département, et au sein des villes (CCAS, pôle gérontologique...).

➔ **Identifier, partager, mutualiser les ressources, informations, grilles et outils qui aident au repérage des risque de maltraitance²⁰ :**

- plaquettes faciles d'utilisation ;
- outils en ligne (vidéos, capsules, etc.).

➔ **Formaliser des temps d'échange dédiés entre professionnels pour discuter et partager des informations (dans le respect du secret professionnel et des informations partagées entre professionnels avec différents statuts)**

➔ **Désigner un référent (personne ressource) ou deux par équipe sur la thématique de la maltraitance pour coordonner les réflexions, travaux, échanges, actions, etc.**

➔ **Encourager les professionnels (toutes fonctions et tous niveaux de qualifications confondus) à collaborer avec d'autres acteurs qui interviennent dans le périmètre du domicile**

Illustration – Exemple d'un protocole signé entre le parquet d'une juridiction et les professionnels de santé

À Tours, un protocole sur le signalement des violences conjugales a été signé entre le parquet, l'ordre des médecins d'Indre-et-Loire, le CHRU et les forces de l'ordre.

Le protocole a pour objectif de s'étendre aux autres professionnels de santé (sages-femmes, kinés, pharmaciens).

Avec les autres acteurs et professionnels du champ sur le territoire

➔ **Identifier les acteurs (professionnels, organisations, associations et instances) pertinents qui peuvent concourir à améliorer la situation de la personne concernée**

¹⁹ Sont devenus services autonomie à domicile.

²⁰ Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités base et un avec approfondissement avec des documents en FALC et sans, en LSF et un dépliant en braille : <https://web-alma22.jimdofree.com/documentation>

- Maison de la justice et du droit (MJD), point d'accès au droit (PAD)
- Les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), qui sont présents sur l'ensemble du territoire français, accompagnent les femmes (et les familles) aussi bien sur le volet juridique que sur celui de la santé et de la sexualité, ou encore de la parentalité
- Carrefour santé pour les 12 à 25 ans/espace santé jeune/point d'accueil d'écoute jeunes (PAEJ)^o
- Lieux de soutien à la parentalité
- Maison des adolescents
- Maison départementale des seniors
- Service social départemental
- Dans les gendarmeries ou les commissariats (les intervenants sociaux et psychologues)...

→ Développer et entretenir son réseau de partenaires

Proposer des formations, des temps de rencontres et d'échanges entre établissements, organismes, associations et en favoriser la pluridisciplinarité et le pluriprofessionnalisme.

4.4. Soutenir les professionnels

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

Le traumatisme vicariant

Le « traumatisme vicariant » est un traumatisme psychologique sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutif aux contacts avec une personne traumatisée. Par exemple, entre autres intervenants, les travailleurs sociaux sont confrontés, au quotidien, à la souffrance des personnes et viennent à souffrir eux-mêmes par ricochet ; cela vient altérer leur vision du monde. L'évènement traumatique même est constitué par l'expérience de la rencontre avec la personne traumatisée. Plus la fréquence de tels contacts est grande, plus il y a de risques, par effet cumulatif, de traumatisme vicariant (51).

→ Écouter les professionnels

- Mettre en place des espaces pour accueillir la parole, les angoisses, les peurs..., des professionnels.
- Inciter les participants à verbaliser leurs expériences afin de prévenir ou de diminuer l'apparition de troubles psychologiques.
- Apporter aux professionnels un soutien psychologique si besoin pour gérer le stress et les émotions difficiles (douleurs, tristesse, culpabilité de ne pas en faire assez, etc.) liés à l'exposition à la violence dans les familles.

→ Sécuriser les professionnels du domicile dans l'exercice de leur pratique et les soutenir en cas de développement de risques psychosociaux

- Les professionnels peuvent également craindre, pour eux-mêmes ou pour la victime, des représailles de l'auteur des maltraitances ou d'un des membres de la famille s'ils parlent et dénoncent les actes de maltraitance. Ce risque d'exposition à la violence constitue un risque psychosocial important qu'il importe de prendre en compte.

- Le professionnel, face aux peurs des représailles subies ou redoutées, doit se sentir écouté, protégé et soutenu par sa hiérarchie.
- Mettre en place une démarche de prévention est fondamental et doit guider tout employeur souhaitant protéger la santé et la sécurité de ses salariés. Elle conditionne d'ailleurs la qualité de la relation de soins et d'aide. Le point de départ de toute démarche de prévention est l'évaluation des risques.

➔ **Repérer les situations d'exposition aux risques professionnels afin d'identifier, analyser et classer ces risques**

Rédiger un DUER (document unique d'évaluation des risques). Document recensant les risques professionnels auxquels les différents professionnels sont exposés dans leur situation de travail. Il constitue, en outre, un outil de pilotage de la démarche de prévention, en rapport avec les neuf principes généraux de prévention énoncés à l'article L. 4121-2 du Code du travail. Le principal objectif du DUER est d'établir et de prioriser les actions de prévention et de construire un plan d'action pour prévenir les risques.

➔ **Sécuriser le professionnel dans sa démarche de signalement**

Repère juridique article L. 313-24 du CASF

« Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitement ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. »

- Favoriser le travail en binôme ou trinôme pour les professionnels du domicile notamment, pour éviter une relation « duelle » avec la personne accompagnée/sa famille et permettre d'introduire du « tiers » dans la relation.

En effet, le professionnel peut parfois se laisser « emporter » par le « système familial » et ses attachements complexes. Il peut s'agir d'un binôme/trinôme intervenant de manière régulière au domicile d'une même personne, ou d'un binôme de professionnels qui interviennent auprès de personnes différentes mais en lien régulier autour de leurs situations respectives. Ces échanges entre professionnels (binôme ou trinôme) peuvent permettre aux professionnels de prendre de la distance avec les problématiques familiales rencontrées, de réfléchir ensemble et *in fine* d'améliorer leurs pratiques.

➔ **Mettre en place des instances permettant aux professionnels de s'exprimer sur leurs conditions de travail**

La QVT ou qualité de vie au travail, remplacée dans le Code du travail, depuis le 31 mars 2022, par la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), est définie comme les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, qui déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.

- Mettre en place des temps de régulation, de supervisions et d'analyse des pratiques.
- Proposer également des questionnaires relatifs aux conditions de travail que les professionnels pourront remplir de manière anonyme.
- Associer les conseillers en prévention des risques professionnels à cette démarche.
- Associer davantage les professionnels de la santé au travail/service de prévention et de santé au travail (SPST).

➔ **Développer des temps d'analyse de pratique, groupes de parole et RETEX permettant aux professionnels de prendre de la distance avec leur pratique et d'améliorer leur réflexion sur leur pratique d'évaluation**

L'analyse des pratiques professionnelles permet aux professionnels de se réunir pour échanger ensemble sur leurs activités et rechercher des solutions aux problématiques qu'ils rencontrent au quotidien pour progresser dans leurs accompagnements. Elle peut permettre de sortir de situations compliquées, favoriser leur partage de compétences, aider à retrouver la confiance en soi. Elle offre un cadre sécurisant aux participants tout en faisant naître une intelligence collective par une prise de recul.

Définition : l'analyse des pratiques

L'analyse de la pratique ne concerne pas la personne mais bien le professionnel. Elle porte sur les actes et les gestes des professionnels dans l'exercice de leur métier. Cette pratique d'analyse permet aux professionnels de réfléchir et de travailler à une prise de distance dans la relation duelle dans un espace protégé. L'objectif est une amélioration des pratiques par une analyse de la situation, des décisions prises et des conséquences éventuelles.

L'analyse de pratique utilise le plus souvent des cas concrets soumis à la réflexion collective et pluridisciplinaire (51).

Illustration – Exemple : le département de Seine-Saint-Denis organise depuis plusieurs années des groupes d'analyse de pratiques

Pour les aides à domicile et les responsables de secteur, ces groupes ont pour objectifs principaux :

- le soutien des professionnels ;
- la prévention de l'épuisement professionnel ;
- la prévention de la maltraitance, via l'identification de pratiques « bientraitantes » ;
- de rencontrer et d'échanger sur les pratiques professionnelles ;
- de mieux accompagner les équipes (en particulier les aides à domicile) et les bénéficiaires.

➔ **Formaliser ces temps d'analyse des pratiques professionnelles dans la démarche qualité des établissements et structures**

➔ **Développer des compétences de questionnement éthique des professionnels pour l'analyse des situations**

- Sensibiliser et former à la réflexion éthique (sensibilisation, formation, études de cas, jeux de rôle, échanges de pratiques, usage de la fiction, etc.).
- Créer des lieux dédiés aux discussions éthiques autour d'études de cas.

La démarche de réflexion éthique

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

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

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

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

Les situations problématiques ou complexes sur le plan éthique se situent dans des zones d'incertitudes juridiques ou réglementaires ou bien lorsque des logiques de valeurs contradictoires sont à l'œuvre. Dans ces situations, la prise de décision présente un enjeu fort pour les différentes parties prenantes (personnes accompagnées, proches ou professionnels) et le besoin d'aide à la décision sera toujours important (52).

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

Les compétences éthiques

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

- ➔ **Développer la mise en place de pratiques professionnelles basées sur le développement de la bientraitance (renvoi à la reco bientraitance)**

5. Signaler et alerter : repères juridiques

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

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

→ Appeler les secours (numéros d'urgence)

15 SAMU

17 Police

18 Pompiers

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

Dans tous les cas de danger (imminent ou non)

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

3977 pour signaler la maltraitance sur les personnes âgées

3919 pour les femmes victimes de violence

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

Cas de violence conjugale :

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

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

→ Signaler au procureur de la République

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

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

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

Pour les médecins

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

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

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

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

Il contient plusieurs ressources destinées aux soignants, dont une fiche de signalement à transmettre au procureur de la République, ainsi que des informations sur le circuit judiciaire du signalement. Il comprend également des outils pratiques pour aider les médecins à évaluer les situations de danger immédiat et d'emprise, grâce à des questionnements et des exemples concrets (48).

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

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

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

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

Repères juridiques

Obligation de signalement – Article 40 du Code de procédure pénale

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

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

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

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

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

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

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

Table des annexes

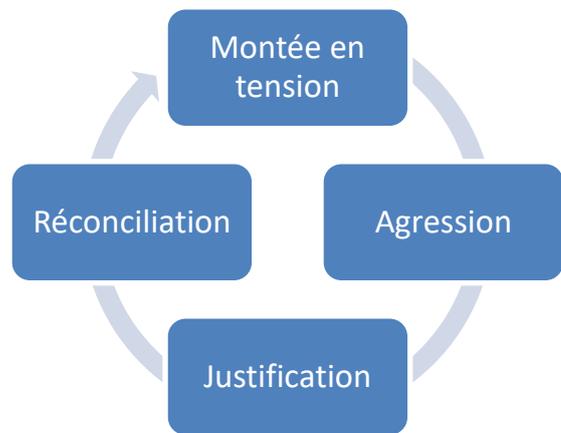
| | |
|--------------------------|--|
| Annexe 1. violence | Cycle de la 680 |
| Annexe 2. exhaustive) | Liste des outils et grilles de repérage (liste non 69 |

Annexe 1. Cycle de la violence

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

Ce cycle débute et se répète par une montée en tension dans la relation orchestrée par l'auteur à la suite de laquelle survient la phase d'agression où l'auteur commet les violences conjugales. La phase qui s'ensuit est celle de la justification où l'auteur justifie ses violences en culpabilisant la victime (ex. : « C'est ta faute »). Survient alors la phase de réconciliation au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus. En l'absence d'intervention, « le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des phases de [réconciliation] » (48) (HAS, p. 10, 2019).

Or, l'augmentation de la fréquence et de la gravité de ces violences peut mener jusqu'à l'homicide de la victime (53) ou à son suicide.



Annexe 2. Liste des outils et grilles de repérage (liste non exhaustive)

Pour le repérage de la maltraitance sur personnes âgées

- EASI – *Elder Abuse Suspicion Index* (35, 36)
- CASE – *Caregiver Abuse Screen* (10, 35, 37, 38)
- ODIVA - test d'évaluation du danger (7, 37, 39)
- CTS-2 (40-42)

Pour le repérage des personnes vulnérables

- La personne adulte : grille d'indicateurs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et de maltraitance (43)

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

- DACAN : questionnaire de dépistage de l'abus chez les aidants naturels (44, 45)
- Échelle de ZARIT ou inventaire du fardeau (46)

Pour le repérage des violences conjugales

- Le violentomètre (33)
- Outils de formation sur les violences au sein du couple (47)
- Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer (48)
- Guide pratique à l'usage des professionnels. Comment agir face aux situations préoccupantes ou aux situations de maltraitance relatives aux personnes âgées ou adultes en situation de handicap vivant à domicile ? (49)
- Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (*Woman Abuse Screening Tool*) (50)

Références bibliographiques

1. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Bernardi V, Matinet B. Les violences intrafamiliales non conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021. *Interstats Analyse* 2023;55:1-18.
2. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité. Mars 2021. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2021. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/maltraitances-des-mineurs-et-des-majeurs-definition-partagee-et-reperes-operationnels_court_pdf
3. Thomas H. Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres. Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant; 2010. <http://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/LV.pdf>
4. Beaulieu M, Le Borgne-Uguen F. Maltraitance envers les aînés : contextualisation des terminologies, définitions et modes d'action. *Gérontologie et société* 2022;44 / 169(3):9-21. <http://dx.doi.org/10.3917/g1.169.0009>
5. Ebouat KMEV, Hiquet J, Christin E, Fougas J, Dubourg O, Gromb-Monnoyeur S. Étude rétrospective descriptive relative aux hommes victimes de violences intrafamiliales. *La Revue de Médecine Légale* 2017;8(2):61-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medleg.2016.09.003>
6. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee Références - Fiche 5.1 : violences au sein de la famille. Montrouge: Insee; 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633#consulter>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Québec: Gouvernement du Québec; 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf>
8. Ministère de la justice, Haute Autorité de santé, Conseil national de l'Ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Paris: Ministère de la justice; 2020. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
9. Chang ES, Levy BR. High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(11):1152-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Outil de repérage des situations de maltraitance envers les personnes âgées. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019.
11. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(2):e147-e56. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30006-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30006-2)
12. Fédération 3977 contre les maltraitances. Rapport d'activité 2021. Paris: Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées; 2021. https://3977.fr/wp-content/uploads/2022/12/3977_rapport_activite_2021.pdf
13. Ladame V. La maltraitance intrafamiliale aux personnes âgées. *TraHs* 2021;10:1-29. <http://dx.doi.org/10.25965/trahs.3695>
14. Butler RN. Agéisme. Dans: Maddox G, ed. *L'encyclopédie du vieillissement*. Paris: Serdi et Springer; 1997. p. 51-2.
15. Trincas J. L'agisme : naissance et développement d'un concept. Dans: Hummel C, ed. *Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse*. Genève: Centre interfacultaire de gérontologie; 1999. p. 65-74.
16. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis : HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3107787/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-recommandations
17. Paradis L. L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle. Québec: Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale; 2012.
18. Nations Unies. Que sont les violences familiales ? [En ligne]. New York: ONU; 2023. <https://www.un.org/fr/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
19. Garcia-Vergara E, Almeda N, Martín Ríos B, Becerra-Alonso D, Fernández-Navarro F. A comprehensive analysis of factors associated with intimate partner femicide: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(12). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19127336>
20. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Panorama des violences en France métropolitaine. Enquête Genese 2021. Paris: SSMSI; 2022. https://www.interieur.gouv.fr/content/download/133224/1056259/file/Panorama%20des%20violences%20en%20France%20m%20etropolitaine_enquete%20GENESE%202021.pdf
21. Salwen JK, Gray A, Mona LR. Personal assistance, disability, and intimate partner violence: a guide for healthcare providers. *Rehabil Psychol* 2016;61(4):417-29. <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000111>

22. Iudici A, Antonello A, Turchi G. Intimate partner violence against disabled persons: clinical and health impact, intersections, issues and intervention strategies. *Sexuality & Culture* 2019;23:684-704.
23. Bekaert S, SmithBattle L. Teen mothers' experience of intimate partner violence: a metanalysis. *ANS Adv Nurs Sci* 2016;39(3):272-90.
<http://dx.doi.org/10.1097/ans.000000000000129>
24. Lorenzetti L, Wells L, Logie CH, Callaghan T. Understanding and preventing domestic violence in the lives of gender and sexually diverse persons. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2017;26(3):175-85.
<http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.2016-0007>
25. Simmons ML, McEwan TE, Purcell R. "But all kids yell at their parents, don't they?": Social norms about child-to-parent abuse in Australia. *Journal of Family Issues* 2019;40(11):1486-508.
<http://dx.doi.org/10.1177/0192513X19842587>
26. Bousquet E, Franc N, Ha C, Purper-Ouakil D. Troubles disruptifs intrafamiliaux : données actuelles et perspectives de traitement. *Encephale* 2018;44(2):176-82.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.09.002>
27. Calvete E, Orue I, Fernández-González L, Chang R, Little TD. Longitudinal trajectories of child-to-parent violence through adolescence. *Journal of Family Violence* 2020;35(2):107-16.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-019-00106-7>
28. Simmons M, McEwan T, Ogloff JRP. Sixty years of child-to-parent abuse research: What we know and where to go. *Aggression and violent behavior* 2018;38:31-52.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.11.001>
29. Routt G, Anderson L. Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2011;20(1):1-19.
<http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2011.537595>
30. Pagani L, Tremblay R, Nagin D, Zoccolillo M, Vitaro F, McDuff P. Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development* 2004;28(6):528-37.
<http://dx.doi.org/10.1080/01650250444000243>
31. Contreras L, León SP, Cano-Lozano MC. Assessing child-to-parent violence with the child-to-parent violence questionnaire, parents' version (cpv-q-p): Factor structure, prevalence, and reasons. *Front Psychol* 2020;11:604956.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604956>
32. Ibabe I, Arnos A, Elgorriaga E. Child-to-parent violence as an intervening variable in the relationship between inter-parental violence exposure and dating violence. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051514>
33. Observatoire des violences envers les femmes, Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. Violentomètre : un outil pour aider à mesurer la violence dans le couple. Bobigny: OIVF; 2022.
<https://fr.calameo.com/read/000634924a8740d7ea7e1>
34. MACIF, IPSOS. Enquête nationale aidants - 2020. Paris: IPSOS; 2020.
<https://www.aveclesaidants.fr/wp-content/uploads/2020/09/Enqu%C3%AAtre-nationale-Ipsos-Macif-sur-la-situation-des-aidants-en-2020-Rapport-COMPLET.pdf>
35. van Royen K, van Royen P, de Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: a scoping review. *Clin Interv Aging* 2020;15:1793-807.
<http://dx.doi.org/10.2147/cia.S261877>
36. Yaffe MJ, Lithwick M, Wolfson C. Evidence d'abus selon des indicateurs EASI. Montréal: McGill; 2006.
https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi_french_version_2013.pdf
37. Fédération 3977 contre les maltraitances, Fédération internationale des associations de personnes âgées, Koskas A. Les maltraitances financières à l'égard des personnes âgées - Un fléau silencieux. Paris: FIAPA; 2017.
https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2018_01_29_-_Rapport_Mission_Mal_Financiere-2.pdf
38. Reis M, Nahmiash D. Caregiver Abuse Screen (CASE). Toronto: Canadian Association of Gerontology; 1995.
https://medicine.uiowa.edu/familymedicine/sites/medicine.uiowa.edu/familymedicine/files/wysiwyg_uploads/CASE.pdf
39. Allô maltraitance personnes âgées et ou handicapées. Outils de dépistage des maltraitances à domicile : Odiva, Lisa, Desia, Dacan. Clermont-Ferrand: ALMA 63.
<http://www.alma63.fr/IMG/UserFiles/Files/annexe%201%201%2022;56:e20220115>
40. Santos-Rodrigues RCD, Brandão B, Araújo-Monteiro GKN, Marcolino EC, Moraes RM, Souto RQ. Assessment tools for elder abuse: scoping review. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20220115.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0115en>
41. Fang B, Yan E. Abuse of older persons with dementia: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2018;19(2):127-47.
<http://dx.doi.org/10.1177/1524838016650185>
42. Straus MA, Hamby SL, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 2016;17(3).
<http://dx.doi.org/10.1177/019251396017003001>
43. Département de la Drôme. La personne adulte : grille d'indicateurs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et de maltraitance. Valence: Département de la Drôme; 2021.
<https://www.ladrome.fr/wp-content/uploads/2022/03/grille-indicateurs.pdf>

44. National Initiative for the Care of the Elderly. DACAN : questionnaire de dépistage de l'abus chez les aidants naturels. Montréal: NICE; 2010.
45. Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés. Lutter contre la maltraitance un appel à la fois [En ligne]. Québec: Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador; 2023.
<https://lignemaltraitance.ca/fr>
46. Hôpitaux universitaires de Genève. Grille de Zarit, échelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau. Genève: HUG; 1999.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/grilled_zarit.pdf
47. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Outils de formation sur les violences au sein du couple [En ligne]. Paris: MIPROF; 2020.
<https://arretonslsviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#download-form>
48. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-évaluer. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
49. Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. Guide pratique à l'usage des professionnels. Comment agir face aux situations préoccupantes ou aux situations de maltraitance relatives aux personnes âgées ou adultes en situation de handicap vivant à domicile ? Bobigny: Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis; 2018.
https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide_valid_dpap_h_web.pdf
50. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL). Bull Epidémiol Hebdo 2021;2:32-40.
51. Haute Autorité de santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Livret 1 : La gouvernance globale du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes à l'échelle d'un département. Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_1.pdf
52. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: Anesm; 2010.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf
53. Garcia-Vergara E, Almeda N, Fernández-Navarro F, Becerra-Alonso D. Risk assessment instruments for intimate partner femicide: a systematic review. Frontiers in psychology 2022;13:896901.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896901>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

NEXEM

CNPA

FNEHAD

SÉSAME AUTISME

Groupe de travail

Équipe projet

Isabelle VAZEILLES, cheffe de projet service recommandations, DIQASM

Aïssatou SOW, adjointe cheffe du service recommandations, DIQASM

Manuela CHEVIOT, cheffe du service recommandations, DIQASM

Pascale FIRMIN-BERQUIER, assistante de gestion, DIQASM

Sophie NEVIÈRE, documentaliste

Estelle DIVOL-FABRE, assistante documentaliste

Floriane GASTO, juriste, SG-SJ

Clara PROUST, juriste, SG-SJ

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

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

Professionnels et représentants d'usagers

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

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

Élodie BIGLIA, médecin légiste, CHU de Nice (06)

Laura BOISSINOT, éducatrice spécialisée/intervenante sociale en commissariat/mairie de La Courneuve (93)

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

Florence BOURGES, docteure en gérontologie sociale et personnes âgées, présidente Alma Savoie (73)

Gilles CASTELLS, directeur ANRAS/service protection des majeurs (10)

Hélène DE SAULCE LATOUR, chargée de mission/tribunal judiciaire de Tours (37)

Nathalie DEJARDIN, personne concernée (59)

Loïc GALVEZ, directeur adjoint pôle domicile SAMSAH, Le Serdac, SAMSAH Élan (38)

Sonia GIROUX, responsable régionale Sud-Est, AD-HAP (69)

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

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

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

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

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

Karine MALBY, médiatrice familiale DE, ADEF médiation-sauvegarde de Seine-Saint-Denis (93)

Agathe MEROT CARTIER, cadre supérieure de santé/groupement hospitalier Aube Marne (61)

Isma ZALAMBANI, coordinatrice du pôle bientraitance/aids et lien social/CD (93)

Carole WIART, cheffe de projet en téléphonie sociale/FNEPE (75)

Personnes auditionnées

Nathalie FRANCK, praticienne hospitalière, CHU Montpellier

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

Hélène SAINT-RAMON, vice-présidente en charge du contentieux de la protection, qui assure la fonction de juge des tutelles au tribunal judiciaire de Nantes

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

Groupe de lecture

Linda AOUAR, avocate (34)

Anne BARILLOT, coordinatrice de santé multisite SISA du Thouet (79)

Michel BEGUES, cadre socio-éducatif, foyer départemental de l'enfance (40)

Ludovic BLIN, professeur d'éducation physique et sportive, IME du Vaurouzé (72)

Lucienne CLAUSTRES BONNET, infirmière et formatrice (84)

Laurence FERASSON, enseignante du secondaire (34)

Émilie FRESSE, ergothérapeute équipe spécialisée Alzheimer à domicile (67)

Philippe GUILLAUMOT, psychiatre libéral (64)

Tiphaine LENFANT, enseignante spécialisée (75)

Élodie LOUNASSI, cadre infirmière (60)

Anne RAYNAUD, médecin psychiatre, directrice de l'Institut de la parentalité (33)

Cédric SAMPERE, directeur de la maison des adolescents Adoenia (64)

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

| | |
|--------|--|
| ADHAP | Aide à domicile, hygiène et assistance aux personnes |
| APP | Analyse des pratiques professionnelles |
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| CASF | Code de l'action sociale et des familles |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CD | Conseil départemental |
| CHU | Centre d'hébergement d'urgence |
| CIDFF | Centres d'information sur les droits des femmes et des familles |
| CHRU | Centre hospitalier régional universitaire |
| CNPA | Conseil national des personnes accompagnées et accueillies |
| CNOM | Conseil national de l'ordre des médecins |
| CRIP | Cellules de recueil des informations préoccupantes |
| CSP | Code de la santé publique |
| DAC | Dispositif d'appui à la coordination |
| DGCS | Direction générale de la Cohésion sociale |
| DUER | Document unique d'évaluation des risques |
| ESSMS | Établissements et services sociaux et médico-sociaux |
| FNEHAD | Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile |
| IP | Information préoccupante |
| MJD | Maison de la justice et du droit |
| MOOC | <i>Massive Open Online Course</i> |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONU | Organisation des Nations unies |
| PAD | Point d'appui au droit |
| PAEJ | Point d'accueil et écoute jeunes |
| QVCT | Qualité de vie et des conditions de travail |
| QVT | Qualité de vie au travail |
| RETEX | Retour d'expérience |
| SAAD | Service d'aide et d'accompagnement à domicile |
| SAMSAH | Service d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées |

| | |
|--------|--|
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SJ | Service juridique |
| SPASAD | Services polyvalents d'aide et de soins à domicile |
| SPST | Service de prévention et de santé au travail |
| SSD | Service de soins à domicile |
| SSIAD | Service de soins infirmiers à domicile |
| TDAH | Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité |
| TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| UNAFAM | Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées |
| UMJ | Unité médico-judiciaire |
| UNAPEI | Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés |

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

