



Démocratie en santé : quelles réponses aux situations de maltraitance ?

8 RECOMMANDATIONS



« L'humanité elle-même est une dignité ; en effet, l'homme ne peut être utilisé par aucun homme (ni par autrui, ni par lui-même) simplement comme un moyen, mais toujours être traité en même temps comme une fin, et c'est en cela que consiste précisément sa dignité. »

Kant ¹

« Rien pour nous, sans nous² ».

Rapport de la Conférence nationale de santé adopté en commission permanente, le 17 novembre 2023

¹ Kant E, Métaphysique des mœurs. Œuvres t. III, Paris, Gallimard, « La Pléiade », [1797], 1986, p. 758-759.

² [L'ONU et les personnes handicapées \(un.org\)](https://www.un.org/)

EDITORIAL.....	4
PREAMBULE.....	6
Contexte de la saisine.....	9
La méthode d'élaboration.....	10
Recommandation 1 : des moyens à la hauteur des enjeux, assurer les ressources du système de santé au regard des besoins de santé.....	12
Recommandation 2 : renforcer les capacités des personnes à connaître et à faire respecter leurs droits	13
Recommandation 3 : donner un nouveau souffle aux outils des lois de 2002, de 2005 et suivantes.....	14
Recommandation 4 : faire des conseils territoriaux de santé le pivot de la démocratie en santé de proximité dans la lutte contre les maltraitances, en articulation avec les autres acteurs.....	22
Recommandation 5 : affirmer et renforcer la démocratie en santé	24
Recommandation 6 : réaffirmer la nécessité de favoriser la participation et l'autodétermination des personnes et faire de l'éthique une ressource dans la lutte contre les maltraitances.....	26
Recommandation 7 : faire des plaintes et des réclamations, un outil d'amélioration des droits des personnes, de la qualité des services rendus et de la lutte contre les maltraitances.	28
Recommandation 8 : prévoir un rendez-vous annuel de transparence et de débat public aux niveaux national, régional, départemental et local.....	30
Conclusion	31
Remerciements	34
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
Annexe 1 : Libre-propos de M. Emmanuel RONOT, responsable du groupe de travail de la CNS.....	38
Annexe 2 : Co-saisine du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, de la Ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la Secrétaire d'Etat chargée de l'enfance.....	39
Annexe 3 : Liste des membres du groupe de travail de la CNS.....	41
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des participations/interventions de M. RONOT au titre de la CNS sur le thème des maltraitances et/ou poursuite des travaux du groupe de travail.....	42
Annexe 5 : Liste des personnes et organismes auditionnés	44
Annexe 6 : Questionnaire.....	47
Annexe 7 : Liste des organismes contributeurs	50
Annexe 8 : Sigles et acronymes.....	51
Annexe 9 : Propositions de rédaction juridique de la 3 ^e recommandation relative au Conseil territorial de santé et de l'autonomie (CTSA).....	54

EDITORIAL

Par le M. le Pr. Emmanuel RUSCH,

Président de la Conférence nationale de santé

Par M. Emmanuel RONOT

Rapporteur et coordonnateur du groupe de travail de la CNS sur les maltraitances

Voilà plus de 20 ans, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) consacrait, dans sa revue *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*³, un dossier sur les maltraitances soulignant la dimension sociale du phénomène et identifiant les populations les plus affectées, notamment les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap mental ou les femmes en butte aux violences masculines. Problème de santé publique, s'exerçant parfois à l'abri des murs des institutions, le constat posé était celui d'une prise de conscience récente dans notre pays évoquant, en parlant des maltraitances, les « balbutiements de cette nouvelle exigence et de cette responsabilité encore fragile ».

Depuis, un long chemin a été parcouru. Les lois n° 2002-2 du 02 janvier 2002, n° 2002-303 du 04 mars 2002, n° 2005-102 du 11 février 2005, notamment, ont affirmé les droits des usagers et des personnes accompagnées, droits encore renforcés depuis par différents textes normatifs (législatifs et réglementaires). De nombreuses initiatives ont été portées par les acteurs du système de santé (usagers et professionnels) pour sensibiliser et lutter contre les maltraitances. Des politiques de promotion de la bientraitance ont également été déployées.

Paradoxalement, comme le relevait en mai 2018, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans son avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux »⁴, la libération de la parole des patients et des soignants et la médiatisation de différentes affaires ont mis en avant certaines maltraitances, notamment « celles relevant de violences et obstétricales, de la prise en charge des patients autistes, de la question de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou dans les établissements psychiatriques ».

Force est de constater que la maltraitance des usagers au sein du système de santé, notamment à l'encontre des plus vulnérables, reste – hélas ! - un sujet d'actualité. Le rapport annuel sur le respect des droits des usagers élaboré par la Conférence nationale de santé (CNS) peut en témoigner.

Les pouvoirs publics ont souhaité engager une nouvelle dynamique pour lutter contre les maltraitances et promouvoir la bientraitance au travers, notamment, d'une large concertation menée dans le cadre des Etats généraux des maltraitances. La CNS salue cette initiative. Elle ne pouvait être silencieuse sur ce sujet essentiel et s'y est activement impliquée.

Une lettre de saisine de notre instance, cosignée par M. Jean-Christophe COMBE et par Mmes Geneviève DARRIEUSSECQ et Charlotte CAUBEL, le 23 novembre 2022, a conduit la CNS à travailler

³ [Actualité et dossier en santé publique n° 31 - Maltraitances](#) – juin 2000

⁴ [Avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux » | CNCDH](#) – 22 mai 2018

plus particulièrement sur la participation des personnes, le rôle des instances représentatives des usagers et des instances de démocratie en santé comme ressources pour lutter activement contre les maltraitements.

4 « points de départ » à notre réflexion nous semblent pouvoir être d'emblée partagés :

- l'insuffisance de ressources (financières, humaines, ...) au sein du système de santé au regard des besoins de santé constitue un terreau fertile et un déterminant important des situations de maltraitements. Cependant, la réalité de la maltraitance des usagers ne peut se limiter à la seule question des ressources disponibles ;
- la maltraitance des usagers n'est pas propre au seul système de soins. Elle est présente dans l'ensemble des secteurs sanitaire, médico-social et social, que ce soit en établissement, en ambulatoire ou à domicile. Elle implique des professionnels, des personnes proches, mais aussi des institutions ;
- la maltraitance des usagers est culturellement et socialement minorée, sous-estimée, rendue invisible et ainsi trop souvent tolérée. La reconnaissance de la maltraitance, son signalement doivent être encouragés au service d'une démarche d'amélioration continue des pratiques d'accompagnement et de soins ;
- la maltraitance touche tout particulièrement les usagers les plus fragiles ou les plus vulnérables. Le respect des droits des usagers en constitue un « garde-fou » essentiel. L'inconditionnalité de l'accueil⁵ et de la délivrance de soins⁶ ou la recherche constante et l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne en sont des exemples.

Au regard de la saisine de la CNS, en s'appuyant sur un groupe de travail spécifique constitué au sein de la Conférence et coordonné par M. Emmanuel RONOT, en mobilisant les contributions des différents membres de notre instance et en rassemblant, au travers d'auditions, l'expertise de personnes ressources, 8 recommandations ont été retenues et sont détaillées ci-dessous dans le rapport adopté.

Nous remercions sincèrement et profondément toutes les personnes qui ont permis à ce travail d'aboutir, en particulier le Secrétariat général de la CNS pour son implication à toutes les étapes de ce projet.

La CNS s'engage à redoubler de vigilance sur ce sujet essentiel et à poursuivre dans la durée le plaidoyer en faveur de la lutte contre les maltraitements et de la promotion de la bientraitance, sujets fondamentaux de la démocratie en santé.

⁵ [Grand angle L'inconditionnalité, un socle à préserver](#) – le magazine de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) – n° 19 – printemps 2019

⁶ [La Conférence nationale a adopté son rapport sur les refus de soins](#) – 11 juin 2010
[Résoudre les refus de soins - Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé](#), adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010, et son « annexe » : [Le refus de soins opposé au malade](#) – Institut droit et santé (IDS)

PREAMBULE

En 2022 et 2023, les publications de révélations relatives aux pratiques d'un groupe gestionnaire d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux situations de maltraitance dans les crèches ont suscité un écho sans précédent dans les media appelant une réaction des pouvoirs publics⁷.

Mais l'alerte relative aux maltraitances à l'encontre des personnes en situation de vulnérabilité n'est pas récente. La multiplication des « affaires » à partir de la seconde moitié des années 70 conduit, au début des années 1980, à l'élaboration de la notion de « violence institutionnelle »⁸.

Si la [loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#) constitue une étape fondatrice de la démocratie sanitaire, la [loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale](#) conçoit des outils juridiques pour prévenir tout risque de maltraitance (cf. art. L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles - CASF).

En 2009, à la demande de la Haute Autorité de santé (HAS), Mmes Claire COMPAGNON et Véronique GHADI remettent un rapport sur la maltraitance ordinaire en établissements de santé qui fait date⁹. En 2018, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) consacre un avis aux maltraitances dans le système de santé¹⁰.

Plus récemment, la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, conduite par Mme Alice CASAGRANDE de 2019 à 2022, produit un vocabulaire partagé élaboré dans une démarche de co-construction collective des représentants¹¹ des principales institutions et personnes concernées¹². La définition de la maltraitance, introduite par la [loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants](#) dans le CASF, reprise dans le Code de la santé publique (CSP), en est directement issue (cf. encadré 1).

Les errances sémantiques peuvent parfois être sources de confusion et retarder la conception de mesures attendues par les personnes concernées ou accueillies, leurs proches et la collectivité. Il est plus fécond de penser en termes de continuum où prévenir les maltraitances (dont les carences et abandons, violences, harcèlements, discriminations, etc.), participe au même projet d'une société davantage bienveillante à l'égard de chacun et, en particulier, des plus vulnérables d'entre nous.

⁷ CASTANET V. Les Fossoyeurs. Fayard, 2022, 400 p.

Dr Nicole BOHIC, Jean-Baptiste FROSSARD, Christophe ITIER, Thierry LECONTE (Inspection générale des affaires sociales). [Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches](#). IGAS. Mars 2023

⁸ CREOFF M. [Les maltraitances institutionnelles](#) – Actualité et dossier en santé publique (ADSP) n° 31 – juin 2000 : « Cette notion de violence institutionnelle a été présentée en 1982, à l'occasion des travaux menés par Stanislaw TOMKIEWICZ et Pascal VIVET [24] au 4e Congrès international des enfants maltraités et négligés. [...] »

JEAGER M. Le contexte de l'élaboration de la loi du 2 janvier 2002. Revue de droit sanitaire et social. n° 3, pp. 413-420, mai-juin 2012.

⁹ [Haute Autorité de Santé - La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé \(has-sante.fr\)](#) – octobre 2009

¹⁰ [Avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux »](#) - CNCDH – mai 2018

¹¹ Le masculin est utilisé en tant que générique afin de faciliter la lecture du présent texte et n'a aucune intention discriminatoire.

¹² [Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité DOSSIER D'APPUI ET ANNEXES // MARS 2021](#)

Encadré n° 1 : définition des maltraitements

Art. L. 119-1. du Code de l'action sociale et des familles : « 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. »

[Article L1431-2 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

« Définition missions et compétences des ARS :

[...]

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé.

A ce titre : [...]

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à **la lutte contre la maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;**

Pourquoi une saisine de la CNS ?

La CNS entend la santé dans son acception la plus large, conformément à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé, ce que traduit sa composition réunissant, à la fois, des membres relevant du Code de la santé publique et d'autres relevant des secteurs médico-social et social. En démocratie en santé, est accordée une attention essentielle au respect des règles de représentativité collégiale et par siège à pourvoir¹³.

Il est donc légitime, à plus d'un titre, que la CNS soit saisie par les ministres chargés des solidarités, de l'autonomie, des personnes handicapées et de l'enfance et qu'elle décide d'étendre le champ de son travail aux maltraitements dans le système de santé (cf. en annexe, la liste des personnes et organisations auditionnées qui comprend, notamment, des associations agréées en santé¹⁴).

¹³ Voir, dans la présentation de la CNS, en fin de document, notamment l'intitulé des 5 collèges de la CNS.

¹⁴ Sur le site du ministère de la santé et de la prévention : [Associations d'usagers du système de santé agréées](#)

Encadré n° 2 : définition de la démocratie en santé¹⁵

L'emploi du terme « démocratie en santé »¹⁶ recouvre à la fois la promotion des droits individuels et collectifs des usagers ainsi que la démarche visant à associer les actrices et acteurs du système de santé et les populations à la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Il comprend l'ensemble du parcours de santé (ville, sanitaire, médico-social et social) ainsi que la prévention et la promotion de la santé¹⁷.

La lettre de saisine, co-signée par M. Jean-Christophe COMBE, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et par Mmes Gèneviève DARRIEUSSECQ, ministre déléguée auprès de M. COMBE, chargée des personnes handicapées et Charlotte CAUBEL, secrétaire d'Etat, chargée de l'enfance, le 23 novembre 2022 (voir en annexe) concerne le rôle des instances de participation et de représentation des personnes dans les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap et les établissements de la protection de l'enfance¹⁸ et les autres modalités de participation pour le domicile.

Elle interroge également la CNS sur l'opportunité d'organiser un rendez-vous annuel de transparence et de débat collectif dans une pleine et entière association des personnes, de leurs représentants et des parties prenantes de la démocratie en santé.

Dès lors, le sujet qui est donné à travailler n'est pas celui des maltraitances mais celui de la participation des personnes, du rôle des instances représentatives des usagers (CDU...) et des instances de démocratie en santé (CNS, CRSA, CTS...) comme ressources pour lutter activement contre les maltraitances. Le rapport de la CNS n'est donc pas un rapport généraliste et exhaustif sur les maltraitances¹⁹, mais bien spécifique au cœur des préoccupations de la CNS, à savoir le respect des droits de la personne et sa participation directe ou indirecte tout au long du parcours de santé, médico-social, social et/ou éducatif.

La protection de l'enfance mérite sans aucun doute un travail spécifique avec un temps dédié propice à des propositions adaptées.

¹⁵ CNS. La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé. Rapport - Avril 2022.

¹⁶ Le champ de la démocratie en santé est traversé par un certain nombre de débats sur les mots employés. A titre d'illustration, la notion « d'usager du système de santé » fait l'objet de discussions. Le Haut Conseil du travail social (HCTS) recommande dans son [rapport de 2015, Refonder le rapport aux personnes : « Merci de ne plus nous appeler usagers »](#), de retenir le terme de « personne » plutôt que celui « d'usager ». Pour autant, le mot « usager » figure dans le CSP comme dans le CASF.

¹⁷ CNS. [La démocratie en santé : une urgence de santé publique](#). Avril 2022.

¹⁸ La saisine cosignée par la secrétaire d'Etat auprès de la première ministre chargée de l'enfance exclut de son champ les violences intra-familiales (VIF).

¹⁹ N.B. : la bibliographie comprend également des références à des travaux relatifs à des publics, situations... « spécifiques ».

Contexte de la saisine

La CNS a été saisie par le Gouvernement sur la thématique des maltraitances, comme l'ont été aussi des institutions (Haute Autorité de santé - HAS - et le Haut Conseil de la santé publique - HCSP -). Les cabinets, auteurs de ces saisines, ont veillé à une bonne articulation des différents travaux menés en organisant un comité de suivi, propice à un partage d'informations sur l'avancement des « chantiers ».

Par ailleurs, à l'initiative de Mme la députée Annie VIDAL, également Présidente du Conseil territorial de santé (CTS) de Seine-Maritime, la [proposition de loi n° 643 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France](#)²⁰, qui comprend des mesures sur la lutte contre les maltraitances, est en cours d'examen au Parlement.

Le Conseil national de la refondation (CNR) sur le thème du « [Bien vieillir](#) » a consacré un atelier « Mieux lutter contre les maltraitances faites aux personnes âgées », à Rennes, le 22 mars 2023.

« Dans le cadre de la construction de la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances, Mme Aurore BERGE²¹, ministre des Solidarités et des Familles, et Mme Fadila KHATTABI, ministre déléguée chargée des Personnes handicapées, ont reçu les conclusions des États généraux des maltraitances le lundi 2 octobre » 2023.²²

Cette vaste concertation conduite, de mars à juin 2023, dans les territoires a permis une participation sans précédent sur cette thématique²³, une dynamique de consultation cohérente avec les enseignements de la démocratie en santé telles que portés par la CNS.

²⁰ Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 décembre 2022.

²¹ Nommée au gouvernement le 20 juillet 2023

²² Extrait de : [Concertation des États généraux des maltraitances | Ministère des Solidarités et des Familles \(solidarites.gouv.fr\)](#)

²³ Les informations relatives aux états généraux des maltraitances sont accessibles en ligne : [Concertation des États généraux des maltraitances | Ministère des Solidarités et des Familles \(solidarites.gouv.fr\)](#)

La méthode d'élaboration

Pour lancer les travaux de la CNS, un webinaire ouvert à toutes et tous est organisé par notre instance en lien avec la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, le 12 octobre 2022²⁴. Avec la participation du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, **M. Jean-Christophe COMBE**, ce séminaire en ligne a réuni plus de 240 personnes, sous la Présidence de **M. le Professeur Emmanuel RUSCH**, Président de la CNS, pour écouter et échanger avec **Mme Catherine SIMONIN**, membre de la CNS, administratrice de la Ligue nationale contre le cancer, membre du bureau de France Assos Santé ; **Mme Danièle LANGLOYS**, membre de la CNS, Présidente de l'association Autisme France, membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ; **Mme Magali ASSOR**, cheffe de projet chargée de la lutte contre les maltraitances à l'association Les Petits frères des pauvres, **Mme Hélène CARRERE**, co-présidente du Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE) ; **M. Christopher MIKTON**, administrateur technique « prévention de la violence » à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; **Mme la Dr Martine BALENÇON** du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, Présidente-fondatrice de la Société française de pédiatrie médico-légale (SFPML) et **M. Emmanuel RONOT**, membre (élu) de la Commission permanente de la CNS, représentant de la CRSA de la Bourgogne-Franche-Comté qu'il préside²⁵.

Pour répondre à la co-saisine ministérielle, la CNS a constitué un groupe de travail de 8 membres, composé sur appel à candidatures, dont l'animation est confiée à M. E. RONOT²⁶.

Y sont représentées principalement les CRSA (6 membres sur 8), dont 3 issues des Outremer (Martinique, Guyane et La Réunion), dont certains membres du champ du médico-social (personnes en situation de handicap et personnes âgées) et sanitaire. Le GT comprend aussi une représentante d'une association agréée santé entrant également dans le champ médico-social et un représentant des gestionnaires d'établissement « personnes âgées ». (cf. liste des membres en annexe)

Pour conduire les auditions, un questionnaire et un guide d'entretien ont été élaborés par le groupe de travail (cf. document en annexe).

Au total, près de 22 auditions ont été organisées rassemblant environ 70 personnes sur 8 mois (cf. liste en annexe).

En parallèle, le responsable du groupe de travail, M. RONOT, participe à des réunions publiques pour présenter les travaux du groupe de travail de la CNS au fur et à mesure de ses avancements (cf. le tableau en annexe)

Le présent rapport se fonde également sur celui consacré à la démocratie en santé adopté en 2022²⁷, lui aussi en réponse à une saisine ministérielle, dont plusieurs recommandations concernent directement ou indirectement la lutte contre les maltraitances.

A la demande du Cabinet du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, une première série de propositions, adoptées par la CNS en commission permanente (CP), réunie en « procédure d'urgence », le 6 juin 2023, lui est remise le 9 juin.

²⁴ [Lutte contre les maltraitances et réponses citoyennes – webinaire](#) - du 12.10.22 (dont les actes sont en ligne)

²⁵ Les actes du webinaire sont en ligne : [Lutte contre les maltraitances et réponses citoyennes - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

²⁶ Directeur d'un organisme national gestionnaire d'établissements médico-sociaux

²⁷ CNS. Op. cit. 2022.

Les grandes lignes du projet de rapport présentées par M. RNOT sont adoptées en assemblée plénière (AP) le 13 septembre.

Ces grandes lignes sont présentées également par lui à la journée de restitution des travaux des états généraux des maltraitances (EGM), le 2 octobre 2023.

Elles font l'objet d'un échange avec les représentants des agences régionales de santé (ARS) chargés de la lutte contre les maltraitances, le 19 octobre.

Rédigé par M. RNOT, avec l'appui du secrétariat général de la CNS, un projet de rapport, qui comprend un approfondissement de certaines recommandations adoptées en plénière de septembre, après débat et étude des propositions d'amendements, est adopté en réunion de la Commission permanente, le 17 novembre 2023²⁸.

Le rapport adopté comprend 8 recommandations.

Numéros	Recommandations
1	Des moyens à la hauteur des enjeux, assurer les ressources du système de santé au regard des besoins de santé
2	Renforcer les capacités des personnes à connaître et à faire respecter leurs droits
3	Donner un nouveau souffle aux outils des lois de 2002, de 2005 et suivantes
4	Faire des conseils territoriaux de santé le pivot de la démocratie en santé de proximité dans la lutte contre les maltraitances, en articulation avec les autres acteurs
5	Affirmer et renforcer la démocratie en santé
6	Réaffirmer la nécessité de favoriser la participation et l'autodétermination des personnes et faire de l'éthique une ressource dans la lutte contre les maltraitances
7	Faire des plaintes et des réclamations, un outil d'amélioration des droits des personnes, de la qualité des services rendus et de la lutte contre les maltraitances
8	Prévoir un rendez-vous annuel de transparence et de débat public aux niveaux national, régional, départemental et local

²⁸ Le quorum étant atteint (11 membres sur 17), le rapport est adopté à l'unanimité des membres présents de la CP.

Recommandation 1 : des moyens à la hauteur des enjeux, assurer les ressources du système de santé au regard des besoins de santé

La question des violences à l'encontre des professionnels²⁹ rentre en résonance avec la problématique des maltraitances à l'encontre des usagers : personnes malades et/ou personnes accueillies, personnes aidantes, proches, etc.).

Dans son avis du 14 juin 2023 relatif aux violences à l'encontre des professionnels de santé, la CNS souligne « la nécessité d'associer une large combinaison de mesures pour faire face à la gravité de la situation, mettre en place une politique de prévention et d'accompagnement pérenne sur le sujet, assortie de moyens à la hauteur de l'enjeu ». (page 9 – encadré 2)

« Les leviers à mobiliser doivent permettre de garantir les moyens humains, matériels et financiers en adéquation avec la situation et les besoins en santé : ressources, gouvernance et planification » (page 11).³⁰

En effet, il ne faut pas ignorer la part endogène (moyens, conditions de travail, organisation) au système de santé des situations de maltraitances.

La CNS appelle donc à augmenter le nombre des professionnels (santé, médico-social, social) et à favoriser l'attractivité des métiers (améliorations des conditions de travail, des rémunérations des personnels, formations), développer la coordination entre les secteurs, développer les coopérations entre professionnels.

²⁹ "L'expression « professionnels de santé » [1] peut, selon les mesures préconisées, avoir un sens large et inclusif ou un sens plus restreint limité aux professions de santé relevant du Code de la santé publique (CSP)."

³⁰ CNS. [Avis du 14.06.23 relatif aux violences à l'encontre des professionnels de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/avis-du-14-06-23-relatif-aux-violences-a-l-encontre-des-professionnels-de-sante)

Recommandation 2 : renforcer les capacités des personnes à connaître et à faire respecter leurs droits

5 constats :

- des droits sont reconnus aux usagers et aux personnes accueillies et accompagnées par les systèmes de santé, d'autonomie et de protection de l'enfance. Mais ils s'avèrent complexes et catégoriels. Leur mise en œuvre varie suivant la durée de la prise en soins ou de l'accompagnement ;
- les personnes ne connaissent pas leurs droits fondamentaux et spécifiques et ne savent pas à qui s'adresser ;
- en cas de non-respect des droits, le recours est souvent assuré par les associations communautaires ou sectorielles mais qui ne peuvent couvrir tous les besoins ;
- s'ajoutent des différenciations géographiques dans la mise en œuvre des droits ;
- la peur de représailles chez les personnes existe, elle peut être exacerbée en situation de dénonciation de maltraitance, de conditions de séjour long et en cas d'absence de choix du lieu de prise en charge ou d'accompagnement, etc.

Actions à mener :

- proposer une étude juridique sur les droits spécifiques catégoriels, leur réelle mise en œuvre, pour aller vers des droits fondamentaux (d'être informé, accompagné et protégé dans tous les états de sa vie, de décider de son parcours, de ses soins, de ses accompagnements...),
- s'assurer que les outils d'information, de conseil et d'aide actuels soient accessibles et connus de toutes et tous,
- faire évaluer les ressources d'aide pour mieux répondre aux besoins des personnes et des professionnels confrontés à des situations de maltraitances.

Recommandation 3 : donner un nouveau souffle aux outils des lois de 2002, de 2005 et suivantes

En 2022, la CNS recommande de conforter la représentation et la participation des usagers dans le secteur médico-social, avec parmi les outils à investir : le Conseil de la vie sociale (CVS), la personne qualifiée,³¹

Conseil de la vie sociale (CVS)

Encadré n° 3 : Conseil de la vie sociale (CVS)³²

Le Conseil de la vie sociale, instance de participation, est régi par le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004.

Dans le contexte des révélations relatives aux pratiques d'un groupe gestionnaire d'EHPAD, ces dispositions réglementaires ont été modifiées par le [Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

L'article D. 311-15 du CASF introduit que le CVS « est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service mentionné à l'article L. 311-8, en particulier son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. 3° Il est entendu lors de la procédure d'évaluation, est informé des résultats et associé aux mesures correctrices à mettre en place » [...].

A ce jour, aucune étude ne permet d'évaluer sa mise en œuvre.

Il ressort des auditions conduites que le CVS constitue une instance de participation interne aux établissements médico-sociaux, qui n'est pas à même de constituer un lieu où sont examinées les plaintes et réclamations avec une représentation des usagers.

Comme le relève France Assos Santé dans sa note de position suite à son audition par la CNS : « Le CVS est une instance de gestion du quotidien, pas faite pour le traitement des dysfonctionnements graves. Et compte-tenu des difficultés mentionnées sur le dispositif de la personne qualifiée, peut-être faudra-t-il un jour se poser la question de constituer une instance (substitutive ou non aux CVS existants) permettant un réel traitement des plaintes et réclamations. Les EHPAD seraient la priorité de cette nouvelle instance car il est urgent qu'ils bénéficient d'un regard extérieur³³. »

Le récent rapport de M. Laurent FREMONT, remis mi-novembre 2023, à Mme A. BERGE, Ministre des solidarités et de la famille et à Mme FIRMIN Le BODO, Ministre déléguée chargée des personnes handicapées, va plus loin : « Il semble manquer une structure intermédiaire qui associerait les usagers comme cela se pratique déjà dans les établissements de santé avec les commissions des usagers (CDU). Il paraît judicieux de transposer le principe de la Commission des usagers (CDU) en

³¹ CNS. Rapport Op.Cit. 2022

³² [Légifrance - Droit national en vigueur - Codes - Code de l'action sociale et des familles \(legifrance.gouv.fr\)](#)

³³ [Les maltraitances par ceux qui la vivent : contribution de France Assos Santé aux Etats Généraux des maltraitances - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](#)

milieu hospitalier au médico-social. La CDU du médico-social pourrait ainsi être un recours pour les proches et les familles, notamment sur le sujet du droit de visite. Cela impliquerait de constituer un vivier d'associations représentatives des usagers du médico-social, ou de former des représentants des usagers, lesquels, en étant extérieurs à l'établissement, permettraient de rétablir la relation de confiance et garantir une liberté de parole »³⁴.

Il ressort également des auditions que la crainte de représailles mentionnée par des proches de personnes accompagnées est particulièrement élevée en proximité, comme au niveau de l'établissement concerné.

C'est pourquoi, en réponse à la sollicitation urgente du 02 juin du cabinet du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, la CNS a proposé, le 09 juin 2023, à l'issue de sa réunion en Commission permanente³⁵, que soit expérimentée une instance où seraient réunis des représentants de la direction du gestionnaire, des personnels mais aussi des usagers et des personnes accueillies pour examiner les plaintes et réclamations, propice à un traitement de premier niveau des situations de maltraitances.

Expérimenter des commissions des usagers et des personnes (CUP) dans les établissements médico-sociaux à gestion privée et au domicile, et tester une adaptation de la CDU pour les ESSMS à gestion hospitalière :

Dans les établissements médico-sociaux à gestion hospitalière :

Il conviendrait d'expertiser la création d'une nouvelle instance ou l'évolution de la Commission des usagers (CDU) de l'établissement hospitalier de rattachement et son niveau d'inscription (hôpital de proximité, Groupement hospitalier de territoire - GHT -, Groupement de coopération sociale et médico-sociale - GCSMS - du secteur public³⁶) :

- les missions de la CDU de l'établissement de santé seraient étendues aux établissements médicaux-sociaux situés dans son périmètre. Dans ce cas, il faudrait réécrire l'article [R. 1112-81](#) du CSP pour faire évoluer la composition de la CDU et l'ouvrir aux représentants légaux des ESMS et des personnes,
- à défaut, sur le modèle de la CDU, serait créée une CUP au sein de l'hôpital de proximité dont dépend l'établissement médico-social (EHPAD, Maison d'accueil spécialisée - MAS -, Etablissement d'accueil médicalisé pour personnes handicapées – EAM -... avec des missions similaires à celles des CDU ou au sein de l'établissement pilote du GCSMS.

Dans les établissements médico-sociaux à gestion privée :

Sur le modèle de la Commission des usagers dans les établissements de santé, prévoir une commission avec une composition similaire pour les établissements médico-sociaux.

³⁴ FREMONT L. « [Liens entravés, adieux interdits Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens](#) - Rapport à la ministre des solidarités et des familles. - Mission « Droit de visite et lien de confiance » Avril - Novembre 2023 [Remise du rapport sur le droit de visite en EHPAD de Laurent Frémont | Ministère des Solidarités et des Familles \(solidarites.gouv.fr\)](#)

³⁵ quorum atteint

³⁶ [Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code \(partie réglementaire\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

La commission se réunirait au siège social des gestionnaires privés d'EHPAD et/ou de MAS, EAM, notamment, établissements où la santé et la dépendance des personnes accueillies sont particulièrement prégnantes.

En termes de calendrier : une expérimentation sur 2 ans doit être envisagée, comprenant avant son lancement opérationnel un dispositif d'évaluation. En fonction des résultats, une généralisation pourrait être envisagée dans les deux ans suivants. Au total, les CUP pourraient rentrer dans le droit commun à l'horizon de 4 ans.

Cette proposition a reçu un accueil favorable lors d'auditions et de présentations publiques³⁷.

Ainsi, la mission « FREMONT » souligne que : « Cette mesure proposée par la CNS [...] permettrait de répondre plus efficacement aux proches et aux résidents, en donnant plus d'objectivité aux décisions prises d'autant que les commissions des usagers (CDU) peuvent aussi recourir à un avis éthique (espaces de réflexion éthique régionaux – EREER -)³⁸. » La proposition de la CNS a suscité également les commentaires favorables sur le « post »³⁹ de M. Alexis VERVIALLE, Conseiller Santé - Plaidoyer / Affaires Publiques - France Assos Santé.

Cette mesure pourrait aussi être une opportunité de donner corps à la recommandation de la CNS de 2022⁴⁰ de conforter la représentation et la participation des usagers dans le secteur médico-social, ce secteur ne disposant pas d'un dispositif aussi intégré que celui du sanitaire avec ses représentants d'usagers membres d'associations agréées.⁴¹

A l'image du Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) pour le sanitaire, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pourrait renforcer l'effort de formation de représentants des personnes dans le secteur médico-social. L'émergence d'un mouvement ou collectif associatif transversal aux différents publics concernés et dispositifs d'accompagnement serait le bienvenu pour une mobilisation collective porteuse de progrès.

Au domicile :

Le domicile est un lieu de soins et d'accompagnement pour un très grand nombre de personnes. Ainsi, en raison de leur maladie et/ou de leur handicap et/ou de leur « perte d'autonomie », certaines « dépendent d'une tierce personne », proches aidants ou professionnels, « pour réaliser des gestes de soins [...] et des actes d'aide à la vie quotidienne liés à l'entretien corporel. Cela concerne pour l'essentiel la sphère respiratoire, la sphère digestive, la prise de médicaments, l'élimination (urinaire, fécale), l'alimentation, la toilette)⁴².

De la bonne mise en œuvre de cette aide humaine dépendent le degré d'autonomie/indépendance et la qualité de vie de la personne » de la participation des aidants quand ils existent, mais aussi de l'intervention des professionnels du soin.

³⁷ Voir notamment France Assos Santé. Op. Cit. ; FREMONT L. 2023

³⁸ FREMONT L. Op. Cit. 2023

³⁹ https://www.linkedin.com/posts/alexis-vervialle_et-de-2-deux-documents-cons%C3%A9cutifs-qui-activity-7130844230024880128-9D1s?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

⁴⁰ CNS. Rapport Op. Cit. 2022

⁴¹ Sur le site du ministère de la santé et de la prévention : [Associations d'usagers du système de santé agréées](#)

⁴² [Geste de soins / actes de la vie quotidienne - Contribution du CNCPH](#) – juin 2018

Lors de certaines auditions et en Commission permanente..., il a été rappelé que cette aide doit être, toutefois, principalement portée par des professionnels du soin formés et payés pour ces tâches.

En effet, les difficultés à bénéficier des services de professionnels peuvent conduire à un glissement des tâches sur les proches. L'épuisement de l'aidant peut conduire à des situations de maltraitances. Parfois, la relation maltraitante peut être inverse – soit de l'aidé à l'encontre de l'aidant - comme cela a pu être partagé lors d'auditions, ou encore entre personnes accueillies.

Dès lors, il apparaît que les droits des personnes à domicile sont particulièrement difficiles à faire respecter et qu'il est tout autant difficile d'en faire évaluer le respect.

Le rapport de la CNS de 2022⁴³ recommande de rechercher à combler le vide de la représentation des usagers et des moyens pour rendre effectifs leurs droits à l'heure du virage domiciliaire. La « démocratie sanitaire » s'est largement construite dans le cadre hospitalier. Sans dispositif adapté (représentants des usagers, CDU, médiateurs en santé), l'accélération du maintien à domicile et du virage ambulatoire portent un risque de faire reculer l'effectivité des droits des usagers.

Proposition :

Expérimenter pour les patients confrontés aux situations les plus complexes la mise en place d'une CUP dans le cadre de dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC)⁴⁴. Les DAC apportent une aide aux parcours complexes des personnes en situation de vulnérabilité (personnes âgées dépendantes, malades psychiatriques, addictions, ...). Depuis la fin juillet 2022, ils ont pu intégrer certains dispositifs (réseaux de santé, méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, plateformes territoriales d'appui, coordinations territoriales d'appui⁴⁵, centres locaux d'information et de coordination...). Les DAC sont un « point d'entrée pour répondre à tous les professionnels, quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent. [...] Le territoire d'action d'un DAC est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. »

Or, certains réseaux de santé (ainsi que des maisons de santé pluri-professionnelles...) avaient initié des expérimentations de représentation des usagers en ville.⁴⁶

Calendrier : expérimentation sur 3 ans des CUP-domicile, avant une possible généralisation après évaluation.

Principes d'organisation communs aux CUP dans les établissements médico-sociaux et à domicile :

- représentation de la direction de l'organisation gestionnaire, des professionnels des établissements, de la direction médicale, des usagers et personnes accompagnées,

⁴³ CNS. Rapport Op. Cit. 2022.

⁴⁴ [Dispositifs d'appui à la coordination | CNSA](#)

⁴⁵ de l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

⁴⁶ [Haute Autorité de Santé - Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé \(has-sante.fr\)](#) – juillet 2023

[Représenter les usagers en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé \(CPTS\) - Ile-de-France \(france-assos-sante.org\)](#) – décembre 2022 –

[Fiche mission : Le représentant associatif en CPTS - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](#) – décembre 2021

[IMPLIQUER LES USAGERS DANS LES MAISONS DE SANTE - Bretagne \(france-assos-sante.org\)](#) – octobre 2021

[Maison de santé : comment impliquer les usagers ? \(femasif.fr\)](#) etc.

- élection de la personne qui la préside au sein de la commission, en veillant de préférence à ce que ce soit un représentant d'usagers ou de personnes accompagnées (associations agréées en santé ou collectif à créer pour le médico-social),
- élaboration d'un rapport annuel remis à l'ARS, au conseil départemental pour le médico-social, ainsi qu'au CTS,
- l'appui de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA)⁴⁷ coordonnée par l'ARS, peut être sollicité, en particulier pour l'analyse des causes d'événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) mais aussi pour les situations de maltraitances les plus récurrentes et/ou les plus sévères⁴⁸.

Financement : CNSA pour les ESMS et Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour le domicile.

⁴⁷ [Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁴⁸ A titre d'illustration : [Kit « Livret Bienveillance » – SRA Grand Est - 2022](#)

Personne qualifiée

Le rapport de la CNS de 2022⁴⁹ recommande de « mettre le dispositif de la personne qualifiée à la hauteur des besoins des personnes accueillies dans le secteur médico-social » (mesure n° 78).

Encadré n° 4 : Personne qualifiée⁵⁰

Outil mis en place en application de dispositions de la loi n° 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, « la personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concerné, à l'intéressé, à son représentant légal ou à la personne chargée de la mesure de protection juridique (MJP) dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ». (Article [L. 311-5](#) du Code de l'action sociale et des familles).

Une action de médiation en vue de défendre les droits fondamentaux

Il s'agit d'une action de médiation en vue de défendre les droits fondamentaux des usagers des établissements et services médico-sociaux qu'a reconnus la loi n° 2002-02 (cf. articles L. 311-3 à L. 311-9 du CASF) :

- respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité et le droit à aller et venir librement ;
- « sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui leur sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant [...] développement, autonomie et insertion, » adaptés à leurs âges et à leurs besoins, respectant leurs consentements éclairés qui doivent systématiquement être recherchés lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement du représentant légal [...] doit être recherché ;
- « la confidentialité des informations la concernant ;
- l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; »
- la participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ou avec « l'aide de son représentant légal [...] qui tient compte de son avis ».

Lors de ses interventions, la personne qualifiée prend connaissance auprès de l'utilisateur qui l'a saisi des éléments qui constituent le litige, l'informe sur la démarche qu'il va initier, puis fait valoir ses droits en assurant une médiation avec la direction de l'établissement ou du service mis en cause.

Elle n'a toutefois pas de pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'établissement d'accueil, ni de l'administration.

Elle rend compte du déroulement et du résultat de sa mission à deux niveaux :

A l'utilisateur demandeur (suites données à sa demande, démarches éventuellement entreprises),

A l'Autorité dont dépend le service ou l'établissement mis en cause.

Cette mission est gratuite pour l'utilisateur. »⁵¹

France Assos Santé dans sa contribution au travail de la CNS dresse le constat : « ce dispositif est inexistant dans la moitié des départements et inconnu des usagers dans les autres »⁵².

⁴⁹ CNS. Op. Cit. 2022.

⁵⁰ [Dispositif Personnes qualifiées dans le domaine médico-social | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté \(sante.fr\)](#)

⁵¹ Sur le site de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté (article complété) : [Dispositif Personnes qualifiées dans le domaine médico-social](#) – juin 2023

⁵² RAMBAUD C, PIERRE S, VERVALLE A, GOBEL S. [Note de position : Positionnement de France Assos Santé sur les maltraitements Audition CNS](#). 12 Mai 2023

Cet outil de la loi « 2002-2 » peu connu et très hétérogène selon les territoires peut constituer, après amélioration, une aide utile aux personnes qui rencontrent une difficulté à faire entendre leurs doléances auprès d'une direction d'établissement médico-social.

Ce dispositif mérite d'être animé dans le cadre d'une politique nationale de renforcement de la démocratie en santé dans le secteur médico-social. Il s'agit, en particulier, d'améliorer la couverture territoriale en personnes qualifiées (PQ) dans le médico-social et le social, de rendre obligatoire l'accueil des personnes qualifiées quand elles demandent à visiter l'établissement, de renforcer leur statut pour leur faciliter leur mission (assurance, prise en charge systématique des frais de déplacement, simplification des procédures, indemnisation, etc.), de lancer une campagne d'information : auprès des personnes accompagnées et de leur entourage, notamment dans les établissements et services, et auprès de ces derniers.

L'extension de ce dispositif au domicile et aux établissements de la protection de l'enfance mérite d'être étudiée.

Commission des usagers dans les établissements de santé : vers un véritable statut des représentants d'usagers

L'article [L. 1112-3](#) du CSP prévoit que la Commission des usagers « est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données »^{53 54}, la CDU ayant « pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge [...] », de faciliter leurs démarches, de veiller « à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. »

Comme le constate la CNS dans son rapport de 2022⁵⁵, de trop nombreux sièges pour des représentants des usagers ne sont actuellement pas pourvus. A titre d'exemple, en Ile-de-France, 40 % des sièges dans les commissions des usagers des établissements de santé sont vacants⁵⁶.

Les associations agréées en santé, auditionnées dans le cadre de la préparation du rapport de la CNS de 2022, ont fortement exprimé le besoin d'un statut de représentant des usagers. Actuellement, l'absence d'indemnisation de leur temps consacré à la démocratie en santé réserve majoritairement cette fonction bénévole aux personnes sans activité professionnelle, soit des personnes retraitées ou des personnes en situation de handicap en incapacité de travailler et trop peu à des personnes en situation de pauvreté ou de précarité faute de revenus suffisants – sans supports associatifs – (cf. le dispositif mis en place par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : « [La participation des personnes concernées, au cœur du CNLE](#) »).

Les recommandations du rapport de la CNS de 2022 restent d'actualité, en particulier :

⁵³ [Article L1112-3 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁵⁴ Pour les personnes sous soins psychiatriques et pour les établissements du service de santé des armées, ces dispositions diffèrent du droit commun.

⁵⁵ CNS. Rapport Op. Cit. 2022.

⁵⁶ Agence régionale de santé de l'Ile-de-France. [Devenir représentant des usagers](#) – septembre 2023

[Représentants des usagers en commission des usagers francilienne : mandats de décembre 2022 à décembre 2025](#). mai 2022

- réhausser le positionnement et le dimensionnement de la CDU et la place des représentants des usagers dans la gouvernance des établissements de santé,
- reconnaître un véritable statut aux représentants des usagers pour rendre cet engagement plus attractif.

Recommandation 4 : faire des conseils territoriaux de santé le pivot de la démocratie en santé de proximité dans la lutte contre les maltraitances, en articulation avec les autres acteurs

1. Renforcer les missions et la composition des CTS

Les situations de maltraitances doivent être repérées et traitées, d'abord, en proximité.

Dès lors, l'instance de démocratie en santé la plus proche des territoires, le Conseil territorial de santé (CTS), doit constituer le premier échelon d'observation et d'élaboration collective des réponses aux maltraitances. Cet impératif s'impose particulièrement dans le cas des nouvelles régions élargies dont les régions dites « XXL »⁵⁷.

Le rapport de la CNS de 2022⁵⁸ consacre l'essentiel de sa troisième recommandation « Faire vivre la démocratie en santé au plus près des habitantes et habitants dans les territoires » au renforcement des CTS.

En effet, à « l'inverse de la CNS et des CRSA pour lesquelles le CSP définit assez précisément leurs missions, celles des CTS ne sont pas clairement identifiées »⁵⁹.

Dans le rapport de la CNS de 2022 (cf. mesure n° 16) et dans son avis du 08 juillet 2022, il est préconisé :

- d'étendre les missions des CTS⁶⁰,
- de leur conférer des moyens de travail et d'organisation tels que ceux prévus pour les CRSA dans le cadre de la mesure 32 du Ségur de la santé,
- de faire en sorte, qu'en lien avec les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)⁶¹, ils obtiennent un droit de regard annuel sur les situations de maltraitances traitées sur le territoire, leur typologie, les suites données, etc.⁶²,
- d'assurer l'articulation entre les CTS, les CDCA et autres acteurs locaux de la démocratie en santé (conseils locaux de santé mentale en articulation, notamment, avec les commissions spécialisées en santé mentale des CTS, contrats locaux de santé – CLS -...), ainsi que des ressources comme les structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et des dispositifs spécifiques comme les cellules de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) ou les conseils régionaux consultatifs des personnes accueillies ou accompagnées (CRPA), voire de favoriser leur association, en cohérence avec la réforme instituant les CRSA en 2010. Les représentants des personnels étant souvent les premiers à alerter sur des situations de maltraitance

⁵⁷ [Quelle est la nouvelle carte régionale ?](#) – janvier 2023

⁵⁸ CNS. Op. Cit. 2022.

⁵⁹ [Article L. 1434-10 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁶⁰ CNS. [Avis sur le projet de décret relatif aux conseils territoriaux de santé \(CTS\)](#), adopté selon la procédure d'urgence par la commission permanente de la CNS le 08 juillet 2022

⁶¹ Pour en savoir plus : [Le CDCA \(conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie\) | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#)

⁶² Ceci constituerait une avancée pour la transparence de cette politique publique. La question serait alors de rassembler les données issues des CRIP (Cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) et ODPE (observatoires départementaux de la protection de l'enfance) lorsqu'ils existent (champ « protection de l'enfance ») et les données concernant les personnes en situation de vulnérabilité : public en situation de handicap, patients, personnes âgées, etc. L'essentiel est ici de conserver le caractère transversal, la diversité des populations concernées.

institutionnelle, il convient de prévoir leur présence dans la composition des CTS, comme c'est le cas pour les CRSA et pour la CNS.

Les auditions et les documents partagés n'ont pas permis d'identifier les CDCA comme des instances indépendantes de la démocratie en santé⁶³.

Dès lors, il convient de prévoir une réforme des CTS affichant le renforcement, en particulier, de la représentation du médico-social. Les CTS deviendraient des conseils territoriaux de la santé et de l'autonomie (CTSA), en y renforçant, notamment, la représentation des acteurs de l'autonomie et en prévoyant celle de la protection de l'enfance (professionnels et entraide).

La déclinaison juridique de la mesure est en annexe (cf. annexe 9).

⁶³ L'Union confédérale des retraités CFDT, notamment, constate le risque d'instrumentalisation des CDCA, leur manque de moyens pour fonctionner. De VIVIE A. [CFDT, interCVS : mobilisation des vieux pour leur autonomie](#). Agevillage. 12 juin 2023.

Recommandation 5 : affirmer et renforcer la démocratie en santé

Le bilan des 20 ans des lois de 2002 de la CNS⁶⁴ a montré la nécessité d'affirmer et de renforcer la démocratie en santé comme outil de lutte contre les maltraitances.

1. Faire rentrer le terme de « démocratie en santé » dans les deux codes

Bien qu'il fasse (quasi) l'unanimité des acteurs de santé, le terme « démocratie en santé »⁶⁵ ne figure pas encore dans le CSP. Pourtant, il met en exergue une ouverture de l'appréhension du système de santé au médico-social et au social, ainsi qu'à la prévention partout et pour tout le monde, en cohérence avec la définition de la santé portée par l'OMS. En effet, parler en termes de « démocratie sanitaire » peut rendre plus ou moins invisible le médico-social et le social du champ limité aux seuls soins.

S'intéresser à la territorialisation de la mobilisation des parties prenantes dans la lutte contre les maltraitances conduit nécessairement à positionner les instances de démocratie en santé – CTS, CRSA, CNS – au centre du dispositif, en circuit ascendant-descendant.

Pourtant, si les « instances hospitalières » (place des usagers dans la gouvernance hospitalière) sont bien identifiées, il n'en est pas de même pour celles dites « de santé publique » mentionnées dans le CSP.

Une mesure simple serait de compléter l'alinéa 2 du I de l'article L. 1114-1 du CSP par les termes : « de démocratie en santé »⁶⁶.

Le terme devrait également figurer dans le CASF.

Ce serait également un signe fort pour confirmer la participation des usagers dans ces instances clés pour le système de santé.

2. Conforter la CNS comme pierre angulaire de la démocratie en santé et autonomie

2.1 Reconnaître à la CNS une mission d'observatoire national de la démocratie en santé

Le bilan annuel (à prévoir), grâce aux données des situations de maltraitances (transmises par l'ARS), qui serait examiné et adopté en CTS, puis en CRSA, devrait pouvoir faire l'objet d'une synthèse nationale élaborée, débattue par les parties prenantes du système de santé réunis au sein de la CNS (avec intégration de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance).

En 2022, dans son rapport, la CNS préconise (cf. mesure 10) de « créer un observatoire de la démocratie en santé au sein de la CNS ».

⁶⁴ CNS. Rapport Op. Cit. 2022

⁶⁵ évoquée à 4 reprises dans : [La stratégie nationale de santé 2018-2022](#)

⁶⁶ Rédaction proposée de l'article L. 1114-1 du CSP : « Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières, de démocratie en santé ou de santé publique. » en remplacement de : « Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. »

Il s'agit d'adapter les dispositions législatives et réglementaires relatives à la CNS.

2.2 Une commission de lutte contre les maltraitances et de promotion de la bientraitance au sein de la CNS

Au sein de la CNS, est créé une commission de lutte contre les maltraitances et de promotion de la bientraitance.

Cette formation, chargée du suivi de la politique gouvernementale dans ce domaine, a notamment pour mission d'élaborer le bilan annuel des remontées des situations de maltraitances sur la base des travaux des CRSA, eux-mêmes alimentés par ceux des CTS.

Cette formation devrait être composée de membres de la CNS, avec voix délibératives, et de personnes extérieures sélectionnées sur appel à candidatures. Les membres de la CNS avec voix consultatives pourraient participer à ses réunions. Conformément au principe et fonctionnement démocratiques de la CNS, cette nouvelle formation élirait, en son sein, le membre qui la préside.

3. Conforter les CRSA en leur confiant une nouvelle mission en matière de lutte contre les maltraitances

Un bilan annuel des situations de maltraitances doit être adopté par les CRSA, en lien avec les CTSA.

Ces bilans annuels des CRSA sont appelés à alimenter celui de la CNS qui en fera une synthèse nationale.

Ce dispositif ascendant, du territoire vers le national, s'articule avec le dispositif prévu à l'article L. 1432-4 du CSP : la CRSA « procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements ».

Une proposition de déclinaison juridique de la mesure est en annexe (cf. annexe 10).

La composition des CRSA doit évoluer pour tenir compte de la nouvelle mission confiée relative aux maltraitances. A titre d'illustration, la protection de l'enfance, ainsi que les forces de sécurité et la justice devraient y être représentées.

Par ailleurs, la représentation des CTS au sein des CRSA, depuis leur mandature démarrée en 2021, constitue un progrès réel. Aller plus loin nécessite de confier aux CRSA de s'assurer de la cohérence des travaux avec les CTSA de leurs ressorts.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 32 du Ségur de la santé, certaines ARS ont renforcé les moyens alloués (humains, financiers, logistiques...) à leurs CRSA. Les expériences permettant une réelle autonomie de fonctionnement de l'instance régionale (ex : Nouvelle-Aquitaine) sont à encourager.

Recommandation 6 : réaffirmer la nécessité de favoriser la participation et l'autodétermination des personnes et faire de l'éthique une ressource dans la lutte contre les maltraitances

1. Réaffirmer la nécessité de favoriser la participation et l'autodétermination des personnes

Un contexte qui favorise l'expression des personnes, leur participation et leur autodétermination, autant que faire se peut et dans le respect de leur volonté, peut participer de l'amélioration de la qualité des services rendus et serait propice à promouvoir la bientraitance⁶⁷.

Actions à mener :

Pour donner corps à cette ambition, 4 actions à prévoir :

- demander à la HAS de mettre à jour les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) relatives à la participation des usagers du secteur social et médico-social⁶⁸, y compris pour les personnes en situation de précarité (action n° 80 du rapport CNS de 2022),
- diffuser et faire écho aux avis 1-2022⁶⁹ et 2-2023⁷⁰ de la HAS proposés par son Conseil pour l'engagement des usagers (CEU),
- diversifier les processus de participation pour répondre aux différentes modalités de prise en soins et d'accompagnement des personnes dans un parcours de santé à domicile (Hospitalisation à domicile – HAD -, maisons, centres de santé, CPTS...)⁷¹,
- relancer le « label Concours-Droits des usagers » du ministère chargé de la santé⁷².

⁶⁷ PIVETEAU D, CASAGRANDE A. [Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie](#). Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. HCFEA-CNCPH. Janvier 2019.

⁶⁸ [Haute Autorité de Santé - Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire \(has-sante.fr\)](#)

[Haute Autorité de Santé - Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale \(has-sante.fr\)](#)

[Haute Autorité de Santé - La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie \(has-sante.fr\)](#) – etc.

⁶⁹ HAS. [Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale](#). Avis n° 1/2022 du Conseil pour l'engagement des usagers. 9 juin 2022

⁷⁰ HAS. [Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire](#). Avis n° 2-2023 du Conseil pour l'engagement des usagers, validé par le Collège de la HAS le 13 juillet 2023

⁷¹ HAS. [Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé](#). Avis n° 1-2023 du conseil pour l'engagement des usagers, validé par le Collège le 2 juin 2023

⁷² [Soumettez votre projet - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

2. Faire de la démarche de réflexion éthique une ressource dans la lutte contre les maltraitances

L'éthique est un questionnement permanent qui cherche à déterminer comment agir au mieux, dans le respect des personnes. Elle nécessite une réflexion collective. Cette réflexion éthique tente de répondre à la question de « ce que nous voulons faire ».

Son intérêt dans le champ du soin est pluriel et notamment de reconnaître le patient comme un sujet à part entière et renforcer ainsi la relation de confiance entre soignants et soignés, de prendre des décisions justes et acceptables pour la personne malade et du point de vue de celle-ci, ou encore de donner un sens aux pratiques soignantes. Autant de dimension permettant de prévenir les situations de maltraitances.

La démarche de réflexion éthique clinique a été largement mobilisée en appui aux équipes de soins par des cellules de soutien éthique dans le cadre de la crise sanitaire de la Covid-19. Cette expérience doit être mise au service de la lutte contre les maltraitances, par le recours à la démarche de réflexion éthique pour les professionnels des établissements de santé et recevoir une traduction adaptée pour les acteurs du médico-social et du social.

Le manuel de certification de la HAS prévoit que les établissements promeuvent et soutiennent le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (critère n° n° 3.4-04) et que les établissements luttent contre la maltraitance en leurs seins (critère 3.2-06).⁷³

Actions à mener :

- favoriser et faciliter les conditions d'une réflexion éthique au plus près des exercices professionnels,
- développer les liens entre les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER),
- favoriser les projets communs entre ERER et CRSA,
- promouvoir des formations des professionnels (santé, médico-social, social, sans critères hiérarchiques) fondées sur les savoirs de l'expérience des personnes victimes et par la compagnonnage concernant la participation, l'accès aux droits et la lutte contre les maltraitances. Proposition de formations transversales intersectorielles (« santé », « personnes âgées », « personnes en situation de handicap », cadre de la « protection de l'enfance », etc.) et tous publics (personnes malades, proches-aidants, personnes de confiance, représentants des personnes, parties prenantes, institutionnels et professionnels : aides à domicile, médecins, personnels d'accueil et de sécurité, etc.). Formations conçues avec des personnes victimes de maltraitances et/ou formations assurées par des personnes ex-victimes.

⁷³ HAS. [Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins](#). Version 2023.

Recommandation 7 : faire des plaintes et des réclamations, un outil d'amélioration des droits des personnes, de la qualité des services rendus et de la lutte contre les maltraitements (cf. Rapport CNS. 2022⁷⁴).

1. Communication des résultats de l'évaluation des expérimentations antérieures

L'article 158 de la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), dite loi « Santé », prévoit que soit expérimenté un guichet unique de plaintes et réclamations pour les usagers. Le décret n° 2017-121 du 31 janvier 2017 relatif à cette expérimentation permet à des CTS⁷⁵ « d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations ». Prévues pour une durée de 5 ans, les expérimentations conduites ont pour objectif d'évaluer la faisabilité et les conditions d'un point d'entrée ouvert à l'ensemble des usagers et une dynamique territoriale entre les acteurs sur la qualité des prises en charge à partir de l'analyse des plaintes réclamations et demandes de médiation en santé⁷⁶.

Action à mener :

Demander la communication des résultats de l'évaluation des expérimentations dans le cadre de l'article 158 de la LMSS 2016.⁷⁷

2. Coordination des autorités dans le recueil, le traitement et le suivi des situations de maltraitance

L'article 4 de la proposition de loi « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France » prévoit l'institution « d'une instance territoriale dans chaque département chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des alertes relatives aux personnes majeures en situation de vulnérabilité en raison de leur âge, leur maladie, leur handicap ou leur qualité de majeur protégé et victimes de maltraitance. »

Cette mesure proposée rencontre une forte adhésion dans les auditions assortie d'une réserve : ne pas créer un dispositif se surajoutant à l'existant et une construction complexe et inaccessible. Cela implique en particulier de clarifier les rôles et responsabilités de chacun, aux différents échelons territoriaux et de se coordonner pour orienter vers un traitement et un suivi pertinents.

⁷⁴ CNS. Op. Cit. 2022. : « 9ème recommandation : faire des plaintes et des réclamations un outil d'amélioration des droits des usagères et usagers ainsi que la qualité du système de santé... »

⁷⁵ [Décret n° 2017-121 du 31 janvier 2017 relatif à l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations](#)

⁷⁶ [Annexe 1 2019 02 CDC AAC GAARS ARS NA.pdf \(sante.fr\)](#)

⁷⁷ Article 6 du décret susnommé :

« Les agences régionales de santé transmettent chaque année au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, des éléments de suivi.

Avant le terme de l'expérimentation, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales réalise une évaluation de la faisabilité et de l'effectivité du dispositif ainsi que de l'amélioration du traitement des demandes de médiation, de plaintes et de réclamations en santé. »

3. Disposer d'un système d'information partagé

Pour ce dispositif nouveau et ses partenaires, un système d'information (SI) partagé est nécessaire.

Le recueil des signalements des situations de maltraitance par des SI ne relève pas du périmètre de la saisine de la CNS. Toutefois, les questions de SI Maltraitements et de contrôle sont souvent revenues dans les auditions.

La CNS alerte sur la question des moyens car il est à craindre une augmentation considérable des situations déclarées à recevoir, étudier, analyser, filtrer, orienter, traiter et suivre.

Enfin, le dispositif prévu à l'article de ladite PPL devrait rendre compte au CTS, l'ARS dans sa mission⁷⁸ à la CRSA et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) à la CNS.

⁷⁸ L'article [L. 1431-2](#) du CSP prévoit que « Les agences régionales de santé [...] contribuent avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

Recommandation 8 : prévoir un rendez-vous annuel de transparence et de débat public aux niveaux national, régional, départemental et local

1. Prévoir un rendez-vous annuel

Dans un premier temps, cette réunion annuelle aurait pour objectif de sensibiliser le public, les professionnels, les institutionnels et les décideurs à la lutte contre les maltraitances et à promotion de la bientraitance, si possible en présence de personnes victimes (sur les questions de l'amélioration de la qualité et de réflexion éthique, de la protection des lanceurs d'alerte, de la protection des personnes hospitalisées, accueillies, à domicile, proches-aidants, personnels... contre le risque de représailles, etc.).

2. Présentation publique par les instances de démocratie en santé du bilan annuel des situations de maltraitances

Une présentation publique par les instances de démocratie en santé du bilan annuel des situations de maltraitances remis est organisée en lien avec les autorités. Ces instances pourront faire état, sur la base d'indicateurs durables encore à définir, des évolutions des situations de maltraitance, en particulier dans le cadre du rapport annuel des CTS, CRSA et de la CNS.

3. Relancer le « Label concours droits des usagers de la santé »⁷⁹

Le label-concours droits des usagers pourrait être relancé suivant le cadre défini par le ministère de la santé dans les années précédentes, notamment en termes de mises en œuvre et communications nationale et régionales.

La Journée internationale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées du 15 juin, la Journée européenne de vos droits en santé du 18 avril, la Journée internationale des droits de l'enfant du 20 novembre ou celle de la santé du 7 avril pourraient, entre autres, constituer des opportunités de calendrier.

⁷⁹ Instruction du 28 octobre 2021 relative à l'édition 2021 du « Label concours droits des usagers de la santé » [2021.1.sante.pdf](#)

Conclusion

La crise sanitaire de la Covid-19 que notre pays a traversé a mis en lumière les carences dans les processus de consultation et de participation. Certaines initiatives postérieures pour tenter de répondre à la crise de l'offre de soins ont aggravé les insuffisances observées, en particulier dans le recours aux instances de démocratie en santé⁸⁰.

En revanche, les Etats généraux des maltraitances ont constitué une avancée en termes de qualité de participation des populations⁸¹.

A l'avenir, la lutte contre les maltraitances impose de tirer les enseignements de ces expériences. Le rapport de la CNS sur la démocratie en santé de 2022 et le présent document, qui en constitue à bien des égards un approfondissement, présentent des perspectives de progrès.

Le présent rapport conforte la démocratie en santé portée par les instances - nationale, régionales et territoriales - comme ressource à mobiliser pour lutter avec efficacité contre les maltraitances.

Au terme des travaux menés, il nous semble également nécessaire de souligner 4 points de vigilance.

Vigilance 1 : modalités participatives impératives

Au cours des auditions dans le cadre du groupe de travail de la CNS, est ressortie l'impérative nécessité d'associer pour chaque décision les personnes dites « concernées » et/ou leurs proches ou leurs représentants. Cela aurait pu permettre, notamment, d'éviter des situations de maltraitance, comme cela a pu se produire sur les décisions prises relatives aux visites dans les EHPAD et autres établissements médico-sociaux ou sociaux et dans les établissements de santé⁸².

Les politiques publiques, outils et actions sur le terrain concernant les maltraitances doivent être construits, en particulier avec les personnes victimes de maltraitance en intégrant leurs savoirs expérientiels.

Vigilance 2 : l'« angle mort » du domicile

« [...] Le désir des personnes de vivre chez elles le plus longtemps possible, retarder le plus possible l'entrée en établissement ou de sortir le plus rapidement d'un établissement de soins, implique le secteur du soin et de l'aide à domicile. De fait, le caractère diffus de ce secteur rend les questions de la prévention, du repérage des maltraitances plus complexes que lorsque les personnes vivent dans un établissement collectif. »⁸³ Le risque pour les personnes concernées et/ou accompagnées est d'autant plus élevé quand le secteur d'activité est lui-même en situation de fragilité.

Comme dans le bilan de 2022, il est proposé dans le présent rapport des premières pistes pour essayer de construire un dispositif de promotion des droits des usagers à domicile, notamment en matière de représentation des usagers.

⁸⁰ CNS. Motion du 8 mars 2023 relative au Conseil national de la refondation en santé.

⁸¹ Événement qui a reçu l'appui méthodologique de la Commission nationale du débat public.

⁸² FREMONT L. « [Liens entravés, adieux interdits Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens](#) - Rapport à la ministre des solidarités et des familles. - Mission « Droit de visite et lien de confiance » Avril - Novembre 2023

⁸³ [Avis du Haut Conseil du travail social sur les états généraux des maltraitances 2023 \(vie-publique.fr\)](#)

Vigilance 3 : l'injonction à l'autonomie et à l'empouvoirement⁸⁴

L'autonomie sous-tend le droit de l'usager à l'autodétermination. Une série de textes clés de l'OMS en font un principe d'action pour les soins et, plus largement, pour les politiques de santé publique. Il y va du respect de la dignité humaine. Mais l'affirmation de ce principe peut se heurter à ce risque que la mission « droit de visite et lien de confiance » (2023) vient de souligner : « un acharnement autonome qui peut abandonner le malade à une solitude décisionnelle ».

A ce titre, la notion de vulnérabilité porte en elle des risques⁸⁵ comme l'ingérence, la responsabilisation de la personne en cas d'échec de l'accompagnement, minimisation du rôle du contexte, « dépolitisation des causes (...) », la culpabilisation de ne pas vouloir et/ou de ne pas pouvoir « faire ».

Elle porte en elle des potentialités (approche processuelle et individuelle, multidimensionnalité et multicausalité, action tout à la fois en amont, sur, et en aval de la blessure) mais aussi des risques (ingérence ; responsabilisation de l'individu en cas d'échec de l'accompagnement, en minimisant le rôle du contexte ; dépolitisation des causes et renoncement à agir au-delà de l'individualité).

Ne pas oublier que « Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi », y compris lorsqu'il s'agit de « faire participer » les personnes jusqu'à l'injonction qu'elles fassent et/ou participent contre leur gré.

A l'inverse, la personne elle-même peut ne pas avoir conscience d'être victime de maltraitance, c'est particulièrement le cas de celles qui subissent ces situations répétées parfois de longues dates (avec situations de soumission, d'emprise psychologiques...)⁸⁶.

Dans ce cas, l'intervention professionnelle, associative, de pairs... extra-muros, dans le respect des personnes, qui va à la rencontre des populations les plus marginalisées, les plus en retrait des accompagnements dans le respect de leur libre adhésion (sans-abri, jeunes en voie de marginalisation ou marginalisés, personnes concernées par les addictions, travailleuses et travailleurs du sexe)⁸⁷ est « salutaire ».

En fait, c'est le piège de toute approche d'un phénomène de société exclusivement centrée sur l'individu.

Vigilance 4 : la différenciation territoriale porteuse du risque d'aggraver les inégalités

La promotion de la différenciation territoriale présente aussi le risque d'aggraver les inégalités. C'est particulièrement le cas de certaines prestations sociales (destinées aux personnes en situation de handicap, montant de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA -, montant de l'allocation journalière de présence parentale – AJPP - et de l'allocation journalière du proche aidant – AJPA -⁸⁸, et aussi pour le montant forfaitaire du revenu de solidarité active – RSA -⁸⁹, celui de l'aide

⁸⁴ [Empouvoirement du malade \(culture.gouv.fr\)](https://culture.gouv.fr)

⁸⁵ [La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique | Cairn.info](https:// Cairn.info)

⁸⁶ [Un court-métrage réalisé par un gendarme pour dénoncer les violences psychologiques - Gendinfo \(interieur.gouv.fr\)](https://interieur.gouv.fr) – 2020 - [Restez connectés... Votre atelier va bientôt commencer. \(cnb.avocat.fr\)](https://cnb.avocat.fr) – L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES - 2023

⁸⁷ [Le principe du « working first » - ASH | Actualités sociales hebdomadaires](https:// Actualités sociales hebdomadaires)

⁸⁸ [IT Revalorisation au 1er janvier 2023 VF \(caf.fr\)](https://caf.fr)

⁸⁹ [Décret n° 2023-340 du 4 mai 2023 portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://legifrance.gouv.fr)

médicale d'Etat – AME - ⁹⁰, etc.) aujourd'hui déjà hétérogènes selon les territoires⁹¹. Avec des moyens limités, au regard de l'ampleur des besoins, les territoires ultramarins sont très exposés au risque d'accroissement des inégalités⁹².

⁹⁰ L'AME n'est pas applicable à Mayotte.

⁹¹ [L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

⁹² [Statistiques publiques dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer | Insee – septembre 2023](#)

Remerciements

Le Président de la Conférence nationale de santé tient à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant contribué sous quelque forme que ce soit à l'élaboration et à l'écriture de ce rapport, à commencer par les membres du groupe de travail et M. RNOT, son responsable.

Il remercie également :

- les organisations qui ont adressé des contributions écrites et les personnes, professionnels ou organismes auditionnés, pour la richesse de leurs interventions et documents partagés ;
- les personnes qui ont participé au webinaire du 12 octobre 2022 ;
- notamment, le Secrétariat général de la CNS pour son soutien à l'organisation de ce travail tout au long de son déroulé ainsi que pour son aide.

Un très grand merci, enfin, à toutes et tous les membres de la CNS qui, par la précision et la justesse de leurs amendements, ont permis d'améliorer et d'enrichir ce texte.

[Dernières modifications de forme : le 220124]

Présentation de la Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé (cf. l'art. L. 1411-3 du code de la santé publique).

La CNS exerce trois missions :

- formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique et, en particulier, sur :
 - l'élaboration de la stratégie nationale de santé, sur laquelle elle est consultée par le Gouvernement ;
 - les plans et programmes que le Gouvernement entend mettre en œuvre ;

Elle peut aussi s'autosaisir de toute question qu'elle estime nécessaire de porter à la connaissance du ministère ;

- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social » ; ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Pour en savoir plus, lire :

[la fiche de présentation de la CNS](#) (version actualisée le 08.09.22)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Une bibliographie, préparée par le Secrétariat général de la CNS, indépendante de ce rapport sera, très prochainement, mise en ligne sur l'espace internet de la Conférence.

Sommaire des annexes

- Annexe 1 - Libre-propos de M. Emmanuel RONOT, responsable du groupe de travail
- Annexe 2 - Co-saisine du ministre des solidarités, des personnes handicapées et de l'autonomie, de la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la secrétaire d'Etat auprès de la première ministre, chargée de la protection de l'enfance
- Annexe 3 - Liste des membres du groupe de travail de la CNS
- Annexe 4 - Tableau récapitulatif des participations/interventions de M. RONOT au titre de la CNS sur le thème des maltraitances et/ou poursuite des travaux du groupe de travail
- Annexe 5 - Liste des personnes et organismes auditionnés
- Annexe 6 - Questionnaire
- Annexe 7 - Liste des organismes contributeurs
- Annexe 8 - Sigles et acronymes
- Annexe 9 - Propositions de rédaction juridique de la recommandation 3 relative au conseil territorial de santé et de l'autonomie (CTSA)

Annexe 1 : Libre-propos de M. Emmanuel RONOT, responsable du groupe de travail de la CNS

« J'ai démarré ma carrière de directeur d'ÉTABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL dans un petit IME-SESSAD de l'Yonne, en 2002, au moment de la révélation publique de ce qui allait devenir l'affaire des « disparues de l'Yonne ». A l'époque, l'Etat avait décidé de retirer la gestion des établissements à l'organisme gestionnaire en cause et de la confier à l'EPNAK, établissement public national médico-social, situé dans l'Essonne, présentant deux caractéristiques essentielles : une probité aux yeux des autorités et aucun lien avec le contexte local.

Un Directeur général a été nommé par l'Etat pour gérer cette reprise et opérer la nécessaire restructuration qui devait en découler. J'étais professeur des écoles au sein de l'IME-SESSAD⁹³ depuis un an, avec une expérience antérieure de directeur socio-culturel hors du département. Quelques têtes sont tombées et il s'en est suivi un gros *turn over* managérial, ce DG m'a alors proposé la direction de l'établissement.

Ce qui m'avait frappé à l'époque c'était l'obstination du DG à asséner aux directeurs en place, nouveaux comme anciens, que la situation qui mettait en relation une personne handicapée et un accompagnant était une situation pouvant générer naturellement des maltraitances, que cette situation de vulnérabilité - passagère ou durable – d'une personne, face à d'autres personnes qui apportent soins et accompagnement, pouvait générer des maltraitances. Il insistait en expliquant que si le système dans lequel s'exerçait cette relation ne s'appuyait pas sur des valeurs fortes avec des garde-fous internes et externes, les maltraitances pouvaient d'autant plus émerger.

Certains de mes collègues minoraient le message, renvoyaient à la situation traumatique qui le faisait exagérer ; d'autres comprenaient qu'avant toute chose, qu'avant tout acte éducatif ou de soin, les professionnels et, plus largement, l'institution qui recevait la personne se devaient de ne pas nuire. « D'abord ne pas nuire ! », nous disait-il sans cesse.

Nous étions en 2002, en plein contexte de mise en place des outils de la Loi « 2002-2 »⁹⁴ que certains de mes collègues, les mêmes qui renvoyaient la responsabilité des maltraitances à la seule responsabilité individuelle de personnels déviants, recevaient avec mépris. Les fameux « nous le faisons déjà », ou encore « pas besoin de préciser dans la loi ce qui est évident » ... de l'époque raisonnent encore en moi aujourd'hui.

Ce directeur général a donc institué plusieurs obligations et pratiques internes qui faisaient socle des pratiques de soins et d'accompagnement :

- plus jamais un directeur seul sur un établissement ; mise en place de collectifs de directeurs,
- développer les regards croisés inter-établissements et interprofessionnels,
- ouvrir les établissements sur leur environnement local et social,
- mettre en place à la lettre et même au-delà les outils de la Loi 2002-2,
- créer une direction qualité,
- développer une culture du signalement des événements indésirables... »

⁹³ IME : institut médico-éducatif – SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

⁹⁴ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La recherche action TACT (Traitement des alertes, informations préoccupantes et signalements de maltraitance en concertation sur les territoires), lancée sous l'égide de la commission nationale pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance conjointe au Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH), a fait apparaître lors de ses premiers ateliers d'études de situations que le sujet de la maltraitance figurait parmi les centres d'intérêt des membres des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), des conférences territoriales de santé (CTS) et des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), sans que pour l'instant ils ne soient associés de manière structurelle aux actions territoriales conduites sur le sujet. Le constat est identique concernant les observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE).

Or vous le savez, la réponse aux situations de maltraitance est par nature multidimensionnelle. Elle appelle un engagement de toutes les parties prenantes et, à ce titre, il importe que les représentants des personnes concernées soient associés étroitement aux actions conduites, à l'échelon national et dans les régions et les territoires. Ceci n'est pas seulement une exigence d'ordre éthique et démocratique : il s'agit d'une garantie d'efficacité de l'action.

En outre, si les alertes de maltraitance appellent des réponses immédiates auprès des personnes impliquées, pour porter durablement, l'action publique doit être engagée de manière systémique avec d'emblée un ancrage territorial.

Nous souhaitons par la présente, monsieur le président, vous confier ces prochains mois une réflexion sur la manière d'associer au mieux les parties prenantes des territoires représentés dans les instances de la démocratie en santé régionales et départementales à la lutte contre les maltraitances et dans les ODPE. En particulier, nous attendons des propositions de nature à permettre l'installation d'un rendez-vous annuel de transparence et de débat collectif sur les données relatives aux maltraitances récoltées par les administrations publiques en charge d'y répondre (concernant les alertes et signalements mais aussi les mesures correctives engagées).

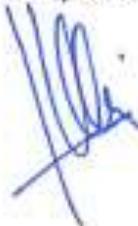
Nous souhaitons que cette réflexion soit transversale à tous les publics en situation de vulnérabilité et à ce que d'emblée les représentants des personnes accompagnées occupent une place privilégiée dans la démarche.

Pour les publics mineurs, nous souhaitons que le périmètre de travail concerne uniquement les alertes et situations surgissant au sein des établissements accueillant des enfants et des services qui les accompagnent. S'agissant plus particulièrement des établissements et services relevant de la protection de l'enfance, vous veillerez à recueillir l'avis du conseil national de la protection de l'enfance (CNPE).

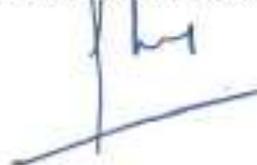
Pour les publics majeurs en situation de vulnérabilité, nous souhaitons à la fois que les situations intrafamiliales, les situations survenues à domicile lors d'interventions d'accompagnement et de soin, et les situations survenues dans les établissements, soient comprises dans le périmètre.

Nous souhaitons que la CNS fasse part de ses conclusions et propositions dans une note intermédiaire remise au printemps 2023, et dans un rapport final pour septembre 2023. Elles viendront contribuer à une stratégie d'ensemble qui sera considérablement enrichie par la prise en compte des parties prenantes que votre instance aura pu réunir et rassembler pour des temps de travail sur le sujet.

Jean Christophe COMBE



Geneviève DARRIEUSSECQ



Charlotte CAUBEL



Annexe 3 : Liste des membres du groupe de travail de la CNS

Responsable :

- **Emmanuel RONOT**

Autres membres :

- **Yves BAGHOOA**, membre du collège 1 de la CNS, représentant la CRSA de la Guyane qu'il préside, dans laquelle il représente la Mutualité française. Il est également ancien administrateur de la Caisse générale de la sécurité sociale de la Guyane au titre de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) – regard sur les outremer ;
- **Jean-Pierre BOISSONNAT**, membre du collège 5 de la CNS, désigné par le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (gestionnaires personnes âgées), Membre du bureau du Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSo) qu'il représente à la CNS ;
- **Jean-Pierre CANARELLI**, membre du collège 1 de la CNS (jusque fin mars 2022) en tant que représentant de la CRSA des Hauts-de-France (dont il a assuré la Présidence), depuis « personnalité associée » au GTPDU, membre de la Commission permanente de la CRSA des Hauts-de-France, président du CTS de la Somme, professeur émérite de chirurgie pédiatrique ;
- **Brigitte CHANE-HIME**, membre du collège 1 de la CNS, représentante de la CRSA de La Réunion, membre élue de la Commission permanente (jusque fin mars) et membre de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) et de la CSDU de la CRSA de La Réunion, membre de l'Association de coopération humanitaire (ACH) Réunion, cadre médico-sociale ;
- **Isabel DA COSTA**, membre du collège 2 de la CNS, représentante d'APF France handicap, dont elle est administratrice, représentante des usagers (RU) au conseil d'administration de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) ;
- **Jean-Luc FANON**, membre du collège 1 de la CNS, représentant de la CRSA de la Martinique qu'il préside, membre (élu) de la Commission permanente de la CNS, médecin gériatre ;
- **Anne LE GAGNE**, membre du collège 1 de la CNS, représentante de la CRSA de la Bretagne dont elle assure la Vice-présidence de la CRSA, médecin gériatre ;
- **Michel LOISEL**, membre du collège 1 de la CNS, représentant de la CRSA de la Normandie, membre du GTPDU de la CNS. Il est Président de la CSDU de la CRSA.

Secrétariat général de la Conférence nationale de santé :

- **Pascal MELIHAN-CHEININ**, secrétaire général de la CNS,
- **Alice PENCALET**, chargée du fonctionnement du secrétariat, veille/diffusion documentaires,
- **Céline PIERDET**, stagiaire élève-directrice d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'École des Hautes études en santé publique

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des participations/interventions de M. RONOT et M. RUSCH au titre de la CNS sur le thème des maltraitements et/ou poursuite des travaux du groupe de travail

Dates	Lieu	Evènement	Thème	Lien hypertexte
12.10.22		webinaire	Lutte contre les maltraitements et réponses citoyennes : présidé par M. RUSCH avec conclusion et mise en perspective par M. RONOT	Lutte contre les maltraitements et réponses citoyennes - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)
23.11.22	Paris	Fondation Partage & Vie : Les dimensions collectives de la démocratie en santé, établissements et territoires	La démocratie en santé, une urgence de santé publique : les 11 recommandations du rapport de la Conférence nationale de santé.	Faisons collectivement de la pleine citoyenneté des plus vulnérables un Fondation Partage et Vie
25.11.22	Troyes	6ème Congrès national de la Sage-Femme libérale (CNSFL)	Éthique : entendre les témoignages de mauvaises pratiques, et après ?	Programme-CNSFL 2023.pdf (profession-sage-femme.com)
26.04.23	Paris	6ème Conférence nationale du handicap (participation à la CNH sans intervention de M. RONOT)	« l'accessibilité physique du cadre bâti et des transports ainsi que numérique, l'école inclusive, l'emploi des personnes handicapées et l'offre médico-sociale ».	Conférence nationale du handicap - Dossier de presse, Mercredi 26 Avril 2023
10.05.23	Paris	Colloque de la CORERPA d'Ile de France	« Bienveillance, bienveillance, bien vieillir »	Colloque de la CORERPA IDF Coordination régionale des retraités et personnes âgées d'Ile de France (corerpa-idf.fr)
11.05.23	Auxerre (Yonne)	Conférence débat organisé par le CDCA 89 en coordination avec le CTS 89 et la CRSA BFC sur les maltraitements et réponses de la démocratie en santé	Présentation des grandes lignes du rapport et débat organisé autour du questionnaire CNS	

Dates	Lieu	Evènement	Thème	Lien hypertexte
22.06.23	Beaune	Conférence de l'Union régionale des interfédérales des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (URIOPSS)	"Maltraitements et réponses citoyennes territorialisées"	Assemblée Générale et Conférence "Maltraitements et réponses citoyennes territorialisées" Uriopss Bourgogne-Franche-Comté (uriopss-bfc.fr)
26.06.23	Paris	9e Biennale EHESP, FHF et la faculté de droit et de science politique de Rennes	Protection juridique des majeurs et maltraitance : enjeux de qualité et d'évaluation (présentation des 1ers retours du projet de rapport de la CNS)	9e biennale Protection juridique des majeurs et maltraitance : enjeux de qualité et d'évaluation EHESP
02.10.23	Paris	Etats généraux des maltraitements : cérémonie de remise du rapport	Présentation des conclusions des EGM et des premiers retours du HCSP et de la CNS par M. RONO et participation de M. RUSCH (à distance)	
	Guadeloupe	séminaire régional « De la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance », organisé par la SRA ⁹⁵ Guadeloupe - Saint-Martin - Saint Barthélémy ORAQS 97.1.	Présentation par M. RUSCH : « état des lieux de la maltraitance en établissement – diagnostic national transversal	
19.10.23	Paris	Séminaire des agences régionales de santé : questions des maltraitements (organisé par Mme CASAGRANDE et le SGCMAS)	Présentation des grandes lignes du rapport et mise en débat, aux côtés d'Alice CASAGRANDE et du HCSP	

⁹⁵ structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

Annexe 5 : Liste des personnes et organismes auditionnés

Conseils départementaux :

Emmanuelle AUGROS, Direction générale des services – Conseil départemental de la Somme,
Sylvie BALP, Conseil départemental du Calvados
Stéphane HAUSSOULIER, Président du Conseil départemental de la Somme,
Miléna MUNOZ, Conseil départemental de la Mayenne, conseillère spéciale,
Olivier RICHEFOU, Président du Conseil départemental de la Mayenne ;

Associations agréées en santé :

- Association A2MCL (association des aidants et malades à corps de Lewy) : Gaëlle Le BOT, Philippe DELINARES,
- Association ENDOMind (Association française d'actions contre l'endométriose) : Marie FAURE,
- Association française du lupus et autres maladies auto- immunes. AFL + : Marianne RIVIERE,
- Association française pour la recherche sur l'hydrosadénite (AFRH), maladie de Verneuil, à La Réunion : Marie-France BRU DAPRES,
- Association GRANDIR : Béatrice DEMARET,
- Association d'information sur la névralgie pudendale et les douleurs pelvi-périnéales (AINP) : Nicole BRIAND,
- Collectif BAMP, association de personnes infertiles ou stériles ayant recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) : Virginie RIO (co-fondatrice),
- Collectif schizophrénies : Fabienne BLAIN, Germaine SIMON, Pascale BOZONNET, Evelyne VANION, Yasmina ZREKI,
- Fédération nationale des associations de retraités (FNAR) : Alain LAFORÊT (au bureau de FAS, membre de la CRSA Ile de France, membre représentant des usagers de l'hôpital 15-20),
- Fédération EFAPPE, fédération des associations de personnes handicapées par des épilepsies sévères : Françoise THOMAS-VIALETES,
- France Assos Santé (FAS) - UNAASS : (Mme) Claude RAMBAUD, Stéphanie PIERRE, Alexis VERVIALLE⁹⁶,
- HyperSupers TDAH (Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité) France : Christine GETIN,
- La vie par un fil : Valérie JOUBERT,
- RENALOO : Christian BAUDELOT, Yvanie CAILLE, Magali LEO, Laurent DI MEGLIO,
- Union nationale des associations familiales (UNAF) : Nicolas BRUN ;

Protection de l'enfance :

- France enfance protégée/Conseil national de la protection de l'enfance : Violaine BLAIN,
- Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) : Flore CAPELIER,
- Gabrielle CHOUIN, référente académique scolarisation des élèves bénéficiant d'une mesure de protection, membre du comité de pilotage national des Etats généraux de la maltraitance envers les adultes en situations de vulnérabilités,
- Magali PANOVA, membre du collège des personnes physiques » du conseil d'administration du CREAL des Hauts de France, ambassadrice bientraitance éducative, ex-enfant « placée »,

⁹⁶ [Les maltraitements par ceux qui la vivent : contribution de France Assos Santé aux Etats Généraux des maltraitements - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](https://france-assos-sante.org/)

Personnes âgées

Old'Up : Martine GRUERE-ARNAUD,
Jean-Paul BARBOT, directeur ALMA 42/43 pour la Fédération 3977 ;

Agences régionales de santé

- Corse : Viviane DAHAN,
- Guyane : Isabelle BATANY, Anne CARIOU, Edmée PANELLE,
- Ile de France : Sabrina SAHTEL,
- Occitanie : Véronique GHADI,

Pour le corps des inspectrices/inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) :

- Renaud COUTELLE, Chef du service personnes vulnérables - Direction départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSPP) de la Nièvre,
- Momar FAYE, Mission inspection contrôle et Alexandra FRANCOS, Cheffe de pôle prestations médico-sociales – ARS NORMANDIE ;

Instances de démocratie en santé

• CRSA, CTS, CDCA :

- Yves BHAGOOA, Président de la CRSA de la Guyane,
- Aude BRARD, membre de la Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnement médico-sociaux (CSMS) de la CRSA Centre-Val-de-Loire,
- Olivier CALON, Président de la Coordination régionale des retraités et personnes âgées (CODERPA) d'Ile de France,
- Brigitte CHANE-HIME, membre de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) et de la CSDU de la CRSA de La Réunion,
- Véronique CUVILLIER, membre de la CSDU de la CRSA de la Corse, Présidente de l'ADAPEI Haute-Corse, Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI),
- Isabelle DELBERNET, membre du CTS Charente et présidente de la formation organisant l'expression des usagers, membre du CDCA Charente, Directrice de l'EHPAD Les Jardins de la Garenne,
- Jean-Luc FANON, Président de la CRSA de la Martinique,
- Christophe GRANJACQUET, représentant « personnes handicapées » au CDCA du Doubs, Président CDU CTS Doubs ;
- Marie-Pierre JUSOT, membre du CTS du Doubs (formation des usagers), Présidente de 2 CDU, groupe RU GHT Franche-Comté,
- Marielle LACHENAL, membre du CTS et du CDCA de l'Isère,
- Anne Le GAGNE, Vice-présidence de la CRSA de la Bretagne,
- Michèle Le GOFF, Présidente du CTS de l'Yonne, membre de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté,
- Eugénie MALANDAIN, CRSA Pays-de-la-Loire, membre du Conseil départemental métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie (CDMCA) 44,
- Claude MEUNIER, Vice-président de la formation « personnes âgées » du CDCA 79,
- Elisabeth QUIGNARD et Odile GOBERT, bureau de la formation PA du CDCA 10,
- Martine VANDERMEERSCH, Vice-présidente du CTS 28, Présidente de la CSMS de la CRSA du Centre-Val-de-Loire,
- Martine VILLEDIEU, membre du CTS Eure et Loir et Présidente de la commission « expression des usagers », Directrice d'APF France handicap Eure et Loir,

- Annie VIDAL, députée et Présidente de CTS Rouen Elbeuf Pays de Bray ;
- Robert YVRAY, membre de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté et de France Assos santé (FAS) ;
- **Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales :**
 - Pierre PRIBILE, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
 - Yann DEBOS (Chef de service - pôle ARS),
 - Nezha LEFTAH-MARIE (référent médico-social au pôle ARS, Déléguée départementale du Doubs),
 - Stéphanie COURS (cheffe du pôle travail-solidarités, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités – DREETS -),
 - Medhi LALAM (chef de projet) pour le SGMCAS ;
- **DGCS :**
 - Jean Benoît DUJOL, Directeur général de la cohésion sociale (DGCS),
 - Jean Régis CATTÀ, Adjoint à la Sous-Directrice de l'enfance et la Famille, DGCS ;

Autres auditions :

- ANAS : Joran LE GALL, Président de l'Association nationale des assistants de service social,
- CNSA : Virginie MAGNANT, Directrice, Anne-Marie HO DINH, conseillère technique,
- CCNE : Karine LEFEUVRE, Vice-présidente
- FNAT (Fédération nationale des associations tutélaires) :
 - Ange FINISTROSA, Armelle DUBOIS, E. VEDRINES,
- Coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en Santé (CAPPS) de Bretagne : Alexandre BERKESSE,
- Christian BRUN, (en tant que) « personne qualifiée »,
- Cyril VILLET, Directeur de pôle à l'Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS) de Bourgogne, membre de la commission spécialisée déterminants de santé et maladies non transmissibles au HCSP ;

Annexe 6 : Questionnaire

A - Dans les établissements et services (CVS, CDU)

1. Quelle appréciation portez-vous sur les politiques nationales de lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité ?
2. Quel est votre avis sur l'organisation des CVS (conseils de la vie sociale) avant et depuis la loi du 22 avril 2022 ?
 - L'analyse et le suivi des situations de maltraitance ont-ils été préconisés ?
3. Avez-vous travaillé sur les thématiques de maltraitances et de leurs préventions dans vos instances ?
 - si « Oui » : préciser comment cela a été travaillé ?,
 - si « Non » : pourquoi ?
 - avez-vous des attentes au regard de cette saisine ministérielle ?
4. Quel est votre analyse de la gestion des maltraitances au niveau :
 - de l'ARS ?,
 - de la CSDU/CRSA en région ?,
 - du Conseil départemental ?
 - que préconisez-vous ?
5. Quel est le lien à mettre en place pour permettre le suivi et le contrôle de ces situations au niveau de l'ARS, du CD et de la CSDU/CRSA ?
6. Est-ce que vos commissions des usagers (CDU) se sont emparées des sujets de maltraitances et de leur traitement ?
 - Quels ont été les suivis avec les CTS et CRSA ?

B - Mobilisation de l'échelon territorial de la démocratie en santé

7. Les ARS, le Conseil départemental et la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)⁹⁷ ont-ils sollicité sur ce sujet votre CRSA via la CSDU ?
 - les CDCA et ODPE ont-ils été sollicités sur ces questions de maltraitance, et de la gestion du traitement des situations ?
 - les instances de démocratie en santé ont-elles saisi ces « institutions » pour participer à l'analyse, aux suivis et proposer des actions ?
8. Est-ce que vous avez eu connaissance du projet TACT⁹⁸ dans votre territoire ?

(Le projet TACT, financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est une recherche qui porte spécifiquement sur le traitement concerté des alertes de maltraitance, qui associe une pluralité d'acteurs, d'institution et de territoires. Les premiers travaux de cette recherche montrent qu'il existe des acteurs concernés mais chacun dans leur pré carré et avec des insuffisances flagrantes de coordination et de concertation.

La mission semble proposer une remise à plat des circuits de signalement et de traitement des situations, une coordination, voire une fusion de ces circuits désordonnés, une plus grande transparence et association des personnes concernées et des parties prenantes de ce traitement de la

⁹⁷ ou Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIETS) ou Directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS) ?...

⁹⁸ Traitement des alertes, informations préoccupantes et signalements de la maltraitance en concertation sur les territoires

maltraitance).

9. Quel est votre avis sur les retours, les enseignements et les propositions de la recherche TACT ?
- Votre instance a-t-elle été interpellée pour une demande de collaboration ?

C - Maltraitance et réponses citoyennes territorialisées

10. Partagez-vous le constat de cette saisine quant au manque d'implication des personnes concernées et des parties prenantes dans le suivi, l'analyse, le traitement, la prévention des situations de maltraitance ?
11. Avez-vous des propositions pour la prise en compte des retours des personnes concernées des territoires ?
12. Quelles peuvent-être les missions d'une instance de démocratie en santé avec un nouvel organisme de coordination aux réponses aux situations de maltraitance ?
- Quels seront les missions et implications pour les autres organismes comme la CNS, le CNCPH et l'ONPE ?
 - Quelle coordination et sous quelle responsabilité ? Faut-il un organisme actuel (existant) qui agisse en tête de file ou un nouvel organisme qui regroupe les autres ?
 - La proposition de loi sur le « Bien Vieillir » installe une instance territoriale de traitement des situations de maltraitance à l'échelle départementale. Quel est votre avis sur le sujet ? Pensez-vous que la logique de « guichet unique » maltraitance est une bonne option ? Quelles missions lui confier ?
 - A quel niveau territorial et instance confiriez-vous :
 - o le repérage,
 - o l'alerte,
 - o le signalement,
 - o le traitement,
 - o l'enquête,
 - o l'information,
 - o l'analyse-évaluation,
 - o la concertation avec les personnes, leurs représentants et des parties prenantes...
13. Des rendez-vous annuels sont-ils nécessaires sur cette thématique de maltraitements des personnes en situation de vulnérabilité ?
- quelles actions pérennes à mettre en place ?
 - quelle dynamique au niveau des territoires et au niveau national ?
 - quels indicateurs à suivre annuellement ?
 - quelle instance ? La nouvelle instance ? CDCA ? CTS ? ODPE ? Les 4 ?
 - quelle instance au niveau national serait le plus à même de porter les retours et analyse, ainsi que l'expression nationale des parties prenantes sur la maltraitance ?

D - Association des personnes concernées dans la démarche

14. Quelles sont vos attentes sur l'implication des personnes concernées et de leurs représentants dans la réponse à la saisine ?
15. Quelles déclinaisons opérationnelles proposez-vous pour associer les personnes concernées, leurs représentants et les parties prenantes pour lutter contre les situations de maltraitance ?
- pour les mineurs cibles ?
 - pour les majeurs cibles ?

E - Apport du GT

- 16.** Plus globalement, avez-vous des idées de bonnes pratiques et d'expérimentations pouvant être inspirantes pour la lutte contre ces maltraitances :
- En France ?
 - En Europe ?
 - Autres pratiques innovantes ?
- 17.** Comment intégrer la question de la maltraitance dans :
- l'élaboration du Projet régional de santé (PRS) 3 ?
 - le rapport annuel sur l'évaluation du respect des droits des usagers⁹⁹ ?
 - ...

⁹⁹ [La CRSA] procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Annexe 7 : les contributions

- Pour le Président de la CRSA de l'Île de France : Renaud COUPRY :
 - contribution de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers et des représentants des formations spécialisées des CTS, réunis le 15 mai 2023,
 - diaporama « Gestion des signaux liés aux prises en charge » - Dr Isabelle NICOULET,
 - diaporama « Déclarations et réclamations avec grief de maltraitance dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et en ambulatoire - Quantification et analyse » - Dr Isabelle NICOULET,

- de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé (FNORS) :

en réponse à la « Sollicitation de la CNS dans le cadre de la saisine à la relative à la politique nationale de lutte contre les maltraitements des personnes en situation de vulnérabilité - Synthèse des retours des ORS » – décembre 2022

- de France assos santé :
diaporama présentant les résultats des analyses de 80 appels de notre ligne Santé info droit sur la thématique maltraitance,

document transmis :

par Mme LANGLOYS : contribution du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) faite par la commission organisation institutionnelle...

Annexe 8 : Sigles et acronymes (texte du rapport)¹⁰⁰

AJPA	Allocation journalière du proche aidant
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ANAP	Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ¹⁰¹
AME	Aide médicale d'Etat
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
DG	Directeur (ou Directrice) général
CAF	Caisse d'allocation familiale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CD	Conseil départemental
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDU	Commission des usagers
CEU	Conseil pour l'engagement des usagers
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIANE	Collectif inter associatif autour de la naissance
CLS	Contrat local de santé
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNH	Conférence nationale du handicap
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNOSS	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
CNR	Conseil national de la refondation
CNRPA	Conseil régional des personnes accueillies ou accompagnées
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSFL	Congrès national de la Sage-Femme libérale
CODERPA	Coordination régionale des retraités et personnes âgées
CP	Commission permanente (de la CNS ou des CRSA)
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRPA	Conseils régional consultatif des personnes accueillies ou accompagnées
CSDU	Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (des CRSA)
CSMS	Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnement médico-sociaux (des CRSA)
CSOS	Commission spécialisée de l'organisation des soins (des CRSA)
CSP	Code de la santé publique

¹⁰⁰ Voir aussi les sigles dans les annexes 3, 5 et 7

¹⁰¹ Extrait de : [Haute Autorité de Santé - Historique des rapports annuels d'activité de l'ANESM \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/ha/rapports-annuels)

« Pour rappel, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a confié à la Haute Autorité de Santé (HAS), à partir du 1er avril, les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). En plus de son rôle central dans le champ sanitaire, la HAS intervient désormais aussi dans les champs social et médico-social. »

CTIP	Cellule territoriale des informations préoccupantes
CTS	Conseil territorial de santé
CTSA	Conseil territorial de la santé et de l'autonomie
CUP	Commission des usagers et des personnes
CVS	Conseil de la vie sociale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé pour personnes handicapées
EGM	Etats généraux de la maltraitance
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPNAK	Etablissement public national Antoine KOENIGSWARTER
ERER	Espace de réflexion éthique
ESMS	Etablissement et service médico-social
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
FAS	France assos santé (ex : Collectif inter-associatif sur la santé - CISS)
FHF	Fédération hospitalière de France
FNDS	Fonds national pour la démocratie sanitaire
GCSMS	Groupements de coopération sociale et médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GT	Groupe de travail
GTPDU	Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé (de la CNS)
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCSP	Haut Comité de la santé publique
HCTS	Haut Conseil du travail social
IDS	Institut droit et santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
LNCC	Ligue nationale contre le cancer
LMSS	loi de modernisation de notre système de santé (loi n° 2016-41 du 26.01.16)
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MPJ	Mesure de protection judiciaire
ODPE	Observatoire départemental de la protection de l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPE	Observatoire national de la protection de l'enfance
ONU	Organisation des nations unies
PA	Personne âgée
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PFP	Petits frères des pauvres
PH	Personne en situation de handicap
PPL	Proposition de loi
PQ	Personne qualifiée
PS	Professionnel.le de santé

RSA	Revenu de solidarité active
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMCAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SFPML	Société française de pédiatrie médico-légale
SI	Système d'information
SNS	Stratégie nationale de santé
SRA	Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
UNAASS	Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé « France assos santé »
URIOPSS	Union régionale des interfédérales des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
VIF	Violence intra-familiale

Annexe 9 : Propositions de rédaction juridique de la 3^e recommandation relative au Conseil territorial de santé et de l'autonomie (CTSA)

Cette réforme exige une mesure législative pour pouvoir libeller ainsi l'article L. 1434-10 du Code de la santé publique : « I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé **et de l'autonomie** sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9, **après avis du président du conseil départemental**.

Le conseil territorial de santé **et de l'autonomie** est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des collectivités territoriales¹⁰², des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité, de handicap, de **personnes âgées, de jeunes protégés ou sortant des dispositifs de la protection de l'enfance**. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé **et de l'autonomie** participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. **Il participe au bilan des signalements et des mesures de correction des maltraitances et le transmet au directeur général de l'agence régionale de santé, au président du conseil départemental et au président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie**.

Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Il est informé des créations de dispositifs d'appui à la coordination et de dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du présent code ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux. [...] »

Des mesures réglementaires sont également à prévoir en application.

Il faudra tenir compte des spécificités territoriales, notamment dans les outre-mer.

¹⁰² [Infographie : Les différentes catégories de collectivités locales | vie-publique.fr](#)

