



Lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité : analyse et propositions du Haut Conseil de la santé publique

Collection
Documents

07 mai 2024

SOMMAIRE

Abréviations	6
1. SYNTHÈSE : La maltraitance à l'épreuve de la complexité et des arbitrages	10
5.5.....	12
2. PROPOSITIONS	13
2.1. Recherche et évaluation (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 16)	13
Introduction	13
2.2. Niveau Individuel (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 17).....	18
2.3. Niveau Institutionnel - Contexte (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 18)	20
2.4. Recherche d'aide-repérage - « aller-vers » (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 19)	21
2.5. Niveau Identification-Validation-Gestion (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 20)	
22	
TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RAPPELS FONDAMENTAUX	25
TABLEAU RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS STRUCTURANTES	27
TABLEAU RECAPITULATIF AUTRES PROPOSITIONS.....	30
3. INTRODUCTION	36
3.1 Éléments de contexte	36
3.1.1. La saisine (Annexe 1)	36
3.1.2. Pilotage et groupe de travail	36
3.2 Périmètre de travail et articulation des travaux du HCSP avec les autres Instances saisies par les ministres.....	37
3.3 Méthode de travail.....	39
3.4 Définition de la maltraitance	41
3.4.1. Étymologie	41
3.4.2. La définition de référence en France.....	42
4. CONSTATS ET ENJEUX	42
4.1 La maltraitance est un sujet complexe	42
4.1.1. Appréhender la complexité est une nécessité pour en finir avec « le coup par coup »	45
4.1.2. La maltraitance nécessite une réponse adaptée à sa complexité	46
4.1.3. La question culturelle.....	47
4.1.4. La question de l'intersectorialité	48
4.1.5. La multiplicité des intervenants.....	49
4.2 La maltraitance est une question de santé publique.....	50
4.2.1. Arguments	50
4.2.2. Analyse croisée avec les thématiques et les actions du HCSP	52
5. COMPLÉTER ET AMELIORER L'INFORMATION, LES PRATIQUES ET LES CONNAISSANCES SUR LES MALTRAITANCES	55
5.1 Un Système national de données sur la maltraitance.....	55

5.1.1 Justifications	55
5.1.2 Limites et critiques	57
5.1.3. Perspectives de fonctionnement et d'utilisation	58
5.2. Améliorer les pratiques	58
5.2.1 Bonnes pratiques.....	59
5.2.2 Centres de ressources et de preuves.....	59
5.2.3 Registre des recherches en cours.....	60
5.2.4 Labellisation et actions correctrices	60
5.3 La recherche	62
Références	64
6. FICHES	89
Fiche n° 1 - Recherche bibliographie.....	89
Fiche n° 2 - Épidémiologie de la maltraitance	103
Fiche n° 3 – Modèle écosystémique.....	109
Fiche n° 4 – Facteurs de risque et de protection individuels de la maltraitance	113
Fiche n° 5 – Facteurs de risque et de protection contextuels de la maltraitance	116
Fiche n° 6 – Mode dépistage, signes d'alerte, identification et repérage	120
Fiche n° 7 – Conséquences : généralités et conséquences économiques.....	124
Fiche n° 8 – Spécificités	127
Fiche n° 9 – Maltraitance chez les enfants : signes d'alerte et conséquences	133
Fiche n° 10 – Maltraitance des personnes âgées ; Signes d'alerte et conséquences	142
Fiche n° 11 – Maltraitance et violences liées au genre.....	149
Fiche n° 12 – Maltraitance envers les personnes en situation de handicap.....	160
Fiche n° 13 – Quelques populations pouvant présenter des spécificités	165
Fiche n° 14 – Justice restaurative.....	169
Fiche n° 15 – Recherche d'aide (« Help – seeking »).....	170
Fiche n° 16 – L'Impact des représentations : le cas de l'Agisme	175
Fiche n° 17 – Maltraitance et écrits des professionnels de santé (dont les certificats médicaux)	182
Fiche n° 18 – Conséquences sociales et de santé de la maltraitance des enfants	185
Fiche n° 19 – Application à l'enfant du modèle éco-systémique.....	191
7. ANNEXES.....	198
7.1 Annexe 1 : Saisine	199
7.2 Annexe 2 : Composition du groupe de travail.....	201
7.3 Annexe 3 : Liste des personnes et structures auditionnées.....	202
Parties prenantes mobilisées	202
7.4 Annexe 4 : Les formes de la maltraitance à partir des travaux de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (CNLCMPB)	205
7.5 Annexe 5 : Réponses institutionnelles à la maltraitance des adultes en Europe et aux États-Unis.....	207
7.6. Annexe 6 : Organisation des États généraux des maltraitances.....	217
Parties prenantes mobilisées	217
7.7 Annexe 7 : Méthodologie de Travail enfant	219

7.8	Annexe 8 : Fréquence des maltraitances intrafamiliales.....	220
7.9	Annexe 9 : Quelques stratégies de prévention et de réponse	223
7.10	Annexe 10 : Rapport des États généraux des maltraitances	227
7.11	Annexe 11 : Classement des pays par nombre de publications.....	228
7.12	Annexe 12 : Programmes de Recherche Prioritaire Autonomie.....	229
7.13	Annexe 13 : Place possible des IREPS (Promotion de la santé)	230
7.14	Annexe 14 : Liste des numéros d'appels téléphoniques proposant une aide dans le champ des maltraitances.....	241
7.15	Annexe 15 : auteurs-effecteurs des maltraitances	242
7.16	Annexe 16 : Tableau des propositions structurantes de recherche.....	244
7.17	Annexe 17 : Tableau des rappels fondamentaux au niveau individuel.....	248
7.18	Annexe 18 : Tableau des propositions structuantes « niveau institutionnel »	250
7.19	Annexe 19 : Tableau des propostions structurantes « recherche d'aide au repérage – aller-vers »	252
7.20	Annexe 20 : Tableau des propositions structurantes « niveau identification – validation-gestion ».....	253

Le bureau du Collège a tenu séance le 25 avril 2024. Le rapport a été présenté à cette réunion puis a été soumis par voie électronique aux membres entre le 26 avril et le 7 mai 2024. Dix membres qualifiés sur 10 ont pris part au vote, aucun conflit d'intérêt n'a été mentionné, le texte a été approuvé par 9 votes pour, 0 vote contre, 1 abstention.

Abréviations

AAH : allocation aux adultes handicapés

ACE : *Adverse Childhood Experiences*

AMM : Association médicale mondiale

ANESF : Association nationale des étudiants sages-femmes

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

APHA : *American Public Health Association*

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ATOA : *Attitude Towards Own Aging*

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CAA : Communication Améliorée et Alternative

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCNE : Comité Consultatif national d'Éthique

CDC : *Centers for Disease Control and Prevention*

CHS : Conseiller Habitat Santé

CIDPH : Convention relative aux droits des personnes handicapées

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CIFRE : Convention Industrielle de Formation par la recherche), en développant les dispositifs

CIVISE : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CIO : Comité International olympique

CIPDR : Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (

CMEI : Conseiller médical en Environnement Intérieur

CNAS : Comité national d'Action sociale

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

CNIS : Conseil national de l'information statistique

CNLMPB : Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOSF : Comité national Olympique et Sportif Français

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : Conférence nationale de santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COFRA : Convention de Formation par la Recherche en Administration

CPAE : Cercle des proches aidants en EHPAD

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

Cs-DSMNT : Commission spécialisée « Déterminants de santé et maladies non transmissibles »

Cs-3SP : Commission spécialisée « Système de Santé et Sécurité des Patients »

Cs-MIME : Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes »

Cs-SEJAP : Commission spécialisée « Santé des enfants et des jeunes, approche populationnelle »

Cs-RE : Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DGCS : Direction générale de la Cohésion sociale

DGS : Direction générale de la santé

DPO : Délégué à la protection des données

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

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIGAS : évènements indésirables graves associés à des soins

EIGE : *European Institute for Gender Equality*

EJA : enfants, jeunes, adolescents

ELFE : Etude longitudinale française depuis l'enfance

ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles

ENE : expériences négatives dans l'enfance

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

FFCW : *Fragile Families and Child Wellbeing*

FNAPAEF : Fédération Nationale des Associations et Amis de Personnes Agées et de leurs Familles

FNES : Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé

FNESI : Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières

GHU : Groupe hospitalier universitaire

GT : groupe de travail

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HETOP : *Health Terminology/Ontology Portal*

HFNY : *Healthy Families New York*

IA : Intelligence artificielle

IDE : Infirmier diplômé d'État

IFROSS : Institut de formation régional des organisations sanitaires et sociales

IFS : *Illinois Families Study-Child Wellbeing*

Igas : Inspection générale des affaires sociales

IGJ : Inspection générale de la justice

IHAB : initiative Hôpital Ami des Bébés

IHME : *Institute for Health metrics and Evaluation-*

IMC : indice de masse corporelle

IML : institut médico-légal

INIST : Institution de l'Information scientifique et technique

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSPQ : Institut national de Santé Publique du Québec

IRASF : Institut de Recherche et d'actions pour la santé des femmes

IRESP : Institut pour la Recherche en Santé Publique

IRPS : Institut de Recherche en Prévention Santé

ISTS : inégalités sociales et territoriales de santé

ITT : incapacité totale de travail

IVG : interruption volontaire de grossesse

LGBTQIA : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Trans, Queer et Intersex et Asexuelle ou Aromantique

MARAC : *multi-agency risk assessment conferences*

MDPH : Maison Départementale des personnes handicapées

MNA : mineurs non accompagnés

MSF : mutilations sexuelles féminines

NIH : *National Institutes of Health*

ODD : objectifs de développement durable

OMIN : Observatoire national des morts inattendues du nourrisson

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONPE : Observatoire national de la protection de l'Enfance

OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé

PEACE : *Positive Education about Aging and Contact Experiences*

PDLHI : Pôles Départementaux de lutte contre l'Habitat Indigne

PIB : Produit intérieur brut

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PSFP : Programme de soutien aux familles et à la parentalité

Retex : Retour d'expérience

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RMM : revue de morbidité mortalité

RPC : recommandations pour la pratique clinique

RPS : risques psychosociaux

SBS : Syndrome du bébé secoué

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SGT : sous-groupe de travail

SHS : sciences humaines et sociales

SMPS : Syndicat des Managers Publics de Santé

SNS : Stratégie nationale de santé

SPA : *Self-Perception of Aging*

SpF : Santé publique France

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TACT : Traitement des Alertes de Maltraitance en Concertation sur les Territoires

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TCNA : Trauma Crânien Non Accidental

TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TND : Troubles du neuro-développement

UAPED : Unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger déployées sur le territoire

VMC : volet médical complémentaire

VOG : violences gynéco-obstétricales

1. SYNTHÈSE : la maltraitance à l'épreuve de la complexité et des arbitrages

Introduction

La réalité de la maltraitance est si complexe qu'il est difficile de passer des visions disciplinaires à une vision systémique.

Dans leur saisine en date de novembre 2022, le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, la Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et la Secrétaire d'État chargée de l'Enfance avaient souligné : « *Il importe que la lutte contre les maltraitances puisse s'envisager autrement que comme une réponse circonstancielle à une crise à haute intensité médiatique et à fort retentissement dans l'opinion publique. Et il importe que cette politique, tant en matière de prévention que de réponse, ne privilégie pas un public en situation de vulnérabilité plutôt qu'un autre, car toutes les maltraitances sont inacceptables.* ».

Comment passer de la réponse publique « au coup par coup » répondant à des situations de crises individuelles où les parties prenantes sont en concurrence pour l'adéquation des moyens pour les populations spécifiques (violences faites aux femmes, aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap...) à une politique publique de lutte contre la maltraitance ?

Pour essayer de répondre à cette ambition, le HCSP a choisi une approche systémique et transversale complétée par la description de certaines spécificités. Le groupe de travail est conscient que la santé publique n'est qu'une partie de ce système. La saisine du HCSP relative à la politique nationale de lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité s'inscrit d'ailleurs dans une perspective plus large qui est celle des États généraux des maltraitances [234].

Parmi les 4 demandes de la saisine, 3 concernent la recherche :

- *Apprécier la production scientifique*
- *Faire apparaître les lacunes dans les productions scientifiques*
- *Faire des préconisations en matière de lutte contre les maltraitances et de production scientifique permettant de baser ces dernières...*

Pour tenter de répondre à ces questions, le HCSP a formulé **10 propositions structurantes** pour une politique de recherche, pour le pilotage et une meilleure prise en charge de la maltraitance.

Les travaux des experts à partir de la littérature et de nombreuses auditions lui ont également permis de formuler **8 rappels fondamentaux** dont la majorité a trait à celui du respect des droits des personnes en situation de vulnérabilité et à la garantie de l'exercice effectif de ces droits.

Enfin, le HCSP a élaboré **une liste de 28 propositions** comprenant des sujets de recherche ou d'évaluation, des propositions relatives à la lutte contre les maltraitances ou à la prise en charge des personnes victimes de maltraitances.

Ces propositions sont soutenues par un rapport volontairement court, des fiches thématiques et des annexes. Pour ce travail, le HCSP a également tenté d'entrer en cohérence avec d'autres travaux proposant une réforme de l'action publique comme le rapport « L'usager du premier au dernier kilomètre : un enjeu d'efficacité de l'action publique et une exigence démocratique septembre 2023 » du Conseil d'État, ou « Mission sur l'écosystème de la recherche et de l'innovation – juin 2023 » sur la recherche.

1. La maltraitance : une approche transversale ou segmentaire

Trois grandes catégories pourraient segmenter les maltraitances :

- Selon les populations cibles de maltraitances (parfois coexistantes « intersectionnalité »)
- Selon la nature de la maltraitance (parfois coexistantes)
- Selon le contexte de survenue (individuel, collectif, organisationnel souvent associé)

Bien que non consensuelle, l'approche retenue par le HCSP a été de définir un cadre général de la maltraitance avec des invariants tout en soulignant les spécificités importantes liées à l'âge (enfant et personne âgée), à la nature des maltraitances (sexuelles ou autres) ou au cadre (institutionnel).

Chaque situation particulière pourrait revendiquer une attention particulière et la prise en compte des spécificités, mais l'existence de simplement 12 circonstances différentes (âge, sexe, handicap, institutionnelle...) aboutit à plus de 4000 catégories.

Un des avantages de l'approche transversale est d'éviter une hiérarchisation voire une forme de compétition entre les victimes (et ce, pour répondre à l'esprit de la saisine « toute maltraitance est *inacceptable* »).

L'avantage d'une approche globale est de limiter les risques d'actions efficaces à un niveau micro qui auraient un impact négatif au niveau macro.

Son inconvénient serait de négliger des expertises et des solutions spécifiques.

Ainsi, selon le HCSP, la maltraitance doit être abordée à la fois globalement (en priorité) et de manière spécifique¹.

2. La complexité

Un phénomène homogène (la tuberculose) ayant une causalité unique (le bacille de Koch), même nuancé par des contextes différents, se prête assez bien à une séquence d'une analyse comparative de scénarios d'interventions et leur hiérarchisation. Ce n'est pas le cas de la maltraitance.

Par ailleurs, le principe qui sous-tend la mise en pratique d'actions, de plans, de programmes ou de stratégies est de penser que toutes choses étant égales par ailleurs, les mêmes causes produiront les mêmes effets. Concernant la maltraitance, nous considérons que la complexité des causes et des circonstances modifiant le lien entre causes et conséquences, l'utilité attendue des décisions sera entourée d'un halo d'incertitudes.

Ainsi, selon le HCSP, le monitoring (données de vie réelle rapidement accessibles) est aussi, voire plus important que la planification qui garde néanmoins une nécessité initiale. Des modifications et des ajustements des actions sont attendus et seront sous la dépendance d'analyses pluridisciplinaires basées sur des données fiables.

¹ Dans ce rapport le terme « maltraitance » apparaîtra parfois au singulier et parfois au pluriel. Pour les rédacteurs l'utilisation du singulier correspond aux situations qui renvoient à une approche globale, transversale voire conceptuelle, alors que l'utilisation du pluriel témoigne de circonstances où la diversité impose ce mode. Le titre de ce rapport utilise le pluriel pour être en harmonie avec la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances (où l'on peut remarquer que si les maltraitances sont au pluriel, la stratégie, elle est unique).

La perception et l'appropriation de la nature complexe de la maltraitance permettent d'expliquer pourquoi les actions ponctuelles et mono-disciplinaires sont d'une efficacité structurellement limitée. Une perspective cohérente impose une réflexion systémique et des solutions articulées et coordonnées. Pour reprendre les termes de la saisine : « ... *il importe que la politique de lutte contre les maltraitances puisse s'envisager autrement que comme une réponse circonstancielle à une crise de haute intensité médiatique...* »

3. L'agenda

Le HCSP insiste sur le fait que les retards de conscientisation politique et de mise en place d'actions de terrain ne justifient pas la réalisation d'actions trop rapides, non validées par les acteurs de terrain, non évaluées et non coordonnées.

4. Les arbitrages

Ce rapport contient de nombreuses propositions nécessitant la mobilisation de ressources humaines importantes. Le HCSP rappelle qu'il n'est pas dans ses prérogatives de fixer des priorités d'allocations. Nous insistons néanmoins sur le fait que le processus de priorisation doit répondre aux conditions suivantes : **des priorisations argumentées, transparentes, évaluées et facilement révisables.**

5. Des propositions qui pourraient être des préconisations

- 5.1. Faire ce qu'il est prévu de faire et renforcer ainsi l'existant efficient.
- 5.2. Système d'information/Observatoire – Centre de ressources et de preuves
- 5.3. Retour d'expériences
- 5.4. Rationalisation de l'existant

Quinze actions ou plans se rapportant à la maltraitance ont été identifiés.

Trente-deux structures (hors sociétés savantes et équipes de recherche)

5.5. Préparer l'ensemble de la chaîne de réponses aux signalements d'une maltraitance afin que les personnes se sentent entendues et respectées dans leurs démarches.

Monitorer, suivre et contrôler l'adéquation des éléments de la réponse, afin de juger de la nécessité de corriger soit les procédures, soit les moyens, sont indispensables et prioritaires.

Conclusion

Le HCSP préconise de développer une politique incluant toutes les missions de la santé publique : la prévention, la surveillance, les actions correctrices et réparatrices. Cette politique doit être intégrative, globale, de long terme et lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Il est donc nécessaire de développer une capacité d'anticipation et de réponses pertinentes dans leurs formes, leurs contenus et leurs temporalités, qui pourra être construite ou basée sur :

- Des informations de qualité
- Des interprétations adaptées (expertes et inclusives)
- Une gouvernance légitime
- Des moyens adaptés.

2. PROPOSITIONS

Préambule : le chapitre « Propositions » n'a pas l'ambition d'être un plan de lutte contre les maltraitances. Il doit être compris comme le souhait d'attirer l'attention sur des points que le HCSP estime importants. Il n'est pas définitif et devrait évoluer avec l'amélioration de nos connaissances. Les propositions sont classées par catégories en lien avec le schéma suivant :

- 2.1. Recherche – Évaluation (**Demande prioritaire de la saisine**)
- 2.2. Niveau individuel
- 2.3. Niveau institutionnel/contextuel
- 2.4. Recherche d'aide/Repérage/aller-vers
- 2.5. Identification/Validation/Gestion

Parfois une préconisation pourrait être liée à deux ou trois catégories, elle n'apparaît néanmoins qu'une seule fois.

2.1. Recherche et évaluation (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 16)

Introduction

La définition et la priorisation des recherches concernant la maltraitance pourront bénéficier de deux évolutions :

- Au niveau de la maltraitance : la mise en place et le financement pérenne d'un système d'information (Cf. infra : 1^{ère} proposition)
- Au niveau de la recherche : la capacité à connaître et faire connaître la grande majorité des appels à projets, les travaux en cours, les résultats des études passées ainsi qu'un répertoire des équipes et des chercheurs impliqués (cf. infra également).

À noter, par ailleurs, que les autres chapitres de ces propositions suggèrent des interventions qu'il est indispensable d'évaluer, même si elles ne sont pas initiées par des équipes de recherche. Selon l'état des connaissances, ce processus d'évaluation est différent : important comme la recherche de preuve d'efficacité ou secondaire comme la vérification d'absence de dérive, d'effets secondaires non prévus, ou d'inefficacité selon le contexte. Les évaluations peuvent porter sur des indicateurs d'implémentation, d'utilisation, de résultats ou si possible d'impact.

Ainsi, ce chapitre est focalisé sur l'organisation de la recherche, mais des orientations pour des recherches spécifiques sont présentes par la suite (par exemple des recherches sur l'entourage, les aides informelles et les témoins ou confidents de maltraitance ou les programmes de soutien à la parentalité).

Le HCSP insiste sur le fait que les retards de conscientisation politique et de mise en place d'actions de terrain ne justifient pas des actions trop rapides, non validées par les acteurs de terrain, non évaluées et non coordonnées.

Proposition 2.1.1 – Proposition structurante

Création d'un système national d'information

- Mettre en place un système national d'information dédié à l'obtention de données plus nombreuses en volume, plus fiables, plus connectées (échanges de données possibles et sécurisées et pouvant être croisées - interopérables) et devant bénéficier d'interprétation par un collectif d'acteurs incorporant toutes les parties prenantes concernées et légitimes (cf. chapitre 5.1.1).

Dans le respect le plus strict de la vie privée et de la confidentialité, ces données pourront être exploitées et valorisées à des fins de recherche, d'études et d'évaluations. L'accès et l'utilisation des données devront être définis par acte réglementaire. Elles pourront aussi contribuer à l'élaboration d'actions publiques et orienter les recherches.

Proposition 2.1.2 – Proposition structurante

Organisation de la recherche

- Lever les freins à la recherche en veillant au respect des droits des personnes se prêtant à la recherche (de façon directe ou indirecte), aux droits des chercheurs et aux principes éthiques de la recherche :
 - En simplifiant les démarches réglementaires
 - En simplifiant les démarches conventionnelles de mise en place des recherches (notamment les démarches inter-équipes, inter-centres, ...);
 - En fixant des délais non renouvelables et opposables d'instruction des dossiers (pour les comités d'éthique, Délégué à la protection des données (DPO), Règlement général sur la protection des données (RGPD), et autres services chargés des aspects administratifs des projets de recherche ;
 - En proposant des règles internes facilitantes et des services d'appui à la recherche (compétences technique, analytique, réglementaire)
 - En favorisant le partage d'expériences entre équipes de recherche sur ce sujet
- Garantir et faciliter l'accès effectif des chercheurs aux données (y compris sensibles) et aux terrains de recherche.
- Assortir les recherches sur les données sensibles de dispositifs garantissant la sécurité des données et la vie privée des personnes auxquelles elles sont attachées.

Proposition 2.1.3 – Proposition structurante

Structure de coordination

- Créer une structure de coordination visant à la rationalisation des actions.

Cette structure devrait idéalement avoir une montée en charge progressive (et un développement conditionné par des évaluations favorables). Elle pourrait avoir comme zone d'intérêt dans un premier temps les éléments suivants : échanges d'informations, aide à l'identification de partenaires clefs et aux conditions de leur coopération, faciliter la navigation des acteurs (eux-mêmes parfois désorientés), éviter les doublons, ... Cette structure pourrait être proche ou identique à celle gérant le Système d'information/observatoire (selon la forme qui sera retenue par le groupe de travail Maltraitance des personnes vulnérables - CNIS).

Proposition 2.1.4 – Proposition structurante*Création d'un répertoire*

- Créer un répertoire (ou un méta-répertoire regroupant plusieurs bases) concernant les recherches sur la maltraitance (cf. chapitre 5.4.3) pouvant référencer :
 - Les équipes de recherche déclarant s'impliquer dans ce type de recherche
 - Les projets en cours
 - Les projets abandonnés (en précisant les raisons ayant abouti à la clôture précoce de ces recherches)
 - Les projets finalisés avec des liens sur les publications (voire comme le fait l'Observatoire national de la protection de l'Enfance (ONPE) vers des travaux non publiés).

Ce répertoire pourrait aussi jouer le rôle d'un centre de ressources et de données probantes (avec une fiche structurée).

Proposition 2.1.5 – Proposition structurante*Financement de la recherche*

- Favoriser le rapprochement des laboratoires de recherche avec les milieux socio-économiques et administratifs en renforçant et en élargissant les dispositifs CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la recherche), en développant les dispositifs COFRA (Convention de Formation par la Recherche en Administration) et des dispositifs équivalents pour les champs non couverts ; ouvrir ces dispositifs à toutes les disciplines universitaires et à tous les organismes de recherche ;
- Impliquer les parties prenantes dans le financement de la recherche ;
- Compléter les appels à projets nationaux par des appels à projets territoriaux et locaux (qui devraient être répertoriés et visibles au niveau national) ;
- Mettre en place des durées de financement en lien avec les réalités de terrain (court, moyen et long termes).

Proposition 2.1.6 – Proposition structurante

- Réaliser une étude bibliométrique approfondie qui complètera les travaux réalisés par le HCSP afin d'avoir un état des lieux complet sur la recherche française sur le thème de la maltraitance et d'identifier les objectifs prioritaires non couverts permettant d'orienter des appels à projets spécifiques.

Proposition 2.1.7 – Proposition de recherche

- Produire de la recherche théorique, fondamentale, empirique, interventionnelle, translationnelle, participative et évaluative sur la maltraitance utilisant des méthodes variées (quantitatives, qualitatives, mixtes).
- Favoriser la pluridisciplinarité (par collaboration entre équipes ou au sein d'une même équipe) sans pour autant exclure les recherches disciplinaires.
- Favoriser les partenariats en vue du développement de réseaux de coopérations scientifiques nationaux, européens et internationaux.

- Favoriser et développer des cadres d'échanges entre les différentes parties prenantes du domaine.
- Lancer des appels à projets de recherche au niveau national ainsi qu'au niveau des collectivités territoriales.

Proposition 2.1.8 – Proposition de recherche

- Veiller à ce que, pour l'examen des protocoles de recherche relatifs à la maltraitance, les comités d'éthique comportent parmi leurs membres des personnes disposant d'une compétence attestée dans le domaine ou s'adjointent le concours de personnes disposant d'une telle compétence.

Proposition 2.1.9 – Proposition de recherche

- Analyser les trajectoires à long terme des personnes maltraitées, leurs devenirs étant très insuffisamment connus.

Ces travaux pourraient bénéficier d'analyses en ayant des informations sur le contexte initial des maltraitances et sur la nature des prises en charge secondaires.

Ces lacunes nécessitent, un ciblage politique, organisationnel et académique coordonné. Un financement pérenne des cohortes de naissance (type cohorte Elfe²) est indispensable pour améliorer en profondeur et fiabilité les connaissances sur les circonstances et les conséquences des maltraitances. Ces cohortes sont nécessaires, mais leur portée est limitée car elles ne peuvent pas répondre à l'ensemble des interrogations ni donner des indications rapidement.

Proposition 2.1.10— Proposition de recherche

- Poursuivre le travail du vocabulaire commun (indispensable à une recherche structurée) selon la même méthodologie (instance de concertation participative bénéficiant d'un soutien méthodologique)

Avec comme ambition de favoriser l'obtention de qualifications similaires face à des situations similaires (reproductibilité des identifications et qualifications) et de permettre des comparaisons internationales en créant des tables de correspondance validées.

Proposition 2.1.11 – Proposition de recherche

- Favoriser la recherche réalisée à partir des RETEX (voir proposition 2.5.1).

Proposition 2.1.12 – Proposition de recherche

- Caractériser la gravité des maltraitances.

La gravité des maltraitances sera parfois mentionnée dans ce rapport du HCSP. Elle joue un rôle important, souvent implicite, dans le traitement des situations de maltraitances (leur reconnaissance en tant que telle, leurs prises en charge) ; pour autant, cette notion de gravité n'a pas de définition claire ou partagée entre les différents acteurs. Elle pourrait être liée à la fréquence de la maltraitance, à ses différentes formes (physiques, psychologiques, sexuelles...) et intensités, à son importance pour la société et la gravité des conséquences probables ou observées. Elle peut être liée à une appréciation extérieure et/ou de perspectives individuelles des personnes victimes

² Etude longitudinale française depuis l'enfance : [Cohorte Elfe \(santepubliquefrance.fr\)](http://Cohorte Elfe (santepubliquefrance.fr))

de maltraitance. Il peut, en effet, exister un décalage entre ce qu'un observateur extérieur peut estimer grave, et ce que la personne victime de maltraitance retiendra comme ayant un impact majeur et principal sur sa vie (comme il est préconisé d'explorer les violences depuis le questionnaire proposé par l'OMS, repris par plusieurs études internationales depuis [1]. Étant donné l'importance de cette question, des recherches multiples (tant sur la place réelle qu'elle occupe, ses définitions possibles ...) sont très souhaitables. C'est typiquement une notion qui devrait faire l'objet d'une recherche participative ainsi que d'une étude des pratiques (en quoi la notion de gravité est utile et utilisée dans la gestion des cas par les différents acteurs ?).

Proposition 2.1.13 – Proposition de recherche

- Encourager les études micro-économiques analysant les coûts des interventions en même temps que leur efficacité.

En revanche, les analyses de type « coût pour la société » (cf. Fiche Conséquences économiques) sont d'intérêt moins marqué.

Concernant les recherches sur la maltraitance, deux grands types devraient être distingués : les actions de prévention visant à limiter la fréquence des maltraitances ou les actions visant à en limiter les conséquences.

Proposition 2.1.14 – Proposition de recherche

- Vérifier que les interventions visant à améliorer en moyenne un état, n'entraînent pas une augmentation des inégalités sociales ou territoriales de santé (une augmentation de la dispersion des résultats cf. 4.2.2.4).

Proposition 2.1.15 – Proposition de recherche

- Rendre plus opérationnel le codage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) des situations de maltraitances
- Étudier l'opportunité (entre autres au regard de la loi informatique et liberté) de créer un codage « antécédent de maltraitance » ou « suivi de maltraitance »

Proposition 2.1.16 – Proposition de recherche

- Intégrer la complexité organisationnelle de la gestion des maltraitances (prévention ou action correctrice) ou de la prise en charge des personnes maltraitées (32 institutions identifiées comme pouvant intervenir cf. 4.1.1) dans le processus.

En s'appuyant sur les sciences de l'organisation (gestion et management, sociologie, science politique...) et en partenariat avec les acteurs de terrain, une réflexion et des recherches de type organisationnel s'imposent pour favoriser l'articulation des très nombreuses institutions participant à la lutte contre les maltraitances et améliorer la coopération entre tous les intervenants et avec les usagers.

Proposition 2.1.17 – Proposition de recherche

- Tester la valeur ajoutée et l'efficience de l'incorporation de nouveaux métiers dans la gestion des maltraitances : médiateurs sanitaires et/ou sociaux, « accompagnateur de parcours (aide à la navigation) » et la place ou l'impact d'autres intervenants comme les éducateurs selon différents modes expérimentaux.

Ces modifications de dispositifs existants nécessitent au préalable l'identification de besoins ou de manques et la définition d'objectifs clairs et évaluables. La complexité d'actions aux intervenants multiples nécessite une expertise et un accompagnement méthodologique adaptés.

Proposition 2.1.18 – Proposition de recherche

- Prioriser une recherche sur la simplification et l'aide à la navigation dans les circuits administratifs ou de recherche d'aides (cf. annexe 16 Liste des numéros d'aides) des personnes maltraitées, des professionnels ou d'aidants.

Proposition 2.1.19 – Proposition de recherche

- Organiser la collecte de données relatives aux cheminements vers les numéros d'appel et aux parcours (comment les personnes sont-elles arrivées au numéro d'appel ?)

La collecte pourrait se faire à l'aide de questionnaires validés à usage systématisé par les services de référence d'aide et d'orientation des victimes (3919, 119), assistance sociale.

- Développer les recherches sur les témoins (« bystander ») et les stratégies d'alliance (cf. chapitre 4.1.5)

Proposition 2.1.20 – Proposition de recherche

- Organiser une veille bibliographique relative aux campagnes de marketing social (qui utilisent différentes techniques souvent issues du marketing commercial pour favoriser l'adoption de comportements jugés favorables).

Les données actuelles sur ces outils sont encore insuffisantes pour préconiser leurs utilisations sans évaluation. (Cf. Fiche Stratégie de prévention et de réponse. Chapitre Sensibilisation).

2.2. Niveau Individuel (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 17)

Proposition 2.2.1 – Rappels fondamentaux

- Permettre le recours à un interprétariat ayant été formé à ce contexte particulier (cité dans le rapport Solidarité Femmes de novembre 2023 : « Langues étrangères et régionales ») [2].
- Développer, diffuser et favoriser les outils validés permettant de mieux communiquer avec les personnes ayant un faible niveau de littératie (communication intégrative).

Proposition 2.2.2 – Rappels fondamentaux

- Rendre la formation relative à la maltraitance obligatoire pour toutes les personnes intervenant auprès de personnes en situation de vulnérabilité ou de potentielle vulnérabilité. Dans ce contexte de pénurie de ressources humaines, le HCSP rappelle que recruter des personnes non formées à la lutte contre la maltraitance expose à un risque de dysfonction.
- Mettre en place des formations avec un programme comprenant les sciences humaines et sociales (SHS) et assurées par des formateurs de SHS.
- Renforcer la formation en éthique ainsi que la formation sur la responsabilité éthique et juridique.
- Renforcer la formation relative aux droits des personnes et sur les conditions propres à leurs exercices.

- Veiller à ce que la formation relative à la maltraitance comporte systématiquement un volet connaissances, compétences et savoir-être. Cette formation doit être pragmatique et ancrée dans la pratique.
- Améliorer la formation existante concernant la rédaction des écrits et certificats (Fiche 18).
- Vérifier la qualité des formations sur la pratique des consultations de personnes en situation de handicap.
- Renforcer les messages portant sur l'encadrement des bizutages³ pendant les études et les formations.

Proposition 2.2.3 – Rappels fondamentaux

- Former les professionnels de santé et de l'enfance au repérage des négligences (actes de maltraitance par omission ou insuffisance) et des maltraitances qui affectent gravement le développement des jeunes enfants, au diagnostic des lésions, en les contextualisant tout en ayant moyen de recourir à des fiches didactiques pratiques en cas d'absence ou de discordance d'explication simple ou crédible (telles les lésions que l'on nomme parfois « lésions sentinelles »).
- Renforcer la formation des professionnels de santé, assistantes maternelles, assistantes familiales, personnels de crèches, au syndrome du bébé secoué (SBS) pour une prise en charge immédiate.

Proposition 2.2.4 – Rappels fondamentaux

- Intégrer dans les formations des formateurs les outils de compréhension de situations hétérogènes.

Les interventions (informations, formations) visant à prévenir les maltraitances vont concerner différents publics (dans différents contextes culturels). Ainsi il est restrictif et sans doute parfois contre-productif d'imaginer qu'un seul discours/format puisse répondre à tous les besoins.

Si certaines cibles peuvent comprendre, conscientiser, adopter des comportements adéquats, d'autres auront plus de difficultés (analogie avec la littératie). Les formateurs des formateurs devront y prêter une attention particulière. Il serait opportun d'identifier ces situations et de prévoir des messages (de substitution) adaptés aux différents types de publics.

Proposition 2.2.5 – Rappels fondamentaux

- Sensibiliser les parents aux conséquences du syndrome du bébé secoué (10 % de décès et 50 % de séquelles).
- Médiatiser et répéter les campagnes d'information comme celle de 2008 ou plus récemment celle de 2022 dans le cadre des 1000 premiers jours : utiliser des supports pédagogiques adaptés aux parents des générations actuelles (vidéo, information par les pairs, capsules d'information, réseaux sociaux).

³ [Que faire face à un bizutage ? | Service-Public.fr](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1300)

2.3. Niveau Institutionnel - Contexte (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 18)

Proposition 2.3.1 – Proposition structurante

- Homologuer, par un texte réglementaire, le lexique et le corpus associé à la définition de la maltraitance (inscrite à ce jour dans le Code de l'Action Sociale et des Familles), permettant de caractériser les situations ; le diffuser.
- Incrire la possible évolution ou la révision périodique desdits lexique et corpus notamment sur la base des travaux de recherche qui auront pu être réalisés sur le sujet.

Proposition 2.3.2 – Rappels fondamentaux

- Respecter les droits des personnes, permettre un exercice effectif de leurs droits, mettre en place une éthique de l'accueil et de l'accompagnement en institution.
- Favoriser le respect des besoins fondamentaux des personnes.
- Veiller au respect du droit à la vie privée et à l'intimité des personnes dans toutes les dimensions (relation, architecture, agencement des lieux, organisation ...), veiller à ce qu'elles puissent jouir de l'exercice effectif de ces droits.
- Veiller au respect du droit au consentement et au refus des personnes (notamment pour la présence d'étudiants ...), veiller à ce qu'elles puissent jouir de l'exercice effectif de ces droits.

Proposition 2.3.3 – Rappels fondamentaux

- Renforcer et structurer la lutte contre tous les préjugés, les stéréotypes tels que l'âgisme ou ceux liés au genre, au handicap, ... Lutter contre les discriminations qui peuvent en découler.

Proposition 2.3.4

- Améliorer le fonctionnement et augmenter le nombre de places des structures de protection de l'enfance pour accueillir les mineurs non accompagnés (MNA).
- Accompagner les MNA au niveau juridique, psychologique, afin de leur permettre de bénéficier de l'accès aux soins, à la prévention, aux structures scolaires, etc.
- Augmenter les ressources identifiées pour faire face aux conséquences psychiques des maltraitances (avec l'exemple des centres régionaux de psychotraumatismes, d'autres structures jouent également un rôle significatif). Cette préconisation figure dans un rapport conjoint publié le 20 décembre 2023 par les Inspections générales des affaires sociales et de la justice (Igas-IGJ).

Proposition 2.3.5

Concernant le personnel en institutions, structures de soins, en partenariat avec les représentants du personnel et des usagers :

- Mener une réflexion approfondie sur les risques psychosociaux afin d'améliorer les conditions de travail (ce qui pourrait limiter les risques de maltraitance).
- Rendre les métiers de prise en charge de la maltraitance plus attractifs.

Proposition 2.3.6

- Établir et faire respecter des normes d'encadrement adaptatives selon les institutions : foyers de l'enfance, aide sociale à l'enfance (ASE), institutions pour les personnes en situation de handicap, foyers d'accueil, lieux de privation de liberté
- Augmenter le nombre de places disponibles pour ces structures d'accueil, vérifier l'absence de dérive des adéquations demandes/offre.
- Tester de nouveaux modes de soutien alternatif à l'accueil.

Proposition 2.3.7

- Favoriser les débats entre les Ordres professionnels compétents et les associations impliquées dans les luttes contre les violences.

2.4. Recherche d'aide-repérage - « aller-vers » (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 19)**Proposition 2.4.1 – *Proposition structurante***

- Préparer l'ensemble de la chaîne de réponses aux signalements d'une maltraitance afin que les personnes se sentent entendues et respectées dans leurs démarches.
- Suivre et contrôler l'adéquation des éléments de la réponse, afin de juger de la nécessité de corriger soit les procédures, soit les moyens.

(Cf. Fiche Recherche Aide *Help Seeking* en particulier la saturation des numéros d'appel et la gestion des plaintes)

Proposition 2.4.2 – *Proposition structurante*

La recherche d'aide de la part des personnes qui se sentent ou se disent maltraitées (par leurs proches ou dans d'autres circonstances) est une étape jugée très importante (cf. Fiche Recherche Aide *Help Seeking*).

- Réaliser des campagnes d'information grand public pour aider à conscientiser que chacun peut être un jour en situation d'entendre et d'aider les victimes, en plus des actions ciblant les victimes.
- Informer et communiquer sur les parcours et recours possibles en cas de situations de maltraitance.

Proposition 2.4.3 – *Rappels fondamentaux*

- Organiser le repérage des maltraitances sur les tout-petits, dont les violences sexuelles, en développant la formation des professionnels.
- Généraliser le repérage des violences sexuelles dans les situations de vulnérabilité spécifiques et lors des consultations de mineurs, pour une demande d'IVG, pour toute grossesse précoce et à la suite d'une tentative de suicide.
- Intégrer les cyberviolences dans les grilles de repérage.

Proposition 2.4.4

- Développer les connaissances relatives aux maltraitances intrafamiliales (cf. Annexe Fréquence des maltraitances intrafamiliales).

Il est vraisemblable que les recherches ne puissent simplement et rapidement répondre aux interrogations. Ainsi, les coopérations multi-acteurs, les données multi-sources et les enquêtes se doivent de converger pour faciliter l'acquisition d'informations.

2.5. Niveau Identification-Validation-Gestion (repris sous forme de tableau dans l'Annexe 20)

Ce chapitre contient de nombreuses propositions nécessitant la mobilisation de ressources humaines importantes. Le HCSP rappelle qu'il n'est pas dans ses prérogatives de fixer des priorités d'allocations. Il estime néanmoins que le processus de priorisation doit répondre aux conditions suivantes : des priorisations argumentées, transparentes, évaluées et facilement révisables.

Proposition 2.5.1 – Proposition structurante

- Encourager la réalisation de RETEX « Maltraitances » (en utilisant des outils valides et les normes existantes pouvant s'inspirer des méthodes Revue Mortalité Morbidité de la HAS document de 2022 [3]).

En effet certains événements indésirables signalés associés aux soins peuvent être qualifiés de maltraitances.

La nature pluridisciplinaire minimale devrait être formalisée en relation avec la nature des maltraitances (analogie avec les réunions de concertations pluridisciplinaires : RCP) et pourra s'inspirer des travaux en cours de la HAS sur la gestion des signaux en institution d'après la note de cadrage du 12 mai 2023⁴.

- Colliger ces RETEX à un niveau territorial significatif.

Afin de favoriser cette capitalisation importante et ce cumul des connaissances, un cahier des charges et des méthodologies comparables, ainsi qu'un formalisme commun minimal seraient souhaitables avec des paramètres spécifiques additionnels, selon le cadre de réalisation de ces RETEX et la nature de la maltraitance et des victimes. Les ARS déjà impliquées dans les événements indésirables graves associés à des soins (EIGAS) pourraient être impliquées de même que leur expertise utilisée [4].

Proposition 2.5.2

- Appliquer le principe d'aller-vers (voire « aller chez ») les personnes les plus éloignées et les plus fragiles et réussir « *le dernier kilomètre avec les agents publics et tous les acteurs de l'action publique* » tel que proposé par le Conseil d'État (cf. chapitre 4.1.1).
- Répartir les moyens et les ressources nécessaires pour prévenir, repérer, prendre en charge les maltraitances en fonction des besoins des individus et des environnements.

Il existe de grandes différences inter-territoriales de financement des actions pouvant prévenir, identifier et prendre en charge les maltraitances et ce, en fonction de paramètres locaux tels que : prix de journées différents, publics différents (structure d'âge, proportion de populations vulnérables, ...), et des ressources. Pour faire face aux disparités territoriales, l'État pourrait décider

⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3431803/fr/deploiement-de-la-bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-institutions-sanitaires-medico-sociales-et-sociales-reperage-et-analyse-note-de-cadrage

d'une norme minimale concernant la budgétisation de ces dépenses et de contraintes structurelles (ratio d'intervenants dans les institutions), les Départements étant libres de compléter ces interventions ou d'augmenter les ratios.

Proposition 2.5.3

- Rendre efficaces les circuits des informations préoccupantes et des signalements (sujet évoqué par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)).

Proposition 2.5.4

- Renforcer les interventions multimodales médico-sociales, visites à domicile, accueil de l'enfant dans des structures de la petite enfance, et accompagnement des parents tel qu'évoqué par Santé publique France et l'OMS (Annexe 8).

Proposition 2.5.5

- Soutenir et renforcer les missions des services de Protection maternelle et infantile (PMI) pour les 0-3 ans.
- Augmenter le recrutement, la formation et le suivi des assistantes maternelles sur des axes ciblés. Associer les conjoints des assistantes maternelles accueillant des enfants.

Proposition 2.5.6

- Accorder davantage d'attention aux décès survenant dans l'enfance, de manière inattendue ou suspecte.

Ils devraient faire l'objet d'une attention plus importante en termes de recherche académique, de formation des différents acteurs intervenant à cette occasion, et de moyens d'élucidation des causes du décès. La réalisation d'autopsies étant en l'état et sans doute de façon durable difficilement généralisables à toutes ces morts et non nécessairement souhaitables de manière systématique, il semble important d'étudier tout moyen et technique les moins invasifs, les plus rapides et accessibles et les plus performants qui puissent soit exclure au mieux un cas de maltraitance, soit orienter au mieux vers un diagnostic de maltraitance.

- Évaluer l'apport des examens post-mortem comme l'imagerie post-mortem.
- Mettre en place une réflexion sur les missions des centres de références et de l'Observatoire national des morts inattendues du nourrisson (OMIN).

Proposition 2.5.7

- Mobiliser une équipe pluridisciplinaire et ce, pour les situations non évidentes en particulier dès lors que la personne présumée victime de maltraitance présente une vulnérabilité majeure ou des difficultés à s'exprimer afin d'obtenir la qualification de maltraitance.
- Co-construire avec les parties prenantes l'organisation et le fonctionnement de ces structures régionales ou départementales en réseau, ainsi que les modalités de validité (présence minimale de disciplines non exclusivement médicales dont certaines obligatoires en s'inspirant du fonctionnement des Réunions de Concertation pluridisciplinaire et ce, en fonction des cas traités).

Proposition 2.5.8

- Favoriser le développement et la validation (dans des contextes variables) d'outils (grille, score, ...) concis, faciles à utiliser, de bilans d'évaluation standardisés et incluant les différents aspects de la fragilité afin d'orienter vers un parcours dédié si la maltraitance est avérée.

Proposition 2.5.9

- Mettre en place les stratégies de prévention et de réponse (cf. Annexe 9), avec les invariants suivants pouvant guider la structuration d'actions :
 - Approche et création ou renforcement d'équipes pluridisciplinaires
 - Ciblage des aidants (et de l'entourage)
 - Appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants
 - Éducation théorique ET savoir-faire pratiques ET savoir-être
 - Préservation, restauration de l'autonomie des personnes (dont en particulier en luttant contre les inégalités sociales et territoriales)
 - Promotion du changement de représentations, des pratiques et des croyances (objectif à long terme)
 - Sécurisation des victimes et leur cadre d'existence et les accompagner dans la gestion d'aval (court terme atteignable).

Proposition 2.5.10

- Développer les interventions éducatives auprès auprès de tout public afin de sensibiliser à l'âgisme sous ses différentes formes et de dissiper les croyances erronées sur l'âge et le vieillissement.
- Sensibiliser le personnel soignant à l'âgisme par des formations obligatoires.
- Mettre en place un contrôle des publicités à « caractère agiste, » ainsi que la sous-représentation ou la mauvaise représentation des personnes âgées dans les médias.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RAPPELS FONDAMENTAUX

Rappels fondamentaux 1	<ul style="list-style-type: none"> Permettre le recours à un interprétariat ayant été formé à ce contexte particulier (cf. rapport Solidarité Femmes de novembre 2023 : « Langues étrangères et régionales ») [2]. Développer, diffuser et favoriser les outils validés permettant de mieux communiquer avec les personnes ayant un faible niveau de littératie (communication intégrative). 	Niveau individuel
Rappels fondamentaux 2	<ul style="list-style-type: none"> Rendre la formation relative à la maltraitance obligatoire pour toutes les personnes intervenant auprès de personnes en situation de vulnérabilité ou de potentielle vulnérabilité. Dans ce contexte de pénurie de ressources humaines, le HCSP rappelle que recruter des personnes non formées à la lutte contre la maltraitance expose à un risque de dysfonction. Mettre en place des formations avec un programme comprenant les sciences humaines et sociales (SHS) et assurées par des formateurs de SHS ; Renforcer la formation en éthique ainsi que la formation sur la responsabilité éthique et juridique ; Renforcer la formation relative aux droits des personnes et sur les conditions propres à leurs exercices ; Veiller à ce que la formation relative à la maltraitance comporte systématiquement un volet connaissances, compétences et savoir-être ; Cette formation doit être pragmatique et ancrée dans la pratique. Améliorer la formation existante concernant la rédaction des écrits et certificats (Fiche 18). Vérifier la qualité des formations sur la pratique des consultations de personnes en situation de handicap. Renforcer les messages portant sur l'interdiction des bizutages pendant les études et les formations. 	Niveau individuel
Rappels fondamentaux 3	<ul style="list-style-type: none"> Former les professionnels de santé et de l'enfance au repérage des négligences (actes de maltraitance par omission ou insuffisance) et des maltraitances qui affectent gravement le développement des jeunes enfants, au diagnostic des lésions, en les contextualisant tout en ayant moyen de recourir à des fiches didactiques pratiques en cas d'absence ou de discordance d'explication simple ou crédible (telles les lésions que l'on nomme parfois « lésions sentinelles »). Renforcer la formation des professionnels de santé, assistantes maternelles, assistantes familiales, personnel de crèches, au Syndrome du Bébé Secoué (SBS) pour une prise en charge immédiate. 	Niveau individuel

Rappels fondamentaux 4	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer dans les formations des formateurs les outils de compréhension de situations hétérogènes. Les interventions (informations, formations) visant à prévenir les maltraitances vont concerner différents publics (dans différents contextes culturels). Ainsi il est restrictif et sans doute parfois contre-productif d'imaginer qu'un seul discours/format puisse répondre à tous les besoins. <p>Si certaines cibles peuvent comprendre, conscientiser, adopter des comportements adéquats, d'autres auront plus de difficultés (analogie avec la littératie). Les formateurs des formateurs devront y prêter une attention particulière. Il serait opportun d'identifier ces situations et prévoir des messages (de substitution) adaptés aux différents types de publics.</p>	Niveau individuel
Rappels fondamentaux 5	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les parents aux conséquences du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) (10 % de décès ou 1 enfant sur 10 et 50 % de séquelles). Médiatiser et répéter les campagnes d'information comme celle de 2008 ou plus récemment celle de 2022 dans le cadre des 1000 premiers jours : utiliser des supports pédagogiques adaptés aux parents des générations actuelles (vidéo, information par les pairs, capsules d'information, réseaux sociaux). 	Niveau individuel
Rappels fondamentaux 6	<ul style="list-style-type: none"> Respecter les droits des personnes, permettre un exercice effectif de leurs droits, mettre en place une éthique de l'accueil et de l'accompagnement en institution. Favoriser le respect des besoins fondamentaux des personnes Veiller au respect du droit à la vie privée et à l'intimité des personnes dans toutes les dimensions (relation, architecture, agencement des lieux, organisation...), veiller à ce qu'elle puisse jouir de l'exercice effectif de ces droits Veiller au respect du droit au consentement et au refus des personnes (notamment pour la présence d'étudiants...), veiller à ce qu'elle puisse jouir de l'exercice effectif de ces droits. 	Niveau institutionnel gestion
Rappels fondamentaux 7	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer, structurer la lutte contre tous les préjugés et les stéréotypes tels que l'âgisme et ceux liés au genre, au handicap...) 	Niveau institutionnel gestion
Rappels fondamentaux 8	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le repérage des maltraitances sur les tout-petits, dont les violences sexuelles, en mieux formant les professionnels Généraliser le repérage des violences sexuelles dans les situations de vulnérabilité spécifiques et lors des consultations de mineurs, pour une demande d'IVG, pour toute grossesse précoce et à la suite d'une tentative de suicide. Intégrer les cyberviolences dans les grilles de repérage 	Niveau repérage

TABLEAU RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS STRUCTURANTES

Proposition 1	<p>Création d'un système national d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système national d'information pour l'obtention de données plus nombreuses en volume, plus fiables, plus connectées (échanges de données possibles et sécurisés et pouvant être croisés - interopérables -) et devant bénéficier d'interprétation par un collectif d'acteurs incorporant toutes les parties prenantes légitimes (cf. chapitre 5.1.1). <p>Dans le respect le plus strict de la vie privée et de la confidentialité, ces données pourront être exploitées et valorisées à des fins de recherche, d'études et d'évaluations. L'accès et l'utilisation des données devront être définis par acte réglementaire. Elles pourront aussi contribuer à l'élaboration d'actions publiques et orienter les recherches.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 2	<p>Organisation de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever les freins à la recherche en veillant au respect des droits des personnes (se prêtant à la recherche (de façon directe ou indirecte), aux droits des chercheurs et aux principes éthiques de la recherche : <ul style="list-style-type: none"> ○ En simplifiant les démarches réglementaires ○ En simplifiant les démarches conventionnelles de mise en place des recherches (notamment les démarches inter-équipes, inter-centres...); ○ En fixant des délais non renouvelables et opposables d'instruction des dossiers (pour les comités d'éthique, Délégué à la Protection des Données (DPO), règlement général sur la protection des données (RGPD), et autres services chargés des aspects administratifs des projets de recherche) ; ○ En proposant des règles internes facilitantes et des services d'appui à la recherche (compétence technique, analytique, réglementaire) ○ En favorisant le partage d'expériences entre équipes de recherche sur ce sujet • Garantir et faciliter l'accès effectif des chercheurs aux données (y compris sensibles) et aux terrains de recherche. • Assortir les recherches sur les données sensibles de dispositifs garantissant la sécurité des données et la vie privée des personnes auxquelles elles sont attachées. 	Recherche et évaluation
Proposition 3	<p>Structure de coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer une structure de coordination visant à la rationalisation des actions. Cette structure devrait idéalement avoir une montée en charge progressive (et un développement conditionné par des évaluations favorables). Elle pourrait avoir comme zone d'intérêt dans un premier temps les éléments suivants : échanges d'informations, aide à l'identification de partenaires clefs et aux conditions de leur coopération, faciliter la navigation des acteurs (eux-mêmes parfois désorientés), éviter les doublons... Cette structure pourrait être proche ou identique à celle gérant le Système d'information/observatoire (selon la forme qui sera retenue par le groupe de travail maltraitances des personnes vulnérables – CNIS). 	Recherche et évaluation
Proposition 4	<p>Création d'un répertoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un répertoire (ou d'un méta-répertoire regroupant plusieurs bases) concernant les recherches sur la maltraitance (cf. chapitre 5.4.3) pouvant référencer : <ul style="list-style-type: none"> – Les équipes de recherche déclarant s'impliquer dans ce type de recherche – Les projets en cours 	Recherche et évaluation

	<ul style="list-style-type: none"> – Les projets abandonnés (en précisant les raisons ayant abouti à la clôture précoce de ces recherches) – Les projets finalisés avec des liens sur les publications (voire comme le fait l'Observatoire national de la protection de l'enfance ONPE vers des travaux non publiés). <p>Ce répertoire pourrait aussi jouer le rôle d'un centre de ressources et de preuves (avec une fiche structurée)</p>	
Proposition 5	<p>Financement de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le rapprochement des laboratoires de recherche avec les milieux socio-économiques et administratifs en renforçant et en élargissant les dispositifs CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la recherche), en développant les dispositifs COFRA (Convention de Formation par la Recherche en Administration) et développant des dispositifs équivalents pour les champs non couverts ; ouvrir ces dispositifs à toutes les disciplines universitaires et à tous les organismes de recherche ; • Impliquer les parties prenantes dans le financement de la recherche ; • Compléter les appels à projets nationaux par des appels à projets territoriaux et locaux (qui devraient être répertoriés et visibles au niveau national) ; • Mettre en place des durées de financement en lien avec les réalités de terrain (court, moyen et long termes) ; 	Recherche et évaluation
Proposition 6	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude bibliométrique approfondie qui complètera les travaux réalisés par le HCSP afin d'avoir un état des lieux complet sur la recherche française sur le thème de la maltraitance et d'identifier les objectifs prioritaires non couverts permettant d'orienter des appels à projets spécifiques. 	Recherche et évaluation
Proposition 8	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer l'ensemble de la chaîne de réponses aux signalements d'une maltraitance afin que les personnes se sentent entendues et respectées dans leurs démarches. • Suivre et contrôler l'adéquation des éléments de la réponse, afin de juger de la nécessité de corriger soit les procédures, soit les moyens. <p>(cf. Fiche Recherche Aide <i>Help Seeking</i> en particulier la saturation des numéros d'appel et la gestion des plaintes)</p>	Aide au repérage
Proposition 9	<p>La recherche d'aide de la part des personnes qui se sentent ou se disent maltraitées (par leurs proches ou dans d'autres circonstances) est une étape jugée très importante (cf. Fiche Recherche Aide <i>Help Seeking</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des campagnes d'information grand public pour aider à conscientiser que chacun peut être un jour en situation d'entendre et d'aider les victimes, en plus des actions ciblant les victimes. • Informer et communiquer sur les parcours et recours possibles en cas de situations de maltraitance. 	Aide au repérage
Proposition 10	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la réalisation de RETEX « Maltraitances » (en utilisant des outils valides et les normes existantes pouvant s'inspirer des méthodes Revue Mortalité Morbidité de la HAS document de 2022 [3]). <p>En effet certains événements indésirables signalés associés aux soins peuvent être qualifiés de maltraitances.</p> <p>La nature pluridisciplinaire minimale devrait être formalisée en relation avec la nature des maltraitances (analogie avec les réunions de concertations pluridisciplinaires : RCP) et pourra s'inspirer des travaux en cours de la HAS</p>	Identification-validation - gestion

sur la gestion des signaux en institution d'après la note de cadrage du 12 mai 2023⁵.

- Colliger ces RETEX à un niveau territorial significatif.

Afin de favoriser cette capitalisation importante et ce cumul des connaissances, un cahier des charges et des méthodologies comparables, ainsi qu'un formalisme commun minimal seraient souhaitables avec des paramètres spécifiques additionnels, selon le cadre de réalisation de ces RETEX et la nature de la maltraitance et des victimes. Les ARS déjà impliquées dans les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGAS) pourraient être impliquées de même que leur expertise utilisée [4].

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3431803/fr/deploiement-de-la-bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-institutions-sanitaires-medico-sociales-et-sociales-reperage-et-analyse-note-de-cadrage

TABLEAU RECAPITULATIF AUTRES PROPOSITIONS

Proposition 1	<ul style="list-style-type: none"> • Produire de la recherche théorique, fondamentale, empirique, interventionnelle, translationnelle, participative et évaluative sur la maltraitance utilisant des méthodes variées (quantitatives, qualitatives, mixtes). • Favoriser une pluridisciplinarité (par collaboration entre équipe ou au sein d'une même équipe) sans pour autant exclure les recherches disciplinaires. • Favoriser les partenariats en vue du développement de réseaux de coopérations scientifiques nationaux, européens et internationaux. • Favoriser et développer des cadres d'échanges entre les différentes parties prenantes du domaine ; • Lancer des appels à projets de recherche au niveau national ainsi qu'au niveau des collectivités territoriales. 	Recherche et évaluation
Proposition 2	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que, pour l'examen des protocoles de recherche relatifs à la maltraitance, les comités d'éthique comportent parmi leurs membres des personnes disposant d'une compétence attestée dans le domaine ou s'adjoignent le concours de personnes disposant d'une telle compétence. 	Recherche et évaluation
Proposition 3	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les trajectoires à long terme des personnes maltraitées, leurs devenirs étant très insuffisamment connus. <p>Ces travaux pourraient bénéficier d'analyses en ayant des informations sur le contexte initial des maltraitances et sur la nature des prises en charge secondaires.</p> <p>Ces lacunes nécessitent un ciblage politique, organisationnel et académique coordonné. Un financement pérenne des cohortes de naissance (type cohorte Elfe⁶) est indispensable pour améliorer en profondeur et fiabilité les connaissances sur les circonstances et les conséquences des maltraitances. Ces cohortes sont nécessaires, mais leur portée est limitée car elles ne peuvent pas répondre à l'ensemble des interrogations ni donner des indications rapidement.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 4	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le travail du vocabulaire commun (indispensable à une recherche structurée) selon la même méthodologie (instance de concertation participative bénéficiant d'un soutien méthodologique). <p>Avec comme ambition de favoriser l'obtention de qualifications similaires face à des situations similaires (reproductibilité des identifications et qualifications) et de permettre des comparaisons internationales en créant des tables de correspondance validées.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 5	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la recherche réalisée à partir des RETEX (voir proposition 2.5.1) 	Recherche et évaluation

⁶ Etude longitudinale française depuis l'enfance : [Cohorte Elfe \(santepubliquefrance.fr\)](http://Cohorte Elfe (santepubliquefrance.fr))

Proposition 6	<ul style="list-style-type: none"> • Caractériser la gravité des maltraitances. <p>La gravité des maltraitances sera parfois mentionnée dans ce rapport du HCSP. Elle joue un rôle important, souvent implicite, dans le traitement des situations de maltraitances (leur reconnaissance en tant que telle, leurs prises en charge) ; pour autant, cette notion de gravité n'a pas de définition claire ou partagée entre les différents acteurs. Elle pourrait être liée à la fréquence de la maltraitance, à ses différentes formes (physiques, psychologiques, sexuelles...) et intensités, à son importance pour la société et la gravité des conséquences probables ou observées. Elle peut être liée à une appréciation extérieure et/ou de perspectives individuelles des personnes victimes de maltraitance. Il peut, en effet, exister un décalage entre ce qu'un observateur extérieur peut estimer grave, et ce que la personne victime de maltraitance retiendra comme ayant un impact majeur et principal sur sa vie (comme il est préconisé d'explorer les violences depuis le questionnaire proposé par l'OMS, repris par plusieurs études internationales depuis [1]. Étant donné l'importance de cette question, des recherches multiples (tant sur la place réelle qu'elle occupe, ses définitions possibles...) sont très souhaitables. C'est typiquement une notion qui devrait faire l'objet d'une recherche participative ainsi que d'une étude des pratiques (en quoi la notion de gravité est utile et utilisée dans la gestion des cas par les différents acteurs).</p>	Recherche et évaluation
Proposition 7	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les études micro-économiques analysant les coûts des interventions en même temps que leur efficacité. <p>En revanche, les analyses de type « coût pour la société » (cf. Fiche Conséquences économiques) sont d'intérêt moins marqué.</p> <p>Concernant les recherches sur la maltraitance, deux grands types devraient être distingués : les actions de prévention visant à limiter la fréquence des maltraitances ou les actions visant à en limiter les conséquences.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 8	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que les interventions visant à améliorer en moyenne un état, n'entraînent pas une augmentation des inégalités sociales ou territoriales de santé (une augmentation de la dispersion des résultats cf. 4.2.2.4). 	Recherche et évaluation
Proposition 9	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre plus opérationnel le codage PMSI des situations de maltraitances • Étudier l'opportunité (entre autres au regard de la loi informatique et liberté) de créer un codage « antécédent de maltraitance » ou « suivi de maltraitance » 	Recherche et évaluation

Proposition 10	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la complexité organisationnelle de la gestion des maltraitances (prévention ou action correctrice) ou de la prise en charge des personnes maltraitées (32 institutions identifiées comme pouvant intervenir cf. 4.1.1) dans le processus. <p>En s'appuyant sur les sciences de l'organisation (gestion et management, sociologie, science politique...) et en partenariat avec les acteurs de terrain, une réflexion et des recherches de type organisationnel s'imposent pour favoriser l'articulation des très nombreuses institutions participant à la lutte contre les maltraitances et améliorer la coopération entre tous les intervenants et avec les usagers.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 11	<ul style="list-style-type: none"> Tester la valeur ajoutée et l'efficience de l'incorporation de nouveaux métiers dans la gestion des maltraitances : médiateurs sanitaires et/ou sociaux, « accompagnateur de parcours (aide à la navigation) » et la place ou l'impact d'autres intervenants comme les éducateurs selon différents modes expérimentaux. <p>Ces modifications de dispositifs existants nécessitent au préalable l'identification de besoins ou de manques et la définition d'objectifs clairs et évaluables. La complexité d'actions aux intervenants multiples nécessite une expertise et un accompagnement méthodologique adapté.</p>	Recherche et évaluation
Proposition 12	<ul style="list-style-type: none"> Prioriser une recherche sur la simplification et l'aide à la navigation dans les dédales administratifs ou de recherche d'aides (cf. annexes 16 Liste des numéros d'aides) des personnes maltraitées, des professionnels ou d'aidants. 	Recherche et évaluation
Proposition 13	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la collecte de données relatives aux cheminements vers les numéros d'appel et aux parcours (comment les personnes sont-elles arrivées au numéro d'appel ?) <p>La collecte pourrait se faire à l'aide de questionnaires validés à usage systématisé par les services de référence d'aide et d'orientation des victimes (3919, 119, Assistance sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les recherches sur les témoins (« bystander ») et les stratégies d'alliance (cf. chapitre 4.1.5) 	Recherche et évaluation
Proposition 14	<ul style="list-style-type: none"> Organiser une veille bibliographique relative aux campagnes de marketing social (qui utilisent différentes techniques souvent issues du marketing commercial pour favoriser l'adoption de comportements jugés favorables). Les données actuelles sur ces outils sont encore insuffisantes pour préconiser leurs utilisations sans évaluation. (Cf. Fiche Stratégie de prévention et de réponse. Chapitre Sensibilisation) 	Recherche et évaluation
Proposition 15	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le fonctionnement et augmenter le nombre de places des structures de protection de l'enfance pour accueillir les Mineurs non accompagnés (MNA). Accompagner les MNA au niveau juridique, psychologique, afin de leur permettre de bénéficier de l'accès aux soins, à la prévention, aux structures scolaires, etc. Augmenter les ressources identifiées pour faire face aux conséquences psychiques des maltraitances (avec l'exemple des centres régionaux de psychotraumatismes). 	Niveau institutionnel

	Préconisation reprise dans un rapport conjoint publié le 20 décembre 2023 par les inspections générales des affaires sociales et de la justice (Igas-IGJ).	
Proposition 16	<p>Concernant le personnel en institutions, structures de soins, en partenariat avec les représentants du personnel et des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mener une réflexion approfondie sur les risques psychosociaux afin d'améliorer les conditions de travail (ce qui pourrait limiter les risques de maltraitance). Rendre les métiers de prise en charge de la maltraitance plus attractifs. 	Niveau institutionnel
Proposition 17	<ul style="list-style-type: none"> Établir et faire respecter des normes d'encadrement adaptatives selon les institutions : foyers de l'enfance, aide sociale à l'enfance (ASE), institutions pour les personnes en situation de handicap, foyers d'accueil, lieux de privation de liberté... Augmenter le nombre de places disponibles pour ces structures d'accueil, vérifier l'absence de dérive des adéquations demandes/offre. Tester de nouveaux modes de soutien alternatif à l'accueil. 	Niveau institutionnel
Proposition 18	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser les débats entre les Ordres professionnels compétents et les associations impliquées dans les luttes contre les violences. 	Niveau institutionnel
Proposition 19	<ul style="list-style-type: none"> Développer les connaissances relatives aux maltraitances intrafamiliales (cf. Annexe Fréquence des maltraitances intrafamiliales). <p>Il est vraisemblable que les recherches ne puissent simplement et rapidement répondre aux interrogations. Ainsi, les coopérations multi-acteurs, les données multi-sources et les enquêtes se doivent de converger pour faciliter l'acquisition d'informations.</p>	Recherche d'aide au repérage
Proposition 20	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer le principe d'aller-vers (voir « aller chez ») les personnes les plus éloignées et les plus fragiles et réussir « le dernier kilomètre avec les agents publics et tous les acteurs de l'action publique » tel que proposé par le Conseil d'État (cf. chapitre 4.1.1). Répartir les moyens et les ressources nécessaires pour prévenir, repérer, prendre en charge les maltraitances en fonction des besoins des individus et des environnements. <p>Il existe de grandes différences inter territoriales de financement des actions pouvant prévenir, identifier et prendre en charge les maltraitances et ce, en fonction de paramètres locaux tels que : Prix de journées différents, publics différents (structure d'âge, proportion de population vulnérable...), et des ressources. Pour faire face aux disparités territoriales, l'État pourrait décider d'une norme minimale concernant la budgétisation de ces dépenses et de contraintes structurelles (ratio d'intervenants dans les institutions), les Départements étant libres de compléter ces interventions ou d'augmenter les ratios.</p>	Niveau identification - validation-gestion

Proposition 21	<ul style="list-style-type: none"> Rendre efficents les circuits des informations préoccupantes et des signalements (sujet évoqué par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)). 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 22	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les interventions multimodales médico-sociales, visites à domicile, accueil de l'enfant dans des structures de la petite enfance, et accompagnement des parents tel qu'évoqué par Santé publique France et l'OMS (Annexe 8). 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 23	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir et renforcer les missions des services de Protection maternelle et infantile (PMI) pour les 0-3 ans. Augmenter le recrutement, la formation et le suivi des assistantes maternelles sur des axes ciblés. Associer les conjoints des assistantes maternelles accueillant des enfants. 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 24	<ul style="list-style-type: none"> Accorder davantage d'attention aux décès survenant dans l'enfance, de manière inattendue ou suspecte. Ils devraient faire l'objet d'une attention plus importante en termes de recherche académique, de formation des différents acteurs intervenant à cette occasion, et de moyens d'élucidation des causes du décès. La réalisation d'autopsies étant en l'état et sans doute de façon durable difficilement généralisables à toutes ces morts et non nécessairement souhaitables de manière systématique, il semble important d'étudier tout moyen et technique les moins invasifs, les plus rapides et accessibles et les plus performants qui puissent soit exclure au mieux un cas de maltraitance, soit orienter au mieux vers un diagnostic de maltraitance. Évaluer l'apport des examens post-mortem comme l'imagerie post-mortem. Mettre en place une réflexion sur les missions des centres de références et de l'Observatoire national des morts inattendues du nourrisson (OMIN). 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 25	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser une équipe pluridisciplinaire et ce, pour les situations non évidentes en particulier dès lors que la personne présumée victime de maltraitance présente une vulnérabilité majeure ou des difficultés à s'exprimer afin d'obtenir la qualification de maltraitance. Co-construire avec les parties prenantes l'organisation et le fonctionnement de ces structures régionales ou départementales en réseau, ainsi que les modalités de validité (présence minimale de disciplines non exclusivement médicales dont certaines obligatoires en s'inspirant du fonctionnement des Réunions de Concertation pluridisciplinaire et ce, en fonction des cas traités). 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 26	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le développement et la validation (dans des contextes variables) d'outils (grille, score...) concis, faciles à utiliser, de bilans d'évaluation standardisés et incluant les différents aspects de la fragilité afin d'orienter vers un parcours dédié si la maltraitance est avérée. 	Niveau identification - validation-gestion
Proposition 27	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les stratégies de prévention et de réponse (cf. Annexe 9), avec les invariants suivants pouvant guider la structuration d'actions : 	Niveau identification - validation-gestion

	<ul style="list-style-type: none"> - Approche et création ou renforcement d'équipes pluridisciplinaires - Ciblage des aidants (et de l'entourage). - Appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants. - Éducation théorique ET savoir-faire pratiques ET savoir-être. - Préservation, restauration de l'autonomie des personnes (dont en particulier en luttant contre les inégalités sociales et territoriales). - Promotion du changement de représentations, des pratiques et des croyances (objectif à long terme). - Sécurisation des victimes et leur cadre d'existence et les accompagner dans la gestion d'aval (court terme atteignable). 	
Proposition 28	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les interventions éducatives auprès auprès de tout public afin de sensibiliser à l'âgisme sous ses différentes formes et de dissiper les croyances erronées sur l'âge et le vieillissement. • Sensibiliser le personnel soignant à l'âgisme par des formations obligatoires. • Mettre en place un contrôle des publicités à « caractère agiste, » ainsi que la sous-représentation ou la mauvaise représentation des personnes âgées dans les médias. 	Niveau identification – validation- gestion

3. INTRODUCTION

3.1 Éléments de contexte

3.1.1. La saisine (Annexe 1)

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi en novembre 2022, relativement à la politique nationale de lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité par le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, par le Ministre délégué en charge des personnes handicapées et par le Secrétariat d'État en charge de l'Enfance afin de réaliser un état des lieux des connaissances disponibles sur le sujet des maltraitances envers les publics en situation de vulnérabilité (enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation de précarité) en se référant pour caractériser les situations de vulnérabilité aux travaux de la commission nationale de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Les travaux du HSCP devaient porter sur les maltraitances intrafamiliales et celles qui sont constatées au sein des institutions et pour les mineurs, s'inscrire en complémentarité avec les travaux de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

Il était notamment demandé au HCSP :

- D'apprecier l'état de la production scientifique française et internationale concernant de risques de maltraitance et les conséquences des maltraitances envers tous les publics de vulnérabilité, étant entendu que les disciplines concernées par cette investigation sont du registre de la santé publique., mais aussi des sciences sociales et de toute autre discipline que vous jugerez opportune ;
- De faire apparaître les stratégies de prévention et de réponse à la maltraitance issue de cette production scientifique pour les publics qu'il concerne ;
- De faire apparaître d'éventuelles lacunes dans les productions scientifiques permettant de fonder des stratégies de prévention et de réponse ;
- Et de faire des préconisations en matière de lutte contre les maltraitances, mais aussi, le cas échéant, de production scientifique permettant de baser ces dernières sur l'ensemble des données nécessaires.

3.1.2. Pilotage et groupe de travail

Un groupe de travail pluridisciplinaire co-piloté par Laetitia Atlani-Duault, vice-présidente du HCSP et François Eisinger, président de la Commission spécialisée « Déterminants de santé et maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT) du HCSP, et composé de membres experts internes et externes au HCSP a été constitué (annexe 2). À partir du 14 décembre 2023, François Eisinger a assuré le pilotage de cette saisine et Frédérique Claudot, membre de la Commission spécialisée « Système de Santé et Sécurité des Patients » (Cs-3SP), le co-pilotage.

3.2 Périmètre de travail et articulation des travaux du HCSP avec les autres Instances saisies par les ministres.

Dans la perspective de la construction de la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances, les ministres des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, ont lancé les **États généraux de la maltraitance de mars à juillet 2023**, séquence de concertation citoyenne destinée à apporter des réponses à la question des maltraitances subies par les **personnes en situation de vulnérabilité**. Dans ce cadre les ministères ont saisi d'autres structures en parallèle du HCSP.

Ainsi,

- l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a été chargée de produire un rapport sur les circuits d'alerte,
- la Conférence nationale de santé (CNS) a eu pour mission d'apporter une réponse collective au problème de la maltraitance en associant les représentants des personnes vulnérables et les autres parties prenantes,
- la Haute Autorité de santé (HAS) a été chargée de produire de nouveaux outils permettant d'évaluer le risque de maltraitance sur majeurs vulnérable et pour mieux combattre les maltraitances en établissements, et ce, après avoir réalisé en 2017 un guide pour les enfants [5]. Le cabinet du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a organisé des réunions de concertation entre les 4 instances saisies (HCP, IGAS, CNS et HAS) et des auditions communes (Annexes, Organisation des États généraux/auditions).

Dans notre réponse à la saisine (centrée sur la maltraitance), nous n'avons pas développé d'analyses sur l'auteur/effecteur de la maltraitance (parfois qualifié selon les articles et les personnes auditionnées comme maltraiteur, maltraitant, agresseur et parfois considéré comme un intermédiaire plus ou moins passif entre un système maltraitant et des victimes). Le HCSP considère que l'analyse des relations de pouvoir cadrant la relation de maltraitance doit compléter l'analyse des situations de vulnérabilités des personnes maltraitées incluse dans le vocabulaire commun et qu'une responsabilité personnelle peut se cumuler à une responsabilité institutionnelle reconnue par ailleurs, voire à une responsabilité collective. Non seulement la littérature scientifique française est limitée sur ce sujet, mais les termes « maltraiteur » et « maltraitant » n'apparaissent pas dans la « Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité ».

La littérature internationale est beaucoup plus riche et plus utilisée, en particulier nord-américaine. Cette différence pourrait s'expliquer par l'antériorité des travaux scientifiques. À titre d'exemple, un article comme « *Characteristics of domestic violence offenders: Associations with childhood exposure to violence* » est cité 250 fois.

Ainsi si des données statistiques et des études sont disponibles dans d'autres contextes (et quelques exemples sommaires seront proposés en Annexe 18), la position du HCSP est de considérer que cette perspective se doit d'être mieux connue dans le contexte français avant de l'intégrer dans des interventions (plus spécifiques que les actions de formations, information) visant à prévenir les maltraitances.

Certains aspects de la maltraitance n'ont pas bénéficié d'une analyse détaillée en raison de leur prise en charge par d'autres instances institutionnelles d'expertise ou d'intervention.

Par ailleurs, certaines maltraitances n'ont pas été abordées en raison de particularités et de spécificités trop importantes.

Il s'est agi d'arbitrages en faveur d'une volonté d'homogénéisation de notre document pour éviter la multiplicité des cas particuliers.

On peut citer :

- Le harcèlement scolaire qui peut être considéré comme une forme de maltraitance. Pour autant, il convient de rester prudent dans la mesure où le harcèlement, dans la majorité des cas, intervient en dehors d'une relation de confiance ou de soin tel que cela est proposé dans la définition de la maltraitance. Le HCSP considère donc que des liens avec l'Éducation nationale sont souhaitables pour harmoniser les réflexions et bénéficier de fertilisations croisées pour les solutions à mettre en place.
- La maltraitance envers les animaux. Ce sujet n'a pas été développé par le groupe de travail bien que certaines études mettent en évidence l'association (1) entre les violences familiales inter-partenaires et la maltraitance animale (qui pourrait ainsi être un « signe d'appel »). Notons que certains groupes d'experts militent, dans une approche « One health » pour la prise en compte de ce type de maltraitance (2).
- La maltraitance spirituelle malgré le fait que cela a été évoqué comme question émergente lors de certaines auditions d'experts par le HCSP au cours des travaux [6].
- La maltraitance à fœtus (4).
- Les maltraitances associées à des dérives sectaires. Il existe cependant des réflexions législatives menées en France concernant la création d'un délit de provocation à l'abandon ou à l'abstention de soins [7], [8].

De même, n'ont pas été abordées dans ce rapport les maltraitances gérées principalement par d'autres structures, quelques exemples sont cités ici :

Celles touchant des personnes sans domicile fixe (où l'approche « genrée » peut-être significative ref 5) car le HCSP considère qu'il s'agit d'une maltraitance dont la gestion peut être considérée comme déjà autonome et prioritaire.

Il est fait état lors de certaines auditions et rapport de « Maltraitance institutionnelle administrative » [9]. Ce type de maltraitance ne sera pas abordé dans ce rapport.

Certaines maltraitances (mauvaise alimentation, tabagisme dans un espace clos...) qui, hors institution, relèvent, selon nous, de l'information et de la pédagogie et se rapprochent ainsi de la promotion de la santé. Un partenariat avec Promotion santé (ex Instituts de Recherche en Prévention Santé (IRPS)) et la Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé (FNES) est très souhaitable sur ce sujet (cf. Annexe 15). [10], [11], [12], [13].

3.3 Méthode de travail

Le groupe de travail (GT) « Maltraitance » du HCSP a débuté ses travaux par une clarification des termes de la saisine et notamment du terme « maltraitance » qui a été considéré au sens du vocabulaire commun établi par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance et de l'article L.119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Plusieurs questions ont été particulièrement débattues, en particulier, sur les maltraitances des enfants : sont-elles suffisamment spécifiques pour justifier des analyses, des recommandations et une gestion distincte ? Faut-il adopter une approche par groupes d'âge (enfants, adultes, personnes âgées), par populations, par type de maltraitance ? Faut-il adopter une approche analytique ou transversale et systémique ?

Des sous-groupes initiaux « analytiques » ont donc été mis en place pour s'intéresser à la question de la maltraitance selon l'âge. Trois sous-groupes de travail (SGT) se sont ainsi constitués :

- Le SGT 0 à 17 ans (révolus) : maltraitance des nourrissons et des tout-petits, maltraitance des enfants et adolescents ; focus sur le cas particulier des enfants en situation de handicap ;
- Le SGT 18 à 63 ans : maltraitance à l'égard des adultes. Cette approche s'attache en particulier à mettre en évidence les visages émergents de la maltraitance, en lien avec les évolutions sociétales, parmi lesquelles : violences faites aux femmes, violences obstétricales ; inégalités sociales, précarité (à la lumière de l'expérience du Covid-19) ; maltraitances institutionnelles, maltraitances managériales et organisationnelles, violences en situation de travail, conditions d'habitat, cas des prisons : conditions de détention et conditions de rétention administrative... ;
- Le SGT 64 ans et plus : maltraitance des personnes âgées à domicile et en institution ; aspects spécifiques de la maltraitance des personnes âgées vulnérables : maltraitance dans le cadre de l'aide à la dépendance, dans le cadre des soins, maltraitance numérique, maltraitance financière, maltraitances urbaines...

Bien que cette approche soit la plus fréquente, qu'elle ordonne pour partie la réponse publique, créant une réalité sociale structurée, d'autres caractéristiques comme l'orientation sexuelle, l'obésité, ... peuvent être des facteurs de maltraitances.

Le GT a ensuite fait le choix d'une approche plus transversale pour la rédaction du rapport. En effet, la saisine soulignait qu'il « importe que la politique de lutte contre les maltraitances puisse s'envisager autrement que comme une réponse circonstancielle à une crise à haute intensité médiatique et à fort retentissement dans l'opinion publique. Et il importe que cette politique, tant en matière de prévention que de réponse, **ne privilie pas un public en situation de vulnérabilité plutôt qu'un autre, car toutes les maltraitances sont inacceptables** » (§4) :

- L'existence d'une définition de la maltraitance qui ne fait pas référence aux victimes en dehors de leur caractéristique de « vulnérabilité » et qui en agrège les « origines » « individuelles, collective ou institutionnelle » [14] ;
- Les éléments indépendants des caractéristiques des victimes : la perception par la victime de son statut, les démarches d'alertes et la recherche d'aide, les freins et les résistances...

- Les solutions partageables telles que parfois évoquées lors de la restitution des États généraux des maltraitances (ex. : la notion d'informations préoccupantes qui peut être testée chez les personnes âgées, mais également sur toute autre personne au domicile).

Il a été organisé une alternance des travaux de sous-groupes et de discussions plénières. Par ailleurs, un espace collaboratif en ligne [15] a été mis à disposition des experts pour le dépôt des contributions et comptes rendus des réunions et des auditions.

Une expertise fondée sur des auditions de personnes qualifiées

Les membres du GT ont procédé à des auditions de professionnels qualifiés de disciplines variées : médecins, praticiens de la santé publique, chercheurs, juristes, praticiens du secteur social et médico-social, de cliniciens, de chercheurs. Au total, le GT « Maltraitance » du HCSP a auditionné 25 personnes ([liste en annexe 3](#)).

Ces auditions se sont appuyées sur une trame d'entretien unique abordant les points suivants :

- 1) Comment vous positionnez-vous par rapport à la définition de la maltraitance de l'article 23 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant et par le Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (CNLMPB) ?
- 2) Selon vous, quelles sont :
 - Les situations et facteurs de risque essentiels de la maltraitance ?
 - Quelles en sont les conséquences ?
 - Quelles sont les lacunes dans les productions scientifiques et/ou dans leur application concernant les facteurs de risque, le repérage et l'évaluation ?
- 3) Selon vous, quelles sont les lacunes actuelles en matière de prévention (facteurs de protection...) ?
- 4) Quelles préconisations en matière de recherche et de stratégie de prévention prioritaires, pourriez-vous formuler ?
- 5) Quel écart constatez-vous entre l'expérience française et internationale ?

Il a été, par ailleurs, demandé aux personnes auditionnées de bien vouloir communiquer au GT des références scientifiques et des données qu'ils considéraient comme essentielles à l'analyse de la maltraitance et à la définition d'une politique.

Les comptes rendus des auditions réalisées ont été relus et validés par les personnes auditionnées.

Le GT a également fait profit des auditions réalisées dans le cadre interministériel auxquelles les pilotes du GT étaient conviés.

La consultation des articles scientifiques, rapports, ouvrages, parus sur le sujet. Les experts ont également travaillé à partir de la littérature scientifique et de la littérature grise (rapports, ouvrages...) parus sur le sujet (cf. Fiche 2, Annexe 2, Annexe 4 et Annexe 14).

3.4 Définition de la maltraitance

3.4.1. Étymologie

La maltraitance est un nom féminin désignant le fait d'infliger des mauvais traitements à un être vivant [16]. Le nom est dérivé du verbe transitif « maltrater » issu du latin médiéval *maletractare* [17] lui-même composé du préfixe « mal » suivi du verbe « traiter ». Dans ce sens adverbial, « mal » signifie « de manière fâcheuse, contraire à l'intérêt ou aux désirs de quelqu'un », mais aussi « d'une manière défavorable, désobligeante, blessante » [18]. Le verbe traiter peut, quant à lui, prendre 3 significations : 1/ « agir avec quelqu'un/quelque chose (de telle manière) » [19]; 2/ « soumettre » à une action ou une réflexion en vue d'obtenir un résultat i. e « imposer dépendance, obéissance, par la contrainte, par la force, à quelqu'un ; diriger, dominer, contraindre à » [20] ; 3/ « donner des soins » en « prescrivant un traitement ». Ainsi, celui qui donne des soins « soumet » le récipiendaire de son action en « prescrivant » — c'est-à-dire en donnant un ordre, un commandement précis [21] — en vue de contrôler la personne, son environnement, son avenir⁷.

La maltraitance recouvre un champ large d'actions positives (faire) et d'actions négatives (abstention de faire) ayant pour effet de nuire. S'agissant de la maltraitance d'une personne, les actions ou les négligences du maltraitant ont pour effet de nuire au maltraité et de lui causer un ou des dommages par l'atteinte à sa personne (au sens biopsychosocial) et/ou à ses biens ou, plus généralement, par l'atteinte à ses droits fondamentaux.

Ce détour sémantique nous invite à constater que « traiter » une personne induit une relation asymétrique, voire une relation de domination entre le traitant et le traité. Peu importe donc qu'il s'agisse de « mal » traiter ou de « bien » traiter, car *traiter*, c'est toujours soumettre et soumettre, c'est ne pas respecter l'autre.

L'analyse sommaire des définitions du terme maltraitance produite par les institutions en charge d'établir des politiques ou plans de lutte contre la maltraitance (Annexe Rapport des États généraux des maltraitances 70 propositions) laisse apparaître que la maltraitance :

- est souvent réduite aux actes ;
- se confond fréquemment avec la violence ou la négligence ;
- interroge la nature de la relation entre le maltraitant et le maltraité (ces relations étant décrites comme des relations de responsabilité, de confiance, de pouvoir, de dépendance...) ;
- interroge la temporalité des actions (maltraitance instantanée commise en un trait de temps, ou maltraitance continue ou permanente dont l'exécution s'étend dans la durée renvoyant aux questions relatives à la volonté et à l'intentionnalité de leur auteur) ;
- vise le ou les auteurs : individus, individus en réunion, individus sous couvert d'une institution ou d'une organisation ou d'une technique d'organisation, institution, norme de l'institution...

⁷ Ce qui explique en partie la nécessité du recueil du consentement.

3.4.2. La définition de référence en France

En France, c'est l'article 23 de la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants qui introduit la maltraitance dans le CASF et qui dispose que « 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 » [22].

Bien qu'étant contenue dans une loi relative à la protection de l'enfance, cette définition de la maltraitance, élaborée par la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (CNLMPB) a vocation à s'appliquer aussi bien aux personnes mineures qu'aux personnes majeures, ce qui permet « de travailler sans cloisonnement, ce qui est particulièrement utile pour aborder les situations des publics, qui se trouvent à la lisière des catégories administratives classiques (jeunes majeurs, mineurs en situation de handicap, par ex.) » [23]. Issue d'un long travail de la CNLMPB, la définition amène à porter l'attention non pas seulement sur les personnes, mais également sur les environnements en faisant le choix de « privilégier la “situation de vulnérabilité” plutôt que la notion de “personne vulnérable” issue du Code pénal » [23], la définition « permet de travailler sans stigmatiser certains publics » [23] et porte « l'accent non sur la personne seule, mais aussi sur le rôle de l'environnement comme facteur aggravant ou au contraire capacitant eu égard à la maltraitance (comme l'avait fait la loi de 2005 en consacrant la “situation de handicap”). La définition de la CNLMPB est associée à un lexique et un corpus permettant d'aider à la caractérisation des situations [23] [24]. Le corpus souligne également la gestion des « événements indésirables » en guidant les actions correctives[25]. Malheureusement, ni le lexique ni le corpus n'ont été homologués par un arrêté ministériel ou par une circulaire qui aurait amélioré la portée de l'article L.119-1 CASF.

4. CONSTATS ET ENJEUX

4.1 La maltraitance est un sujet complexe

Une partie importante des débats qui ont émergé dans le GT du HCSP est liée à la complexité du sujet traité. Le contexte de nos travaux témoigne de cette complexité :

Trois ministères signataires de la saisine du HCSP :

- Le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées
- Le Ministère délégué en charge des Personnes handicapées
- Le Secrétariat d'État en charge de l'Enfance

Quatre institutions saisies en parallèle :

- La Conférence Nationale de Santé (CNS)
- La Haute Autorité de santé (HAS),
- L'Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas) et
- Le Haut Conseil de la santé publique

La réalisation en parallèle des États généraux des maltraitances dont la restitution s'est faite en présence de cinq ministères différents [26]

Face à la complexité du sujet traité, le HCSP souhaite souligner deux points d'attention qui nécessitent à la fois une réflexion collective et un suivi :

Premier point d'attention : la qualification de maltraitance tend à recouvrir des situations de plus en plus fréquentes (mais de gravité très variable en termes de conséquences) évoquant une sorte « d'inflation des maltraitances », mais dont la distinction avec une amélioration de leur signalement ne peut être faite. Le tabagisme dans un lieu clos (voiture) avec des enfants en est un exemple qui a même abouti à un texte de loi, alors qu'il y a 40 ans c'était une réalité sociale très commune.

Second point d'attention : il doit exister un équilibre (dans le fond et la forme) à trouver entre la volonté de protection (des personnes jugées vulnérables) et leur stigmatisation (de groupes jugés vulnérables et donc pouvant nécessiter un traitement spécifique). À titre d'exemple la curatelle/tutelle est à la fois un outil de protection et parfois une source de maltraitance.

La maltraitance est aussi un problème complexe, car multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle dépassant la relation maltraitant-maltraité, puisqu'elle est influencée par des facteurs organisationnels, sociaux, politiques et culturels, ainsi que par des facteurs propres aux personnes. D'un point de vue « scientifique », il est difficile d'attribuer de manière simple une quantification de la conjonction de causes multiples coexistantes (institutionnelles, individuelles ou liée à des a priori collectifs [27].

Le modèle écosystémique présenté en Fiche 3 vise à rendre compte de cette complexité.

Cette complexité se retrouve également au niveau des procédures de signalement ou des actions de gestion des maltraitances comme le souligne la CNCDH [28]. Il est à noter que ce rapport du CNCDH a été adopté avec 20 voix pour, 7 contre et 7 abstentions (ce qui peut être considéré également comme un signe de la complexité du sujet).

Une description détaillée de cette complexité prendrait beaucoup de temps et a fait l'objet d'un travail en cours de publication du groupe « TACT⁸ » (Groupe initié par la CNLMPB, soutenu par le CNAS (Comité national d'Action sociale), regroupant Association Prism, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, IFROSS université Jean Moulin Lyon) en particulier concernant l'analyse chronologique des textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection de l'enfance (1985-2020).

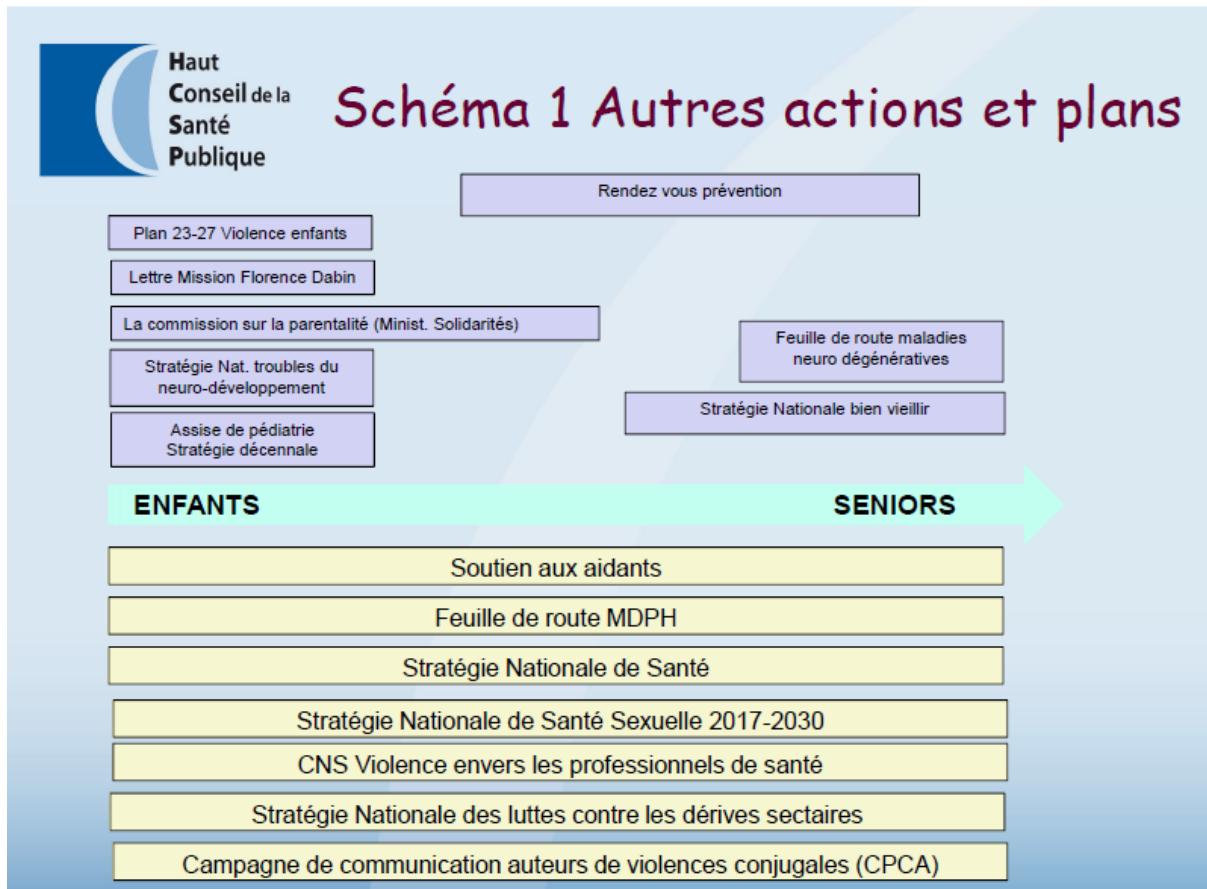
Nombre de politiques publiques se caractérisent par une grande complexité organisationnelle, tant le nombre d'intervenants et d'institutions impliqués est élevé [29] et (Conseil d'État, 2023). Cette complexité pose des difficultés aux usagers, pour accéder aux bons services, et aux professionnels, afin de coopérer et de se coordonner (Conseil d'État, 2023), dans des domaines comme la politique de l'autonomie⁹ ou la santé des enfants (Cour des comptes, 2022) particulièrement concernés par les politiques de maltraitance.

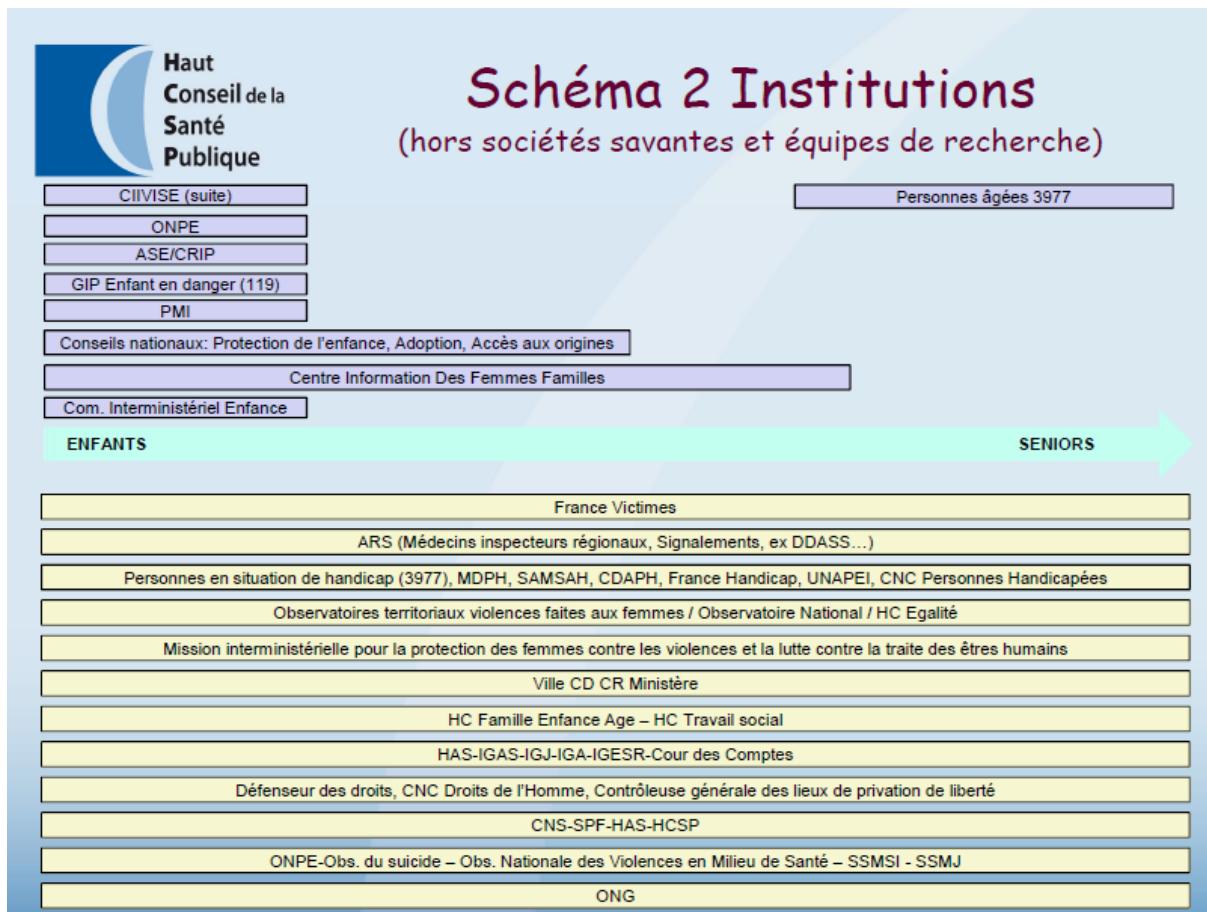
⁸ [TACT : un projet pour améliorer le traitement des situations de maltraitance sur les territoires | GHU Paris psychiatrie & neurosciences \(ghu-paris.fr\)](https://www.ghu-paris.fr/actualites/actualite/2023/05/24/tact-un-projet-pour-ameliorer-le-traitement-des-situations-de-maltraitance-sur-les-territoires)

⁹ BLOCH, Marie-Aline et HÉNAUT, Léonie. *Coordination et parcours. : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014.

La réponse institutionnelle française à la maltraitance n'échappe pas à ce constat, que l'on résume parfois sous l'expression du « mille-feuille ». Dans le cas de la maltraitance, ce constat est certainement également une conséquence de la nature complexe et pluridisciplinaire de la thématique.

Cette complexité, enfin, se retrouve à la fois au niveau des plans et actions (Schéma 1) et de la multiplicité des Institutions (Schéma 2).





4.1.1. Appréhender la complexité est une nécessité pour en finir avec « le coup par coup »

La perception et l'appropriation de la nature complexe de la maltraitance permettent d'expliquer pourquoi les actions ponctuelles et mono-disciplinaires sont d'une efficacité structurellement limitée. Une perspective cohérente impose une réflexion systémique et des solutions articulées et coordonnées.

Pour reprendre les termes de la saisine : « ... il importe que la politique de lutte contre les maltraitances puisse s'envisager autrement que comme une réponse circonstancielle à une crise de haute intensité médiatique... »

Si la maltraitance doit être analysée comme un concept unique avec des spécificités liées à l'âge, la nature de la maltraitance, les lieux de réalisation..., la coordination de tous ces acteurs est indispensable à toutes les phases, de l'identification jusqu'à la prise en charge des conséquences de la maltraitance et de sa prévention ultérieure. Simplifier cette organisation (notons par exemple qu'à partir de 32 structures identifiées dans le Schéma 2 – hors institutions de contrôle – il existe « 496 couples de 2 structures et donc potentiellement 496 interfaces ») et s'assurer de la coopération des acteurs doivent être des objectifs essentiels. Ces coopérations sont nécessaires pour que les usagers puissent se repérer et accéder aux services pertinents à toutes les étapes de leur parcours et pour que leur prise en charge soit de qualité.

C'est un lieu commun dans les services de soins de considérer que certains se « débarrassent » des cas complexes ou des problèmes sur le service voisin et/ou s'estiment non légitimes (ou pas

« en charge de ») pour gérer ces situations (Source : Auditions). Si ces situations existent, et l'on peut raisonnablement le croire au moins à minima, elles constituent déjà une maltraitance pour l'individu alors qu'une meilleure coopération entre services préviendrait ce phénomène. Dans le domaine de la maltraitance, il faudrait, comme le recommande le Conseil d'État dans son étude annuelle consacrée aux politiques du dernier kilomètre [30], passer d'une «logique du mistigri» à une logique de coopération (proposition n° 11), et «encourager les acteurs de terrain à établir ensemble des constats partagés et à imaginer en équipe des réponses adéquates». Pour cela, à la fois une meilleure sensibilisation aux différents besoins primaires de l'individu et une meilleure connaissance des compétences des acteurs (en particulier des nouveaux métiers) du système de santé, seraient nécessaires. Le Conseil d'État cite comme exemple les cités éducatives qui, associant les différents acteurs d'un quartier (professionnels, associations, familles...), esquiscent cette approche, depuis 2018, dans certains quartiers. Par la clarification des responsabilités des acteurs et le partage des outils de travail (espaces d'accueil, systèmes d'information...), le Conseil d'État suggère aussi de privilégier des « logiques de guichets uniques ou intégrés » pour sortir de cette « logique du mistigri », à l'instar du pari que font France Travail ou les Pôles Départementaux de lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI). De telles reconfigurations organisationnelles pourraient être expérimentées dans le domaine de la maltraitance.

4.1.2. La maltraitance nécessite une réponse adaptée à sa complexité

La prise en charge de la maltraitance (situation complexe) induit actuellement une ou des réponses complexes caractérisées par de nombreux intervenants, de nombreuses institutions et un processus d'enquête avec paradoxalement le risque de laisser des personnes maltraitées dans des situations de « non-recours », de « non'accès aux dispositifs qui leur sont destinés ».

Dans son rapport annuel 2023 [30], le Conseil d'État propose de « ne pas faire peser la complexité administrative sur les usagers », de se mettre à leur place et de faciliter leur parcours¹⁰. À cette fin, il propose de penser l'action publique par le prisme des plus fragiles ; de généraliser le recours au « dites-le nous une fois » et aux formulaires pré-remplis ; d'organiser l'action publique autour de moments de vie des usagers en désignant, dans l'idéal, à chaque fois un interlocuteur unique chargé de coordonner l'action des services concernés¹¹ (réf) Il propose par ailleurs un repérage précoce des personnes qui en ont besoin (personnes fragiles, en situation complexe) ; un effort de simplification du langage administratif (en y impliquant les associations qui représentent les publics éloignés) en faisant de la compréhension par l'usager un objectif à part entière¹² ; un rapprochement des usagers (la « livraison de l'action publique »)¹³.

Cette simplification du langage visant la compréhension par l'usager devrait également être un objectif prioritaire des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours d'une personne victime de maltraitance. Il s'agit de favoriser son autonomie en lui proposant un accompagnement « capabilisant » [31] Ainsi, un « accompagnement sur mesure doit être offert »¹⁴.

¹⁰ [L'usager, du premier au dernier kilomètre : un enjeu d'efficacité de l'action publique et une exigence démocratique - Conseil d'État \(conseil-etat.fr\)](#) p.125

¹¹ P.138

¹² Proposition n°3 p.109

¹³ P.112

¹⁴ P211

4.1.3. La question culturelle

Concernant la perception par des acteurs d'être maltraités ou pour les témoins de maltraitances, peut se poser la question d'une modification des seuils de jugement selon leur contexte culturel et ce, aussi bien dans un sens d'une tolérance excessive que d'une sensibilité importante (respect des aïeux) ainsi que d'évolutions sociétales dans ces perceptions et leur tolérance, ou non.

Quelques publications étrangères évoquent ce phénomène [32] avec en miroir le risque de stigmatisation de groupes ethnoculturels. Une étude réalisée dans 21 pays européens [33] a analysé les liens entre normes culturelles concernant l'égalité des genres et la fréquence des violences intrafamiliales (« *domestic violence* ») et ce, sur deux générations. Cette étude a mis en évidence qu'une plus grande égalité des genres dans le pays d'origine est significativement associée à un risque plus faible de victimisation dans le pays d'accueil. Une autre étude a comparé les attitudes/acceptabilité perçues dans 4 pays (Allemagne, Cameroun, Canada, Japon) et confirme des différences significatives selon le type de maltraitance [34].

Il est très vraisemblable également que les identités de groupe (les caractéristiques culturelles) puissent limiter les changements de normes sociales souhaités par des interventions politiques [35] et ainsi l'efficacité d'interventions générales peut être variable selon le contexte culturel.

Un document [36] publié par l'OMS en 2009 (centré sur les violences [37] a analysé cet élément à la fois d'un point de vue géographique et de population en distinguant : les enfants, les violences intrafamiliales, le harcèlement des adolescents ou de groupes spécifiques (orientation sexuelle). Des interventions pour modifier les normes sociales et culturelles y sont décrites.

À noter que le souhait de modifications des normes culturelles qui seraient utiles pour prévenir certaines maltraitances pourrait être en conflit avec la question du respect de la diversité culturelle. Il s'agit là d'un arbitrage social et politique.

L'adoption volontaire de nouvelles normes en interne par les communautés diverses est une solution, mais... théorique [38], car selon la cible des interventions et l'hétérogénéité des populations cibles, cette stratégie « interne » a des capacités variables de succès. Il existe néanmoins de nouveaux outils théoriques « *cultural evolutionary behavioural science* » que l'on peut traduire par la science de l'évolution des comportements culture-dépendants qui peuvent être utiles pour favoriser ce type d'évolution [39].

La diffusion rapide de normes de comportement via les réseaux sociaux peut également favoriser ou freiner les situations de maltraitances avec des temporalités et une pérennité variable et encore largement inconnues.

À noter enfin que le développement possible d'assistants éducatifs virtuels numériques, susceptibles d'interférer avec les comportements des individus, justifierait une attention envers les conséquences des conseils qui pourraient être prodigués par l'Intelligence artificielle (IA) et qui deviendraient une nouvelle norme non contrôlée [40]. Cependant, à ce jour, le recours à l'IA pour ce genre de tâche présente le risque principal non pas d'imposer une nouvelle norme, mais étant basée sur l'existant, de reproduire les pratiques passées et actuelles et de les renforcer. De tels outils sont directement dépendants des données d'apprentissage servant à leur élaboration, lesquelles sont très largement biaisées (en genre, en culture, en pratiques...). Les tentatives de correction de ces biais au sein des modèles les plus performants sont aujourd'hui inefficaces, très coûteuses et nécessitent en réalité une intervention permanente d'opérateurs humains qui, à leur

tour, introduisent implicitement des jugements éthiques, sociaux ou politiques qui ne devraient pas relever de leurs fonctions. Sur ce sujet, l'humain doit continuer à éduquer l'humain.

Conclusion : tout en reconnaissant l'importance des facteurs culturels dans la réalisation, la perception, l'identification, la qualification et la gestion des actes de maltraitance, le HCSP estime qu'il s'agit d'un sujet qui mérite une attention et une analyse beaucoup plus importantes que ce qu'il est capable de réaliser par les délais de réponse à la saisine. Enfin, le niveau d'arbitrage nous apparaît beaucoup plus politique, juridique et sociétal que simplement scientifique. Des recherches spécifiques sont néanmoins très souhaitables afin de participer à ces débats.

4.1.4. La question de l'intersectorialité

Pour reprendre la roue utilisée par l'Observatoire sur la réussite en enseignement supérieur du Québec [41], on note l'existence de 12 catégories élémentaires de discriminations (potentiellement sources de maltraitance). Ces 12 catégories sont : la citoyenneté, le genre, la langue, la richesse, l'habitat, le corps, la santé mentale, la neuro-diversité, la sexualité, le handicap, le capital culturel et la couleur de peau.

À partir de ce chiffre de 12 catégories (ce qui est peu, car ne tient pas compte de l'intensité du facteur considéré ni de certaines professions), on peut créer 66 catégories de doubles fragilisations et 220 catégories de triples fragilisations... et un total de 4 096 catégories différentes.

Il apparaît ainsi impossible de prévoir une normalisation *a priori* pour chacune de ces 4096 situations sauf à considérer un modèle simplement additif, de juxtaposition des vulnérabilités, alors que le concept d'intersectionnalité concerne la résultante des différentes appartenances identitaires d'un individu et qu'il ne s'agit pas d'une simple addition des identités [42].

La prise en charge des personnes maltraitées en raison d'une pluri-vulnérabilité se heurte à l'absence de structure (voire parfois de réflexions) *ad hoc*. La conscientisation de la maltraitance comme concept transversal suffirait à gérer cette diversité, de même en théorie que des rencontres intersectorielles/professionnelles [43] comme celles qui réunissent l'ASE et le handicap.

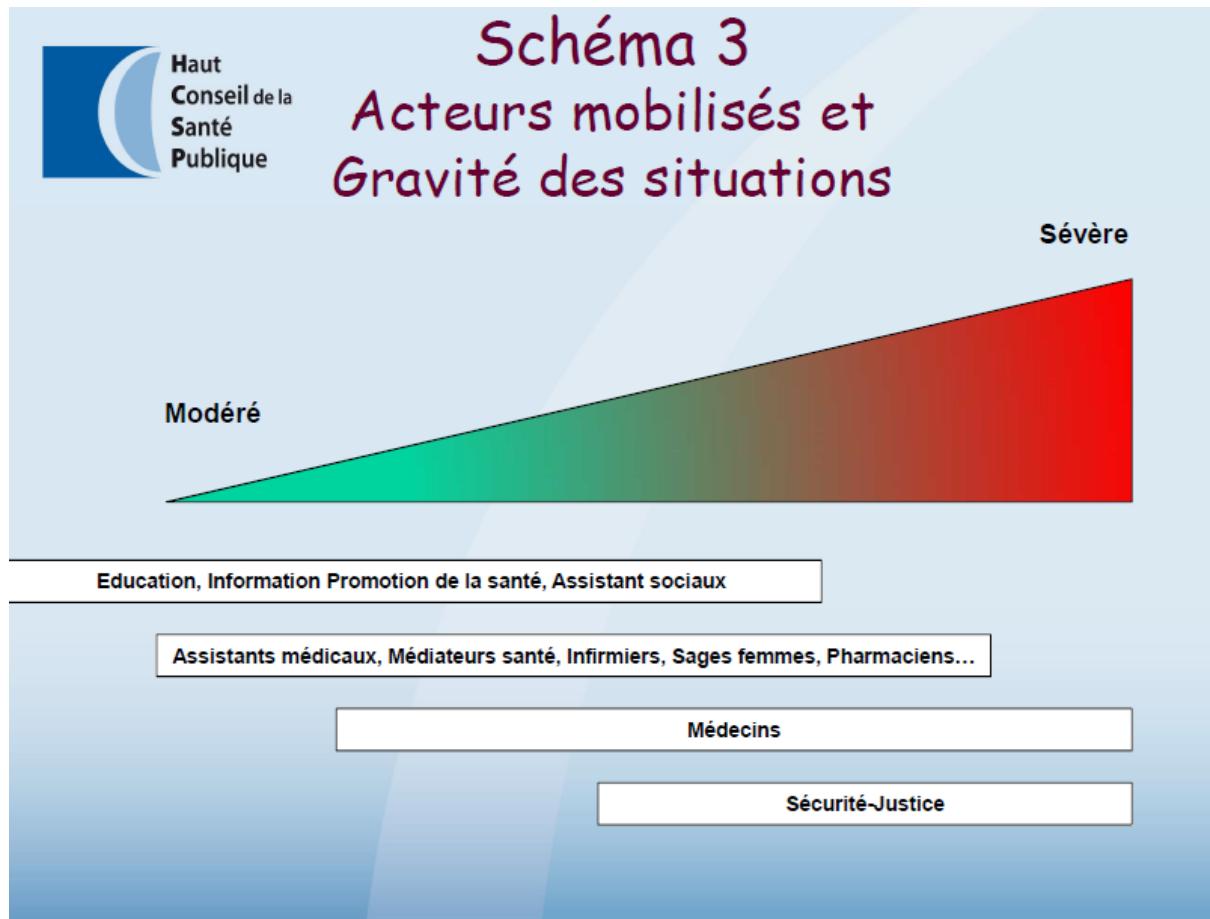
Cette situation de pluri-vulnérabilité est fréquente, selon le rapport annuel du Défenseur des Droits en 2015¹⁵, près de 25 % des enfants dépendant de l'ASE seraient également en situation de handicap.

¹⁵ Rapport annuel 2015 sur les droits de l'enfant : Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles | Défenseur des Droits (defenseurdesdroits.fr)

4.1.5. La multiplicité des intervenants

Les effecteurs (acteurs et institutions) pour prévenir, identifier, signaler ou gérer les situations de maltraitances peuvent être multiples : campagne d'information, détection opportuniste dans le champ du social, assistants médicaux, médiateurs de santé, soignants, médecins, mais aussi les services de police-gendarmerie, éducation, et justice.

Selon la gravité des maltraitances, la légitimité de chacun de ces acteurs peut être soit claire soit ambiguë (zones de chevauchement) (cf. schéma 3).



Ainsi, il est possible que la non-intervention et/ou l'absence de signalement soient associées à l'idée qu'un autre acteur soit plus légitime pour le faire [44] [45] ou à une perception variable de la gravité (acteurs et situations dépendantes).

Les contre-mesures pour lutter contre ce phénomène sont sujettes à des arbitrages sociétaux complexes.

Une meilleure connaissance et une simplification (toutes maltraitances) du dispositif d'information préoccupante pour les enfants (CRIP) qui serait centralisé en un lieu unique (départemental ou régional) sécurisé devraient être favorisées pour d'autres contextes de maltraitances.

Des campagnes de communication associées à des programmes de recherche dans ce domaine devraient aborder la question des témoins [46] et des alliés (« au sens militaire ») qui serait des soutiens effectifs pour les personnes victimes de maltraitance [47].

4.2 La maltraitance est une question de santé publique

Le GT du HCSP s'est posé la question de sa légitimité sur ce sujet et le paragraphe suivant résume le cheminement de ses discussions.

L'ensemble des experts a considéré que la maltraitance était à la fois une question de santé publique et de Droits humains. Ces liens sont souvent explicites : la santé est un des droits de l'homme. La Déclaration universelle des Droits de l'homme de 1948 [48] mentionne la santé dans l'article 25 et les violations des droits ont des effets sur la santé et le cadre des droits humains est propice aux actions de santé publique (1, 2).

4.2.1. Arguments

L'OMS a reconnu explicitement la violence comme un problème de santé en créant, en mars 2000, un département de prévention des traumatismes et de la violence (3).

Dans son document [49] définissant l'approche, les objectifs et les activités de l'unité de l'OMS dédié à la prévention de la violence pour 2022-2026, il est précisé qu'une approche « Santé publique » sera utilisée. Ainsi les objectifs et les actions sont segmentés en 4 étapes en interaction :

- Surveiller (collecte de données pertinentes)
- Identifier les facteurs de risque et de protection
- Développer et évaluer des interventions (efficacité)
- Implémenter (efficacité observée et efficience)

Dans ce document, il est fait mention des coûts de cette violence qui serait proche de 11 % du PIB : produit intérieur brut (en tenant compte des homicides, crimes violents, de la maltraitance d'enfants, de la violence conjugale et sexuelle). Il est certain qu'il existe une variabilité importante de ces chiffres selon les pays, néanmoins ils apparaissent cependant très importants.

La revue *The Lancet* a réalisé en 2000 une monographie sur le thème de la violence avec de nombreux articles, dont le premier est : *Violence in public health and preventive medicine* [50]. Si certains aspects traités dans ce numéro relèvent de champ dépassant la maltraitance (famines, guerre...) d'autres y sont très clairement rattachés.

Le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) possède aussi dans son organigramme un département Prévention de la violence [51] dont les thématiques identifiées, toutes rattachées à ce département sont les suivants :

- *Adverse Childhood Experiences*
- *Child Abuse and Neglect Prevention*
- *Child Sexual Abuse Prevention*
- *Community Violence Prevention*
- *Elder Abuse prevention*
- *Intimate Partner Violence Prevention*
- *Sexual Violence Prevention*
- *Youth Violence Prevention*
- *Coping with stress*

En 2019, le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) a réalisé un numéro thématique : « La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique » [52].

En dehors de ces arguments institutionnels « d'autorité », le HCSP considère que si la maltraitance est une question relevant de la santé publique sur les arguments qui seront développés par la suite dans ce paragraphe, elle ne relève pas uniquement de la santé publique et, ainsi, si la participation du HCSP nous semble justifiée (pour ne pas dire nécessaire), son expertise doit être complétée.

Les maltraitances impactent la santé des personnes qui en sont victimes

Pour qu'un sujet puisse être qualifié de « problème de santé publique », il existe des critères quantitatifs (qui seront évoqués dans les fiches portant sur les conséquences) et des critères qualitatifs. Si l'on prend la définition de l'*American Public Health Association*[53] : on y trouve, entre autres, le critère suivant : « *La santé publique promeut et protège la santé des personnes et des communautés où elles vivent, apprennent, travaillent et se divertissent...* » qui correspond à la problématique de la maltraitance rappelée dans la saisine : « ... porteront sur à la fois sur les maltraitances intrafamiliales et celles constatées au sein des institutions... ».

Parmi les missions de Santé publique France [54], on note : « *améliorer et protéger la santé des populations* ». Cette approche populationnelle insiste sur le fait qu'il faut non seulement améliorer les indicateurs de tendance centrale (moyenne, médiane...), mais aussi (et surtout) réduire les écarts (la dispersion). Ce point sera repris en détail dans le chapitre sur les analyses croisées avec les travaux du HCSP (4.4.2) en particulier sur la volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans cette perspective s'est développé le concept d'universalisme proportionné [55] utilisé pour offrir équitablement des prestations appropriées aux besoins des personnes les plus défavorisées ou les plus vulnérables (paramètre clef de prévention des maltraitances).

Enfin, les populations souvent cibles de maltraitances correspondent à des populations qualifiées de « fragiles » (parfois déjà identifiées dans le cadre de programme pour faire face à des stress extérieurs tels les vagues de chaleur [56], ou les épisodes de pollution).

- Femmes enceintes
- Nourrissons et jeunes enfants
- Personnes de plus de 65 ans
- Personnes en situation de handicap...

Cependant, nous insistons, comme explicités dans la définition, sur le fait que notre approche est centrée **sur les conditions de vulnérabilité** (aboutissant au principe que la vulnérabilité peut s'imposer à chacun) aboutissant à leur exposition particulière à des maltraitances **et non sur la nature** des personnes vulnérables. La terminologie « personnes en situation de vulnérabilité » nous paraît plus pertinente que la terminologie « personnes vulnérables » (analogie avec les situations de handicap cf. dans ce rapport la fiche « Handicap »).

À noter qu'il existe une circularité et donc une possibilité de cercle vertueux ou « vicieux ». Si la maltraitance impacte la santé des personnes, de manière symétrique l'obtention d'une meilleure santé peut améliorer leur autonomie¹⁶ et ainsi réduire le risque d'être en situation de vulnérabilité et donc le risque de maltraitance.

¹⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350615003261>,

4.2.2. Analyse croisée avec les thématiques et les actions du HCSP

Comme précisé dans la saisine : « *Dans le cadre de la préparation du plan violence et santé, le Haut Comité de santé publique avait été saisi en 2003 sur le sujet afin de mener une réflexion sur les moyens d'améliorer la connaissance et la prévention des phénomènes liés à la violence et de renforcer l'efficacité des politiques de santé publique dans ce domaine.* »

Si peu de travaux ont été spécifiquement centrés sur le sujet des violences et des maltraitances, en revanche, de nombreux travaux du HCSP ont déjà abordé ce sujet. Nous allons prendre 4 exemples pour éclairer comment les travaux du HCSP ont pu participer à la construction de ce rapport.

4.2.2.1 La santé dans toutes les politiques

À l'occasion de la nouvelle mandature du HCSP (2022-2026), un groupe de travail permanent (Gtp) « Prévention et santé dans toutes les politiques » a été créé. Ce Gtp porte la réflexion suivante :

Quel que soit le public victime (juvénile, âgé, précarisé, racisé, porteur de handicap, etc.), la maltraitance est le fruit d'une société qui n'enracine pas la protection, l'équité de traitement et la bientraitance dans ses fonctionnements.

La négligence ou les abus et mauvais traitements physiques et psychologiques sont liés aux déterminants structuraux de la santé qui définissent le cadre social et physique dans lequel les gens naissent, grandissent, évoluent et vieillissent, et, dans ce cadre, ce qui est acceptable, accepté, toléré et ce qui ne doit pas l'être.

Prévenir la maltraitance dépasse donc les actions de repérage et de prise en charge produites dans le système de santé, pour embrasser l'ensemble des politiques publiques, quel que soit le secteur qui les déploie. Chaque mesure, chaque intervention, chaque réforme est potentiellement porteuse de maltraitance ou d'injustice ou au contraire de réduction de risques ; nous pouvons citer à titre d'exemple les politiques d'emploi et de gestion des ressources humaines vis-à-vis de leur capacité à intégrer harmonieusement ou non les conditions de handicap, d'âge ou de jeune parentalité ; les politiques éducatives dans leur capacité à compenser/minimiser ou non les conséquences de maltraitances antérieures, les politiques sociales dans leur capacité à intégrer la protection et l'accompagnement des personnes âgées comme une priorité et à investir ou non sur ce sujet, les politiques visant à modifier des normes et valeurs négatives au regard d'une condition de santé, ethnique, sociale, ou d'une vulnérabilité particulière, ou encore, la politique de protection de l'enfance vis-à-vis des nombreux arbitrages. Interroger la capacité des politiques publiques, tous secteurs confondus, à générer de la maltraitance ou de la combattre relève d'une approche type « La santé dans toutes les politiques », c'est-à-dire la considération systématique des impacts, sur la santé et la justice sociale, des mesures prises en dehors du secteur de la santé. Ceci convoque à la fois des outils, permettant d'apprécier et d'anticiper ces impacts, et des mécanismes institutionnels favorisant leur considération collective au bénéfice des populations dans toutes leurs diversités. C'est l'objet de ce Gtp « Prévention et santé dans toutes les politiques » du HCSP que d'impulser cette démarche de cohérence politique, promue depuis 2014 par l'OMS (Traité d'Helsinki, OMS 2014)¹⁷ et rappelée comme étant la voie d'une société de bien-être lors de sa

¹⁷ Microsoft Word - B134_54-fr.docx (who.int)

dernière conférence mondiale de la promotion de la santé en décembre 2021 (Charte de Genève¹⁸).

4.2.2.2 Les rendez-vous de prévention

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) en 2022 afin « *D'élaborer des recommandations concernant les éléments de contenu essentiel à aborder et à explorer lors des rendez-vous aux différents âges-clés (20-25 ans, 40-45 ans et 60 - 65 ans) avec les enjeux particuliers de chacune de ces tranches d'âge en termes de santé publique* »

L'avis a été rendu le 20 mars 2023 et publié le 22 juin 2023¹⁹.

Le HCSP avait estimé que ce type de dispositif ne pouvait avoir de valeur qu'intégré dans une politique plus large en termes de dispositif en particulier en luttant en amont sur les « causes des causes » de maladies, et avec une vision plus continue que discontinue (les trois tranches d'âges).

Les modalités des rendez-vous de prévention sont en cours de définition avec des phases pilotes mises en place²⁰.

Le HCSP avait noté que le repérage des maltraitances devait faire partie du contenu de ces rendez-vous, et ce, à chaque tranche d'âge avec à la fois la recherche de signes ou de plaintes et de facteurs favorisants (isolement).

Les rendez-vous ponctuels (tranche d'âge) (imposés par la saisine) devaient, selon le rapport du HCSP, aborder la question des violences

18-25 ans : « *Violences intrafamiliales, conjugales, harcèlement scolaire au travail* »

45–50 ans : « *Violences intrafamiliales, conjugales, harcèlement au travail* »

60–65 ans : « *Violences intrafamiliales, conjugales, harcèlement au travail* »

70–75 ans : « *Violences, maltraitances* »

Ainsi que la recherche de facteurs de risque (ou de signes d'appels) :

18–25 ans : « Parentalité, isolement, recherche de prise de substances addictives, troubles psychiques, troubles du sommeil »,

45-50 ans : « Isolement, recherche de prise de substances addictives, troubles psychiques, troubles du sommeil »

60–65 ans : « Isolement, recherche de prise de substances addictives, troubles psychiques troubles du sommeil, troubles neurocognitifs »

70-75 ans : « Dénutrition, Isolement, recherche de prise de substances addictives, troubles psychiques, troubles du sommeil, troubles neurocognitifs »

Enfin, conscient de la nécessité de structurer une prise en charge coordonnée, la recommandation 40 du rapport²¹ soulignait l'importance d'identifier en amont des structures pouvant gérer les situations de maltraitances.

Recommandation 40 – Recenser et identifier les offres sur le territoire pour adresser les personnes vers des prises en charge en mettant à disposition des acteurs des annuaires de services pour optimiser le recours (équipes de soins primaires, CPTS : communauté professionnelle territoriale

¹⁸ [aaff health is everywhere geneva charter well-being fr.pdf \(who.int\)](https://aaff-health-is-everywhere.org/geneva-charter-well-being.fr.pdf)

¹⁹ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1310>

²⁰ [Mon bilan prévention | ameli.fr | Médecin](https://ameli.fr/)

²¹ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1310>

de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, maisons sport santé, structures de prises en charge de la maltraitance, CHS (Conseiller Habitat Santé) ou CMEI (Conseiller Médical en Environnement Intérieur), services sociaux...). À noter que le HCSP a pointé la possibilité de repérer des cas et des situations de maltraitances, mais n'a pas débattu d'éventuels protocoles de prévention des maltraitances dans cet avis relatif aux rendez-vous prévention.

4.2.2.3 La contribution du HCSP à la construction de la prochaine SNS

Le HCSP a été saisi le 18 octobre 2022 par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la DGS en amont de la préparation de la future Stratégie nationale de santé (SNS) afin qu'il réalise, d'ici à la fin mars 2023, l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables.

Dans ce rapport [57], la maltraitance apparaît explicitement dans le chapitre sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Néanmoins, l'approche retenue dans ce document est reprise dans ce rapport sur de très nombreux points que l'on peut développer à partir du 4^e chapitre de la préface du rapport sur la SNS :

« ... Le HCSP propose une SNS fixant des objectifs à moyen et long termes, avec une vision générationnelle et une réflexion sociétale. Il est nécessaire d'intégrer une politique de prévention et de santé dans toutes les politiques dans une coordination interministérielle soutenue et partagée, d'investir sur la santé et l'éducation des plus jeunes pour tenter d'inverser ce déséquilibre de notre système de santé et réduire le poids des maladies chroniques. Il est grand temps aussi de penser à une prise en charge multidisciplinaire de la population française, dans une démarche de repérage et de prise en charge à visée préventive prenant en compte les déterminants de santé, individuels et environnementaux... ».

Ainsi, nous analysons, dans ce rapport sur la maltraitance, les recommandations selon 3 perspectives temporelles : court, moyen et long termes. Nous insistons également sur les réflexions interministérielles et multidisciplinaires en ne négligeant pas les aspects en amont de prévention et la prise en compte de facteurs individuels et environnementaux.

Par ailleurs, il nous apparaît important concernant la maltraitance d'avoir plus d'informations et d'attentions sur la situation outre-mer. Un autre point peut être repris :

La faible articulation entre l'amont et l'aval : du repérage des situations à risque de maltraitance, à la prise en charge et au suivi des cas. Enfin, la question de la territorialisation des actions : quel est le niveau géographique optimal pour implémenter et évaluer les actions ?

4.2.2.4 Les inégalités sociales et territoriales de santé

Pour reprendre le rapport du HCSP publié en 2022 [58] : « De fortes inégalités sociales (ISS) et territoriales de santé (ITS) sont observées en France depuis des décennies, sans que l'on puisse noter une tendance à leur régression... Leur réduction fait partie des objectifs de santé publique affichés comme prioritaires dans notre pays. Pour le HCSP, la justice sociale en matière de santé est donc un objectif de santé publique à part entière ».

Cette question des inégalités est certainement d'un axe très structurant et prégnant du fonctionnement du HCSP et ainsi pour simplifier que cela soit pour la mortalité précoce, l'espérance de vie ou... la maltraitance, la position du HCSP est de considérer qu'une intervention qui améliorerait en moyenne un indicateur au prix d'une augmentation de la dispersion des résultats (aggravation des écarts) ne serait pas une intervention à préconiser.

Différents points d'attention de ce groupe sont pertinents aussi pour les réflexions sur la maltraitance.

- L'hétérogénéité d'accès à internet (physique par les zones blanches, financier ou par la non-maîtrise de l'outil) rend insuffisantes (et discriminante) les solutions purement numériques.
- La non-maîtrise de la langue nécessite le recours à des médiateurs/interprètes.
- Les tensions concernant les ressources sanitaires et sociales rendent illusoire ou peu efficient, à moyen constant et à court terme, l'appel à la mobilisation des acteurs de ces secteurs sur des tâches supplémentaires. Il est possible qu'en cas de nouvelle directive non concertée, on assiste à une revendication de « priorisation » selon la nature des victimes (genre, enfant...) ou le type de maltraitance (sexuelle par exemple). Pour autant au niveau individuel, il serait plus logique de proposer une priorisation des actions de prévention et dépistage.
- La littératie en santé et la maîtrise de l'orientation et la sollicitation dans le domaine des aides, dont les aides sociales, sont aussi des facteurs pouvant impacter la perception d'un besoin, l'efficacité de la recherche d'aide, l'obtention d'écoute et de protection, et in fine la prise en charge « réparatrice ».
- À noter qu'il existe une vingtaine de numéros de téléphone proposant une aide à type d'écoute (cf Annexe 16).
- À noter enfin que ce groupe de travail du HCSP (Inégalités sociales et territoriales) s'est auto-saisi d'une réflexion sur le concept de vulnérabilité (qui utilisera certaines réflexions de ce rapport).

5. COMPLETER ET AMELIORER L'INFORMATION, LES PRATIQUES ET LES CONNAISSANCES SUR LES MALTRAITANCES

5.1 Un Système national de données sur la maltraitance

La maltraitance peut être jugée comme un sujet important pour la société en se basant sur les sondages en population (Enquête CREDOC 2022 [59]) et sur la mobilisation de nombreuses institutions et ministères (cf. États généraux des maltraitances).

On peut être étonné que, de manière consensuelle, aux dires des personnes auditionnées, ce sujet soit insuffisamment documenté (ou, ce qui est équivalent, non/mal accessible). Cette lacune a été rapportée quel que soit le champ étudié : médical, social, investigation (police, gendarmerie, services sociaux, services médicaux...), droit (santé, social, pénal...).

Ainsi, les acteurs auditionnés regrettent l'absence de données fiables, accessibles et interprétables.

5.1.1 Justifications

Le HCSP considère qu'il existe des arguments importants en faveur de la création d'un système d'information large et plurisectoriel :

- Les constructions théoriques doivent être confrontées aux mesures en vie réelle [60].

- Le pilotage (preuves basées sur les pratiques) est plus important que la planification (pratiques basées sur des preuves) [61].
- Le monde moderne se caractérise par son évolutivité rapide [62], son « instabilité » demandant ainsi une gestion rapide (« agilité ») éclairée par des informations fiables et accessibles en temps voulu.
- Il existe des interférences avec de nombreux champs connexes [63] qui doivent être mises en évidence, analysées, confrontées, quantifiées et qualifiées.
- Si la mise en évidence d'une relation causale simple, isolée, dans ce type de phénomène, est à la fois impossible (les relations ne sont pas constantes) et modérément utile, car, ce qui compte, c'est ce qui émerge dans un contexte donné (cf. la théorie des systèmes complexes adaptatifs [64]), une vision plus large devrait faciliter des analyses plus systémiques et des politiques plus efficaces à long terme.
- Des interventions inefficaces si déployées isolées peuvent avoir un impact important si combinées et concertées : Effet mosaïque [65] et ainsi une analyse trop limitée (intervention par intervention) récuserait des actions utiles selon les associations et les contextes.

À titre d'exemple non entièrement transposable au cas de la maltraitance, un article paru dans le *New England Journal of Medicine* [66], à partir d'un retour d'expérience sur la crise de la COVID, considère qu'aucun problème de cette crise n'a été plus important que le déficit d'un système d'information fiable, précis et accessible dans des délais adaptés qui aurait permis

- De procéder à une évaluation de la nature et de l'étendue du problème
- D'analyser les disparités et ainsi d'orienter la priorisation des allocations de ressources
- De tester l'efficacité des interventions

Grandes orientations

Il s'agit du cas particulier d'une réflexion générale autour des données massives (« Big data »). Néanmoins, le plus souvent ce qui fait la valeur de systèmes de cette nature ce n'est pas tant le caractère massif (la profondeur) mais la pertinence de la connexion des données issues de champs différents (la largeur) et portant sur des populations différentes (la diversité). Pour simplifier, en prenant un exemple, notre connaissance du phénomène de surpoids en France n'est pas radicalement modifiée si on dispose d'un échantillon de 1 000 personnes ou de 10 000 000 ; par contre si on sait quelle est la valeur de l'attribut poids selon certains paramètres (homme/femme riche/pauvre génération, niveau d'éducation...) et où (analyse géographique), notre connaissance est radicalement modifiée.

Ainsi, il apparaît nécessaire de travailler sur l'organisation d'un processus progressif de structuration d'un système national d'informations qui permettrait de formuler des hypothèses d'interventions, de les prioriser et d'en juger l'efficacité, et ainsi d'aider à construire les politiques publiques en facilitant la recherche, les décisions et les évaluations.

La sensibilité au contexte impose de prendre en compte beaucoup de paramètres. Ainsi, sans doute pour la maltraitance, outre les données liées à la personne maltraitée, le type de maltraitance, des informations sur le maltraitant et le contexte doivent pouvoir être interrogés de manière croisée.

L'IRESP considère que la connaissance du contexte est centrale à la recherche en santé publique et va réaliser son grand rendez-vous de 2024 autour de ce thème [67] en soulignant : « ... l'enjeu que représente le contexte dans la réussite du défi de la transférabilité des interventions ».

5.1.2 Limites et critiques

Les arguments qui militent pour la création d'un tel système outil sont aussi à la base de leur critique et ainsi l'arbitrage doit être interne s'inspirant des réflexions de Illich [68] (« Plus c'est mieux jusqu'au moment où c'est moins bien »).

Il faut sans doute envisager un contrôle externe (Ministères, CNIL, Comités d'Éthique, Bureau et de l'évaluation des politiques publiques et de la prospective, Comité Interministériel pour la Santé, Défenseur des droits...) pouvant réaliser des arbitrages.

Les éléments cités par la suite ne sont pas exhaustifs.

1. La recherche de données exclusivement quantitatives (en vue de comparaison : plus, moins...) renvoie à la critique de « la datafication de la santé » [69].

2. Mieux connaître la maltraitance (et ses acteurs) en la caractérisant avec précision et fiabilité est associé à une atteinte à la vie privée. Ainsi, des observations trop fines, trop proches voire identifiantes des individus ou des groupes (« communautés ») sont l'objet de critiques très argumentées comme celle de Michel Foucault [70] ou portant sur la Médecine de surveillance [71] sur le capitalisme de surveillance [72] ou sur une société dite de surveillance [73].

Des études cherchant à connaître l'acceptabilité sociale des mesures de surveillance/observation ont été réalisées soit concernant le type de risques à contrôler comme par exemple le terrorisme[74] ou les modes de surveillance particuliers [75].

Il apparaît, très clairement, que tous les citoyens n'ont pas les mêmes arbitrages et que ceux-ci sont facteurs de la nature des informations collectées, des bénéfices attendus, de la confiance dans les institutions collectant et traitant les informations, cela sous la variance des caractéristiques sociodémographiques (dont la profession) des citoyens [76]. Il existe une part de subjectivité concernant à la fois la perception de l'utilité/efficacité et la perception du caractère intrusif/attentatoire des actions [74].

3. Ce projet de système d'information accessible s'inscrit dans une logique de « transparence » [77] qui possède à la fois une valeur d'induction de changement vertueux de comportement/d'organisation par les acteurs et de génération d'hypothèses de régulation.

Néanmoins il existe aussi des risques induits²² Dont :

La stigmatisation d'acteurs à partir d'une analyse rapide des données

Le remplacement de la recherche de la qualité par la recherche de l'amélioration des indicateurs de la qualité (« La carte n'est pas le territoire » [78]).

Par ailleurs, certains auteurs soulignent le caractère contre-productif d'un excès de transparence [79].

²² Eisinger F, editor Quality of care. Is public information the solution? Risk Analysis: The Common Denominator; 2014; Denver, CO: Society For Risk Analysis 2014

4. Enfin les deux types de surveillance décrits plus haut (monitoring de paramètre et d'évènements validés comme pertinents et prise de conscience d'un changement non attendu) sont difficiles à concilier dans une même structure, car demandant des qualités et des caractéristiques relativement orthogonales [80].

5.1.3. Perspectives de fonctionnement et d'utilisation

Les multiples acteurs intervenant sur la question de la maltraitance et sur le traitement des situations de maltraitance produisent chaque jour des données. Les bases de données de ces acteurs (santé, justice, police, social et médico-social, médico-administratifs, administratifs, économiques...) sont potentiellement riches (sous réserve de la qualité des données, ce qui sera à vérifier et le cas échéant à améliorer). Dans le respect le plus strict de la vie privée et de la confidentialité, ces données pourraient être exploitées et valorisées à des fins de recherche, d'études et d'évaluations. Elles pourraient, à cet effet, contribuer à l'élaboration d'actions publiques « internalisant des logiques de parcours des usagers »[30] « en fonction des moments, des parcours et des lieux de vie » [30].

Voici quelques exemples d'exploitations possibles de ces données :

- Analyses de politiques publiques (analyse des *outils* de l'action publique, évaluations, registres de politiques, penser les politiques publiques dans leurs complexités, analyses d'impacts, révision, comparaisons européennes de politiques et actions publiques) ;
- Analyses administratives et médico-administratives (études d'accès aux droits, études de recours aux droits, territorialisation des actions, politiques « d'aller-vers », accompagnement et prise en compte de la littératie) ;
- Études et enquêtes épidémiologiques (baromètres, réduction des risques – études des pratiques professionnelles/des aidants, remédiations, pratiques individuelles, pratiques managériales – caractérisation des pratiques – connaissances, attitudes et pratiques – études sur les populations et les contextes, études, capture-recapture entre plusieurs sources de données...) ;
- Études et enquêtes en sciences humaines et sociales (réduction des risques – études des pratiques professionnelles/des aidants, remédiations, pratiques individuelles, pratiques managériales – caractérisation des pratiques – attitudes, comportements, représentations – études des parcours, études sur les populations et les contextes) ;
- Système d'alerte socio-sanitaire (identification et surveillance des tendances émergentes en matière de maltraitance, système de veille).

L'établissement d'un cadre juridique garantissant la protection des données à caractère personnel d'une part et l'accès ouvert et effectif d'autre part pourrait être mis en place en même temps qu'une structure ad hoc, chargée des accès aux données voire d'une structure chargée du recueil, des analyses, des accès, de la diffusion, de la valorisation des données et des connaissances dans le domaine de la maltraitance.

5.2. Améliorer les pratiques

La lutte contre la maltraitance ne peut se résumer à l'amélioration des pratiques, mais il s'agit d'un vecteur important traversant la formation initiale, continue, les actions de conscientisation, le contrôle initial et régulier et les ajustements-corrections.

Tous les intervenants directs : secteurs sanitaire, social, justice et enquêteurs, mais aussi éducation, milieu professionnel, et l'ensemble de la société à des degrés divers sont les cibles d'actions et d'informations plus ou moins importantes. Il ne s'agit pas là de rédiger l'ensemble des interventions possibles, mais d'attirer l'attention sur deux points qui nous sont apparus partiellement sous-estimés.

5.2.1 Bonnes pratiques

À l'occasion des auditions, il est apparu que les parties prenantes souhaitent effectivement la réalisation de guides de bonnes pratiques (rédigés classiquement par la HAS et les sociétés savantes). Elles soulignent le caractère indispensable de leurs diffusions, appropriations et applications.

5.2.2 Centres de ressources et de preuves

Aux côtés des guides de bonnes pratiques, outils majeurs d'orientations des pratiques, il est sans doute utile de rendre accessible dans le champ de la maltraitance un centre de ressources et de preuves (colligeant les actions probantes, prometteuses et inefficaces pour reprendre les termes de la saisine).

Accessible signifie

- L'existence « physique » d'un tel outil (qui a un coût de mise en place et de maintenance)
- L'accès à cet outil (et donc savoir qu'il existe et comment y avoir accès)
- Une navigation simple par situations à risque ou par action de prévention et assortie d'exemples d'actions les plus faciles à transposer, partager, enseigner.
- L'existence d'informations fiables et opérationnelles
- L'outil est référencé, médiatisé.

Il existe au moins trois initiatives pouvant servir de base à une réflexion sur le sujet, mais d'autres bases nationales ou étrangères existent.

5.2.2.1 Projet de la CNSA

Dans le cadre de sa convention d'objectifs 2022-26, la CNSA va implémenter un « centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie »[81]. Ce centre pourra bénéficier des travaux du Programme de Recherche Prioritaire Autonomie (Annexe 14).

On peut noter néanmoins dans les missions décrites deux qui caractérisent cet outil : (« capitaliser » et « diffuser les actions »), mais deux qui en élargissent l'ambition : « élaborer des référentiels » et « contribuer à l'association de l'ensemble des acteurs concernés ». Ainsi, vis-à-vis de la maltraitance, ce centre peut apparaître comme très important voir nécessaire avec néanmoins un abord qui est limité à l'autonomie (dont la perte favorise les maltraitances, mais qui ne résume pas l'ensemble des risques)²³.

²³ Il existe dans chaque région un centre de référence sur sexualité et handicap : Intimagir.

Les centres ressources INTIMAGIR écoutent, informent et orientent les personnes en situation de handicap sur la vie intime, affective, sexuelle ; la parentalité ; les violences sexistes et sexuelles. Ce peut-être également un modèle tenant compte de la territorialité.

5.2.2.2 Santé publique France

Cette agence possède un portail des interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (5 niveaux selon la qualité de la description, de fondement et de preuve) [82] avec un comité d'évaluation créé en 2022.

Ce portail créé en 2018 devrait devenir le Registre français des interventions efficaces/prometteuses en prévention et promotion de la santé (PPS).

5.2.2.3 Base nationale OSCARS [83]

La base nationale OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) est une base de données disponible en ligne qui regroupe des actions, des acteurs et des outils d'intervention dans le domaine de la prévention et de la santé publique. La recherche par le mot clef « Maltraitance » donne 196 occurrences.

5.2.3 Registre des recherches en cours

Comme mentionné sur le site de l'ONPE [84] : « Face au constat d'une dispersion et d'un morcellement des connaissances dans le domaine de la protection de l'enfance dans le cadre français, l'une des missions essentielles de l'ONPE est d'améliorer la connaissance et la construction des savoirs ». Il semble pertinent de centraliser ou articuler de manière systématique la liste des équipes de recherche s'impliquant dans la maltraitance ainsi que des projets en cours, des projets abandonnés (avec les raisons ayant abouti à la clôture précoce de ces recherches) et les projets finis avec des liens sur les publications (voire comme le fait l'ONPE des travaux non publiés).

5.2.4 Labellisation et actions correctrices

Ce chapitre a pour ambition d'expliquer l'existence dans le champ de la maltraitance (comme de beaucoup d'activités humaines) de contrôle *a priori* (type labellisation et certification) et d'outils de correction.

Les labellisations et certifications sont en théorie facilement organisables en institution, mais plus complexes à mettre en place au domicile, bien que parfois possible (visite de préadmission en cas d'hospitalisation à domicile : HAD).

La HAS a la légitimité et l'expertise nécessaires à la réalisation de cette étape.

Concernant les actions de contrôles, les auditions ont mentionné le sous-effectif et la sous-dotations des organes de contrôle ne permettant pas de garantir une vérification de la mise en place des bonnes pratiques. Certaines parties prenantes ont également souligné le besoin de neutralité et de transparence (ne pas être juge et partie).

En ce qui concerne les actions correctrices, elles nécessitent une chaîne : repérage fortuit ou organisé (audit), signalement, analyse/Retex et vérification de la mise en place réelle des actions correctrices.

Pour les établissements sanitaires et sociaux, les agences régionales de santé (ARS) sont destinataires des signalements (avec, d'après nos auditions, parfois une articulation insuffisante entre les ARS et les Conseils départementaux. Des organisations pourraient servir d'exemple, c'est le cas du Comité des plaintes Conseil Départemental de Vendée – ARS Pays de Loire).

Une connexion des données de certification et d'événements indésirables pourrait être éclairante et source d'amélioration.

Le HCSP souhaite dans le cadre d'actions correctrices attirer particulièrement l'attention sur l'utilisation des RETEX.

Initialement utilisé dans l'aéronautique, l'industrie et l'armée, l'outil RETEX (retour d'expérience) a migré vers d'autres secteurs, souvent à l'occasion de « crises » et ainsi dans un document de la Direction générale de la santé (Département des situations d'urgence sanitaire) de 2007 [85] (Concernant la méthodologie des retours d'expériences, il est précisé en introduction :

Qu'un RETEX se fonde sur l'analyse des informations collectées dans les aspects technique, humain, événementiel et organisationnel ainsi que sur la capitalisation des expériences individuelles en expérience collective ;

Qu'il a pour objectif de tirer les enseignements positifs et négatifs de l'événement afin de promouvoir ou créer des réflexes, des procédures et des références dans une perspective de prévention des risques et d'amélioration des réponses

Ces deux points, le premier sur les aspects à la fois individuel, collectif et organisationnel et le second sur le concept de cumul d'expérience utilisable pour améliorer le fonctionnement d'un système, résonnent avec la démarche du HCSP concernant la maltraitance dans son ensemble.

Le RETEX permet d'articuler l'expérience individuelle, de groupe et institutionnelle. Des RETEX plus nombreux et plus systématiques permettraient notamment de mieux comprendre les ressorts de la coopération et, réciproquement, des silos ou des conflits entre professionnels et entre les nombreuses institutions qui participent dans le champ de la maltraitance et d'identifier des leviers pour améliorer la situation.

De plus, de nombreux articles mettent en avant dans la gestion des maltraitances qu'elles soient individuelles, institutionnelles ou mixtes, le caractère très souhaitable de passer de la culture du blâme à la culture de la qualité (1). La réalisation de RETEX peut être un outil pour évoluer dans cette direction. À l'occasion d'un séminaire de Santé publique France en 2016 [86] il est précisé qu'un RETEX est :

Un espace de dialogue

Un espace d'apprentissage

Un espace de mémorisation

L'utilité de ces RETEX (ou équivalent) est souvent mise en avant à titre d'exemple (non limitatif)

Sur le site du Ministère de la Justice, Séminaire sur la Maltraitance des personnes âgées en octobre 2023 [87] ou concernant le plan contre les violences en milieu carcéral de 2023 [88]

De même l'ONPE les mentionne dans son rapport de 2020²⁴ « ... l'ONPE a notamment exploré l'intérêt des réflexions institutionnelles sur les « drames » et les « échecs » de prise en charge... Ces démarches nouvelles s'inspirent d'expériences de management inclusif et participatif qui peuvent

²⁴ https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_complet.pdf)

aussi intégrer, dans le périmètre des situations analysées, des interventions considérées a contrario comme des « succès » ou « réussites » notables. »

Les RETEX sont aussi mentionnés dans le Plan National de lutte contre les violences faites aux enfants (2023-2027)²⁵ « *Généraliser la pratique des retours d'expérience (RETEX) institutionnels en cas d'infanticide... »* de même que les RETEX en cas de féminicide [89].

On peut considérer que, pour les cas les plus graves, ce dispositif est déjà largement implanté²⁶, le HCSP considère que son élargissement progressif à des situations moins graves (et plus fréquentes) est souhaitable, de même qu'un regroupement territorial aux fins d'analyses (avec au préalable une standardisation minimale).

À noter que pour nombre d'organisations, le retour d'expérience apparaît comme une charge supplémentaire exigeant des disponibilités, des compétences dont elles ne disposent pas nécessairement (2). Généraliser les recours aux RETEX doit donc s'accompagner d'une réflexion sur les moyens de les réaliser dans de bonnes conditions et sur l'acculturation des cadres et managers.

Ce point a été souligné par exemple par le HCFEA en 2019 [90] « Proposition n° 4 : Structurer le temps professionnel en y insérant, de manière obligatoire en établissement médico-social, les espaces d'interrogation des pratiques (supervision, analyse des pratiques) » [91], [92].

5.3 La recherche

L'analyse des publications scientifiques sur la maltraitance montre un retard de la France sur dans la recherche sur la maltraitance (cf. fiche bibliométrie n° 1). Il est saisissant de lire sur une page web officielle publique répertoriant les sites et sources utiles sur la maltraitance [93] que la seule référence à la recherche qui y est donnée est celle de la chaire de recherche sur la maltraitance envers les aînés dirigée par le Pr **Marie Beaulieu à l'Université de Sherbrooke au Québec**.

Dans sa note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, la CNPBLM [94] soulignait que la maltraitance est un phénomène complexe, structurellement difficile à mettre en lumière, échappant largement aux regards [95] nonobstant quelques affaires médiatisées. Elle soulignait, dans ses points 26 et 27 que « *au-delà de la première explication évidente, à savoir la dissimulation de la part de ceux qui en sont responsables, plusieurs phénomènes concourent à ce qu'on passe “à côté” de la maltraitance sans la voir. Le premier phénomène est sans doute l'insuffisante compréhension, par les personnes extérieures de ce qu'est, du point de vue de celui qui en a besoin, une situation d'aide à l'autonomie* ». La commission rappelait également la nécessité de « faire un sujet d'étude en soi », de la complexité de la maltraitance [95], et de la nécessité de disposer, sur les actes et les situations de maltraitance de données plus précises, plus systématiques et plus aisément comparables[95]. Enfin, elle rappelait qu'un travail de fond devait être assuré sur les concepts « car c'est par l'analyse conceptuelle qu'on fonde les bonnes nomenclatures descriptives, et ce sont les bonnes nomenclatures descriptives qui sont la base de bons observatoires » [95].

²⁵<https://www.gouvernement.fr/upload/media/content/0001/07/13e7d1dccfab47bdf774e59678fb7cdb4c968a25.pdf>

²⁶ Boîte à outil du Ministère de la Justice en cas d'homicide sur mineur dans le cadre de la famille ou d'institution

<https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/bo/2023/20230331/JUSD2308092C-annexe.pdf>

Il paraît donc nécessaire, voire urgent, de faire progresser les connaissances sur la maltraitance en menant des travaux de recherche disciplinaires et pluridisciplinaires, théoriques, empiriques, évaluatifs, interventionnels ou translationnels utilisant des méthodes et épistémologies variées, de développer des partenariats entre les chercheurs et les différentes parties prenantes, y compris les médias par des appels à projets de recherche nationaux ou locaux.

La progression des connaissances et de la recherche ne va pas sans l'éthique et l'encadrement juridique de ces activités. Il a été observé dans des recherches portant sur des sujets sensibles (ex. : la rédaction des directives anticipées, le don d'organe et le refus, l'exclusion...) que l'examen des protocoles par des personnes insuffisamment formées à l'éthique et menant une analyse profane pouvait être un frein, voire un obstacle à la réalisation de certaines recherches (ref?). Il en va de même pour une application du droit purement procédurale ou *in abstracto*, détachée des réalités de terrain et des réalités du temps de la recherche. En effet, souvent, les chercheurs se battent contre le temps. Le temps nécessaire à l'obtention des autorisations légales et réglementaires (ces démarches ne pouvant être effectuées qu'une fois les financements obtenus pour ne pas saturer les comités d'éthique de la recherche ou comités de protection des personnes de projets qui ne verront jamais le jour faute de financement), le temps nécessaire au réexamen, par chaque délégué à la protection des données de chaque institution participant à la recherche pour inscription des traitements de données à son registre, le temps nécessaire à l'obtention des signatures des contrats de consortiums ou conventions inter-établissements. Ces démarches peuvent parfois prendre deux ans. Deux années pendant lesquelles les recherches ne peuvent pas être mises en place. La lutte contre le temps n'est pas pour autant terminée puisqu'une fois la recherche menée, le chercheur doit valoriser ses résultats. Il est alors confronté au temps des éditeurs.

Ce temps est manifestement incompatible avec les conventions de financement de 3 ans et il serait important que l'ensemble des dispositifs de financements tiennent compte de ces réalités. De même, les recherches portant sur les parcours doivent pouvoir trouver des financements prenant en compte les réalités de terrain.

Depuis la rédaction du Code de Nuremberg [96] et de la Déclaration d'Helsinki [97], l'éthique de la recherche, ensemble son encadrement juridique [98], veille à protéger les personnes vulnérables et les personnes en situation de vulnérabilité. S'il est compréhensible que le droit protège les personnes qui se prêtent à la recherche, il est indispensable de s'interroger sur le sens de la protection et de veiller à ce qu'une protection trop stricte ne se révèle finalement pas péjorative pour le groupe protégé. C'est dans ce sens que la déclaration d'Helsinki précise en son article 20 « La recherche médicale impliquant un groupe vulnérable se justifie uniquement si elle répond aux besoins ou aux priorités sanitaires de ce groupe et qu'elle ne peut être effectuée sur un groupe non vulnérable. En outre, ce groupe devrait bénéficier des connaissances, des pratiques ou interventions qui en résultent ». Nous ajoutons que l'article 2 de ladite déclaration précise que « conformément au mandat de l'Association Médicale Mondiale (AMM), cette Déclaration s'adresse en priorité aux médecins. L'AMM invite cependant les autres personnes engagées dans la recherche médicale impliquant des êtres humains à adopter ces principes ». Gageons que ces principes peuvent également être adoptés dans la recherche en santé.

Références

1. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights. 2014. Disponible sur: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
2. Fédération nationale Solidarité Femmes. LE 3919 EN 2021 FAITS MARQUANTS ET CONSTATS ALARMANTS [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidaritefemmes.org/wp-content/uploads/2023/11/CP-LE-3919-EN-2021.pdf>
3. HAS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
4. HAS. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [Internet]. 2021. Disponible sur: (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf)
5. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
6. JACOB HAMELIN L. LA MALTRAITANCE SPIRITUELLE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES [Internet]. 2022. Disponible sur: https://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2022/09/Hamelin-Lucas-2022_Essai.pdf
7. Projet de loi visant à renforcer la lutte contre les dérives sectaires | vie-publique.fr [Internet]. 2024. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/291820-projet-de-loi-visant-renforcer-la-lutte-contre-les-derives-sectaires>
8. Tréfois A. Le compromis sur la loi « sectes et maltraitance »: clivages et pratiques parlementaires en période d'affaires courantes. 12 oct 2011; Disponible sur: https://www.crisp.be/crisp/wp-content/uploads/analyses/2011-10-12_compromis_loi_sectes_maltraitances.pdf
9. Les dimensions de la pauvreté en France : tout est lié, rien n'est figé [Internet]. ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/recherche-france-sur-les-dimensions-de-la-pauvrete/>
10. Cleary M, Thapa DK, West S, Westman M, Kornhaber R. Animal abuse in the context of adult intimate partner violence: A systematic review. Aggress Violent Behav. 1 nov 2021;61:101676.
11. Mota-Rojas D, Monsalve S, Lezama-García K, Mora-Medina P, Domínguez-Oliva A, Ramírez-Necoechea R, et al. Animal Abuse as an Indicator of Domestic Violence: One Health, One Welfare Approach. Anim Open Access J MDPI. 10 avr 2022;12(8):977.
12. Tabet C, Dupuis-Gauthier C, Schmidt P, Maerten-Lesot B, Porez S, Delion P, et al. Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. Devenir. 2009;21(4):205-44.
13. Gwenaëlle P, Loison-Leruste M. 1. « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection ». Déviance Société. 5 avr 2019;43.
14. Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/

15. Numérique.gouv.fr D. Resana, plateforme collaborative de l'État pour vos groupes de travail [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.numerique.gouv.fr/outils-agents/resana/>
16. française A. maltraitance | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. Disponible sur: http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9_0208
17. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. MALTRAITER : Etymologie de MALTRAITER [Internet]. Ortolang Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/maltraiter>
18. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. MAL : Définition de MAL [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/mal>
19. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. TRAITER : Définition de TRAITER [Internet]. Ortolang Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/traiter>
20. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. SOUMETTRE : Définition de SOUMETTRE [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/soumettre>
21. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. PRESCRIVANT : Définition de PRESCRIVANT [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/prescrivant>
22. CASF CI: M. Article L119-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045135272
23. Casagrande A. 2022 - Définition de la maltraitance / Conférence nationale de consensus sur la maltraitance [Internet]. Fédération Nationale des Mandataires Judiciaire Indépendants à la Protection des Majeurs. Disponible sur: <https://www.fnmji.fr/la-fnmji/la-fnmji-qui-est-elle/actions-de-la-fnmji/nos-contributions/4997-2022-definition-de-la-maltraitance-conference-nationale-de-consensus-sur-la-maltraitance>
24. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance G. vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf [Internet]. 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf
25. Règlement (UE) No 376/•2014 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL - du 3 avril 2014 - concernant les comptes rendus, l'analyse et le suivi d'événements dans l'aviation civile, modifiant le règlement (UE) no 996/2010 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 2003/42/CE du Parlement européen et du Conseil et les règlements de la Commission (CE) no 1321/2007 et (CE) no 1330/2007 -. J Off Union Eur [Internet]. 24 févr 2014; Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0376&from=RO>
26. Ministère des Solidarité et des Famille. Rapport de la Concertation • États Généraux des Maltraitances. oct 2023; Disponible sur: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Rapport%20Etats%20g%C3%A9n%C3%A9raux%20des%20maltraitances_oct2023_accessible.pdf
27. Welzer-Lang D, Rodriguez F. Les principes républicains bafoués par la préfecture de Toulouse, Une maltraitance institutionnalisée, Rapport de l'Observatoire de l'accueil des

étranger-e-s à la préfecture de Toulouse [Internet]. LISST-CERS ; Ligue des droits de l'Homme ; CNRS; 2017 p. 58. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01495488>

28. Commission nationale consultative des droits de l'homme. CNCDH [Internet]. Institution française de promotion et de protection des droits de l'homme. Disponible sur: <https://www.cncdh.fr/publications>
29. Choukroun A. Olivier Borraz (dir.), La société des organisations. Quaderni. 2023;108(1):125-30.
30. d'État LC. L'usager, du premier au dernier kilomètre : un enjeu d'efficacité de l'action publique et une exigence démocratique [Internet]. Conseil d'État. 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-etat.fr/actualites/le-dernier-kilometre-des-politiques-publiques-nouveau-cycle-annuel-de-conferences-du-conseil-d-etat-et-sujet-de-l-etude-annuelle-2023>
31. Vialan D. Martha Nussbaum, Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? Lectures [Internet]. 22 oct 2012; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/9575>
32. Maydell E. 'It just seemed like your normal domestic violence': ethnic stereotypes in print media coverage of child abuse in New Zealand. Media Cult Soc. 1 juill 2018;40(5):707-24..
33. Gonzalez L, Rodriguez-Planas N. Gender norms and intimate partner violence. J Econ Behav Organ. 2020;178(C):223-48.
34. Wadji DL, Oe M, Cheng P, Bartoli E, Martin-Soelch C, Pfaltz MC, et al. Associations between experiences of childhood maltreatment and perceived acceptability of child maltreatment: A cross-cultural and exploratory study. Child Abuse Negl. sept 2023;143:106270.
35. Ehret S, Constantino SM, Weber EU, Efferson C, Vogt S. Group identities can undermine social tipping after intervention. Nat Hum Behav. déc 2022;6(12):1669-79.
36. afernand67. Changing cultural and social norms that support violence [Internet]. 2009. Disponible sur: [//www.unodc.org](http://www.unodc.org)
37. World Health Organization. Violence prevention, the evidence Changing cultural and social norms that support violence [Internet]. 2009. Report No.: 44147. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44147/?sequence=1>
38. Efferson C, Vogt S, Fehr E. The promise and the peril of using social influence to reverse harmful traditions. Nat Hum Behav. janv 2020;4(1):55-68.
39. Cultural evolutionary behavioural science in public policy, Robin Schimmelpfennig, Michael Muthukrishna. cultural-evolutionary-behavioural-science-in-public-policy.pdf [Internet]. Published online by Cambridge University Press; 2023. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/809A4977FB8DF393BD84221DAAE86E08/S2398063X22000409a.pdf/cultural-evolutionary-behavioural-science-in-public-policy.pdf>
40. Köbis N, Bonnefon JF, Rahwan I. Bad machines corrupt good morals. Nat Hum Behav. juin 2021;5(6):679-85.
41. L'intersectionnalité, de quoi parle-t-on ? [Internet]. Observatoire sur la réussite en enseignement supérieur. 2023. Disponible sur: <https://oresquebec.ca/article-de-dossiers/notions-cles/lintersectionnalite-de-quoi-parle-t-on/>

42. Elizabeth Harper and Lyne Kurtzman. Intersectionnalité : regards théoriques et usages en recherche et en intervention féministes [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.erudit.org/en/journals/nps/2014-v26-n2-nps01770/1029259ar.pdf>
43. ASE et handicap : trois leviers pour mieux coopérer [Internet]. 2023. Disponible sur: <http://www.ash.tm.fr/protection-de-l'enfance-et-handicap-trois-leviers-pour-mieux-cooperer-844615.php/?latest>
44. Ashburn-Nardo L, Blanchard JC, Petersson J, Morris KA, Goodwin SA. Do You Say Something When It's Your Boss? The Role of Perpetrator Power in Prejudice Confrontation. *J Soc Issues*. 2014;70(4):615-36.
45. Szekeres H, Halperin E, Kende A, Saguy T. Endorsing negative intergroup attitudes to justify failure to confront prejudice. 20 sept 2022;
46. Nickerson AB, Aloe AM, Livingston JA, Feeley TH. Measurement of the bystander intervention model for bullying and sexual harassment. *J Adolesc*. juin 2014;37(4):391-400.
47. Benjamin J. Drury and Cheryl R. Kaiser*. Allies against sexism 2014.pdf [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://xyonline.net/sites/xyonline.net/files/Drury%2C%20Allies%20against%20sexism%202014.pdf>
48. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
49. World Health Organization. WORLD HEALTH ORGANIZATION VIOLENCE PREVENTION UNIT : Approach, Objectives and Activities, 2022-2026 [Internet]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3
50. Gilligan J. Violence in public health and preventive medicine. *The Lancet*. 20 mai 2000;355(9217):1802-4.
51. Violence Prevention Home Page [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/index.html>
52. Santé publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/publications/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
53. APHA American Public Health Association. What is public health? [Internet]. Disponible sur: <https://www.apha.org/what-is-public-health>
54. Santé publique France. A propos [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/A-propos>
55. by Michael Marmot, Peter Goldblatt, Jessica Allen , et al. Fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
56. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Les populations concernées et leur recensement [Internet]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/les-populations-concernees-et-leur-recensement>

57. HCSP. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=627>
58. HCSP. Avis relatif à l'évaluation d'impact des avis et rapports du HCSP sur les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1214>
59. Publication des résultats d'une enquête du CREDOC sur la perception des maltraitances par les Français | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/publication-des-resultats-dune-enquete-du-credoc-sur-la-perception-des-maltraitances-par-les>
60. Berman P. The study of macro- and micro-implementation. *Public Policy*. 1978;26(2):157-84.
61. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, Gregg EW, Panter J, Siegel KR, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. 1 févr 2020;74(2):203-8.
62. Broca S. Hartmut Rosa, Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive. *Lectures* [Internet]. 21 mai 2012; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/8447>
63. Cummings CL, Rosenthal S, Kong WY. Secondary Risk Theory: Validation of a Novel Model of Protection Motivation. *Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal*. janv 2021;41(1):204-20.
64. Greenhalgh T. Will COVID-19 be evidence-based medicine's nemesis? *PLoS Med*. juin 2020;17(6):e1003266.
65. Glidden DV, Mehrotra ML, Dunn DT, Geng EH. Mosaic effectiveness: measuring the impact of novel PrEP methods. *Lancet HIV*. nov 2019;6(11):e800-6.
66. Blumenthal D, Lurie N. A Critical Opportunity to Improve Public Health Data. *N Engl J Med*. 27 juill 2023;389(4):289-91.
67. Grand Rendez-vous de l'IReSP 2024 [Internet]. Disponible sur: <https://evenium-site.com/site/grand-rendez-vous-de-liresp-2024/inscription;jsessionid=RwUI30FuzgPrFkVryNqPjGxy.gI3?pg=inscription>
68. Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. *BMJ*. 13 avr 2002;324(7342):923.
69. Hoeyer K, Bauer S, Pickersgill M. Datafication and accountability in public health: Introduction to a special issue. *Soc Stud Sci*. août 2019;49(4):459-75.
70. Foucault M. Naissance de la clinique | PUF [Internet]. PUF. 1963. Disponible sur: <https://www.puf.com/naissance-de-la-clinique>
71. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn*. 1995;17(3):393-404.
72. Un capitalisme de surveillance. *Études*. 2021;Février(2):57-66.

73. Ball K. Surveillance Society: Monitoring Everyday Life 2001 David Lyon. Surveillance Society: Monitoring Everyday Life . Buckingham: Open University Press 2001. 200 pp., ISBN: 0335205461 £15.99. Inf Technol People. 1 déc 2001;14:406-19.
74. Sanquist TF, Mahy H, Morris F. An exploratory risk perception study of attitudes toward homeland security systems. Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal. août 2008;28(4):1125-33.
75. Clothier RA, Greer DA, Greer DG, Mehta AM. Risk Perception and the Public Acceptance of Drones. Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal. juin 2015;35(6):1167-83.
76. Dillon RL, Lester G, John RS, Tinsley CH. Differentiating conflicts in beliefs versus value tradeoffs in the domestic intelligence policy debate. Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal. avr 2012;32(4):713-28.
77. Democracy by Disclosure [Internet]. Brookings. Disponible sur: <https://www.brookings.edu/books/democracy-by-disclosure/>
78. KORZYBSKI A. Une carte n'est pas le territoire: Prolégomènes aux systèmes non-aristotéliciens et à la sémantique générale. L'Eclat; 2013. 126 p.
79. Nguyen C. Transparency is Surveillance. Philos Phenomenol Res. 1 août 2021;105.
80. Goble R, Bier V, Renn O. Two Types of Vigilance Are Essential to Effective Hazard Management: Maintaining Both Together Is Difficult. Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal. sept 2018;38(9):1795-801.
81. Centre de ressources et de preuves sur la prévention de la perte d'autonomie [Internet]. CNSA. 2023. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/centre-de-ressources-et-de-preuves-sur-la-prevention-de-la-perte-dautonomie>
82. Interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
83. OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. OSCARS. Disponible sur: <https://www.oscarseante.org/>
84. Etudes et recherches | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. ONPE. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/etudes-et-recherches>
85. Direction générale de la santé D des situations d'urgence sanitaire (Desus). Méthodologie de retour d'expérience [Internet]. 2007. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retour_experience.pdf
86. Santé publique France. POURQUOI, QUAND ET COMMENT ORGANISER UN RETOUR D'EXPÉRIENCE [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2016/06/PRES_RETEX.pdf
87. de la Justice M. Séminaire sur la maltraitance des personnes âgées [Internet]. Cour d'appel d'Orléans. Disponible sur: <https://www.cours-appel.justice.fr/orleans/seminaire-sur-la-maltraitance-des-personnes-agees>
88. de la justice M. Un plan contre les violences en milieu pénitentiaire | Ministère de la justice [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/plan-contre-violences-milieu-penitentiaire>

89. Ministère chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Egalité des chances. Violences faites aux femmes, Le Gouvernement s'engage [Internet]. 2020 nov [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020/11/DP_Violence-faites-aux-femmes_30.11.2020.pdf
90. HCFEA, CNCPH. Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie [Internet]. 2019 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-10/note-dorientation.pdf>
91. Lachman P, Bernard C. Moving from blame to quality: how to respond to failures in child protective services. *Child Abuse Negl.* sept 2006;30(9):963-8.
92. Claude Gilbert. Retours d'expérience : le poids des contraintes [Internet]. Annales des Mines; 2001. Disponible sur: <https://annales.org/site/re/2001/re04-2001/gilbert09-24.pdf>
93. du Travail, de la Santé et des Solidarités M. Sites et ressources utiles contre la maltraitance | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/sites-et-ressources-utiles-contre-la-maltraitance>
94. Article L421-4 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043520153/
95. Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/note-dorientation-pour-une-action-globale-dappui-la-bientraitance-dans-laide-lautonomie>
96. Amiel P, Vialla F. La vérité perdue du "code de Nuremberg" : réception et déformations du "code de Nuremberg" en France. *RDSS Rev Droit Sanit Soc.* 2009;(4):673-87.
97. WMA - The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de L'AMM [Internet]. Disponible sur: www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etes-humains/
98. Dalloz. Code de la santé publique - Art. L. 1121-5 (L. no 2004-806 du 9 août 2004, art. 88-VI) | Dalloz [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.dalloz.fr/documentation/Document>
99. Inserm. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. Disponible sur: <https://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>
100. CISMeF. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; Disponible sur: <https://www.hetop.eu/hetop/>
101. ISTEK [Internet]. Istex. Disponible sur: <https://www.istek.fr/services-recherche/>
102. Enfance protégée F. 119 Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger [Internet]. 119 Allo Enfance en Danger. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/>
103. Santé publique France. Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014 [Internet]. Santé publique France; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/estimation-de-la-prevalence-des-enfants-de->

moins-d-un-an-hospitalises-en-france-pour-maltraitance-physique-sur-la-periode-2007-2014

104. CIIVISE. Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit [Internet]. 2023 nov. Report No.: 291833_0.pdf. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
105. ONPE. La santé des enfants protégés Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement, Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance, ONPE [Internet]. La documentation Française; 2022. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf
106. HCFEA. La France devant le Comité des droits de l'enfant des Nations unies, 2009-2023. Quinze ans de mobilisation vers une prise de conscience institutionnelle [Internet]. 2023 nov. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcfea_rapportdde2023_vf_0.pdf
107. Stop au harcèlement à l'école [Internet]. info.gouv.fr. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/stop-au-harcelement-a-lecole>
108. Entre les Femmes et les Hommes HC à l'Egalité. Avis sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun [Internet]. HCE,fh; 2015. Disponible sur: https://haut-conseil-equalite.gouv.fr/IMG/pdf/hcefh_avis_harcelement_2015-04-16-vio-16.pdf
109. Marsollier, É., Meriaux-Scoffier, S., & Amiot, S. Violence en sport [Internet]. www.elsevier.com. 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/violence-en-sport>
110. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. Child Abuse Negl. nov 1999;23(11):1019-40.
111. National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America [Internet]. Bonnie RJ, Wallace RB, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003 [cité 8 avr 2024]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98802/>
112. Petersen K, Davis RC, Weisburd D, Taylor B. Effects of second responder programs on repeat incidents of family abuse: An updated systematic review and meta-analysis. Campbell Syst Rev. mars 2022;18(1):e1217.
113. Wilson DB, Feder L, Olaghene A. Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence: An updated Campbell systematic review. Campbell Syst Rev. mars 2021;17(1):e1151.
114. The Ecology of Human Development [Internet]. Harvard University Press. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674224575>
115. Wilcox P. An ecological approach to understanding youth smoking trajectories: problems and prospects. Addict Abingdon Engl. mai 2003;98 Suppl 1:57-77.
116. Linstead S, Marechal G, Griffin R. Theorizing and Researching the Dark Side of Organization. Organ Stud. 1 févr 2014;35:165-88.

117. Gabbioneta C, Clemente M, Greenwood R. Introduction: Organizational Wrongdoing as the “Foundational” Grand Challenge: Consequences and Impact. In: Gabbioneta C, Clemente M, Greenwood R, éditeurs. *Organizational Wrongdoing as the “Foundational” Grand Challenge: Consequences and Impact* [Internet]. Emerald Publishing Limited; 2023 [cité 8 avr 2024]. p. 1-10. (Research in the Sociology of Organizations; vol. 85). Disponible sur: <https://doi.org/10.1108/S0733-558X20230000085001>
118. Acts of Omission: An Overview of Child Neglect. Disponible sur: This material may be freely reproduced and distributed. However, when doing so, please credit Child Welfare Information Gateway. This publication is available online at <https://www.childwelfare.gov/pubs/focus/acts/>.
119. Pernel AS, GLOANEC NG. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans. *EMC Psychiatr.* 2022;((189)):1-15 [37-208-A-85].
120. Risk And Protective Factors For Child Neglect During Early Childhood: A Cross-Study Comparison | Future of Families and Child Wellbeing Study [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://ffcws.princeton.edu/publications/risk-and-protective-factors-child-neglect-during-early-childhood-cross-study>
121. Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. & St-Martin, K. Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. & St-Martin, K. (2022). La maltraitance envers les personnes âgées. Dans Lussier, D. & Massoud, F. (Eds). *Précis pratique de gériatrie* (p. 1013-1038). 4e édition. Edisem. [Internet]. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://maltraitancedesaines.com/realisations/beaulieu-m-cadieux-genesse-j-st-martin-k-2022-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-dans-lussier-d-massoud-f-eds-précis-pratique-de-geriatrie-p-1013-1038-4e-edition-ed/>
122. Drees. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-handicapees-sont-plus-souvent-victimes-de-violences>
123. Prunas A, Bandini E, Fisher AD, Maggi M, Pace V, Quagliarella L, et al. Experiences of Discrimination, Harassment, and Violence in a Sample of Italian Transsexuals Who Have Undergone Sex-Reassignment Surgery. *J Interpers Violence.* juill 2018;33(14):2225-40.
124. Byrne G. Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. *J Intellect Disabil Res.* sept 2018;22(3):294-310.
125. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2018 mai [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/démarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l'enfant-en-protection-de-l'enfance>
126. Défenseur des droits. *Les_droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad_20210505.pdf* [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport_droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad_20210505.pdf
127. Turkieltaub S. La violence dans les Établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) ; l'échec de l'éducatif en prison ;? Violence Dans Établ Pénit Pour Mineurs EPMnbsp; Léchec Léducatif En Prison [Internet]. 2011 [cité 30 mars 2024]; Disponible sur: https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/CAIRN/_b64_b2FpLWNhaXJuLmluZm8tSkR

KXzMwNI8wMDUw/la-violence-dans-les-etablissements-penitentiaires-pour-mineurs-epm-nnbsp-l-echec-de-l-educatif-en-pr

128. Ministère de la Justice. Un plan contre les violences en milieu pénitentiaire | Ministère de la justice [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/plan-contre-violences-milieu-penitentiaire>
129. Stirling AE. Definition and constituents of maltreatment in sport: establishing a conceptual framework for research practitioners. *Br J Sports Med.* déc 2009;43(14):1091-9.
130. Rapport - Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-suivi-des-recommandations-du-rapport-sur-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-261>
131. Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 9 avr 2018;190(14):E422-9.
132. Sturdy S, Miller F, Hogarth S, Armstrong N, Chakraborty P, Cressman C, et al. Half a Century of Wilson & Jungner: Reflections on the Governance of Population Screening. *Wellcome Open Res.* 17 août 2020;5:158.
133. Platts-Mills TF, Encarnacion JA, Bin Shams R, Hurka-Richardson K, Rosen T, Cannell B. Reliability of the longitudinal experts all data (LEAD) methodology for determining the presence of elder mistreatment. *J Elder Abuse Negl.* 2021;33(5):385-97.
134. Assurance maladie. Dépistage des IST [Internet]. Ameli.fr. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/depistage>
135. Barth J, Boer WEL de, Busse JW, Hoving JL, Kedzia S, Couban R, et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ.* 25 janv 2017;356:j14.
136. Buesser KE, Leventhal JM, Gaither JR, Tate V, Cooperman DR, Moles RL, et al. Inter-rater reliability of physical abuse determinations in young children with fractures. *Child Abuse Negl.* oct 2017;72:140-6.
137. Starling SP, Frasier LD, Jarvis K, McDonald A. Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse Negl.* juill 2013;37(7):456-64.
138. Vargen LM, Jackson KJ, Hart SD. Interrater reliability, concurrent validity, and predictive validity of the risk for sexual violence protocol. *Law Hum Behav.* 2020;44(1):37-50.
139. Rutjes AWS, Reitsma JB, Coomarasamy A, Khan KS, Bossuyt PMM. Evaluation of diagnostic tests when there is no gold standard. A review of methods. *Health Technol Assess Winch Engl.* déc 2007;11(50):iii, ix-51.
140. Umemneku Chikere CM, Wilson K, Graziadio S, Vale L, Allen AJ. Diagnostic test evaluation methodology: A systematic review of methods employed to evaluate diagnostic tests in the absence of gold standard - An update. *PloS One.* 2019;14(10):e0223832.
141. Sangwan SR, Bhatia MPS. Soft computing for abuse detection using cyber-physical and social big data in cognitive smart cities. *Expert Syst.* 2022;39(5):e12766.

142. Karmakar A, Ganguly K, Ghosh P, Mazumder A, Banerjee P, De D. FemmeBand: a novel IoT application of smart security band implemented using electromyographic sensors based on wireless body area networks. *Innov Syst Softw Eng.* 25 sept 2022;
143. Bier N, Rialle V, Djellal A, Jean M, Brissonneau C, Williams-Jones B. La personne âgée « assistée technologiquement » : quels défis éthiques ? *Can J Bioeth.* 1 janv 2022;5:171.
144. Masson E. Intervenir dès les signalements : analyses victimologiques du protocole interpartenarial de lutte contre les situations de violence conjugale (France) [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1208205/intervenir-des-les-signalements-analyses-victimol>
145. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport - Evaluation des Centres Régionaux du Psychotraumatisme : des besoins considérables, des prises en charge insuffisantes, des moyens dérisoires. - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2023 juill. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-equalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-evaluation-des-centres-regionaux-du-psychotraumatisme-des-besoins>
146. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Qu'en sait-on actuellement en France? *Cah Dyn.* 2015;66(4):17-27.
147. Morrow RH, Bryant JH. Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *Am J Public Health.* oct 1995;85(10):1356-60.
148. CIIVISE. Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/>
149. Peterson C, Florence C, Klevens J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse Negl.* déc 2018;86:178-83.
150. Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaïdis C, McCollister KE, et al. Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. *Am J Prev Med.* oct 2018;55(4):433-44.
151. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* oct 2019;4(10):e517-28.
152. Hardcastle K, Bellis MA, Ford K, Hughes K, Garner J, Ramos Rodriguez G. Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: findings from a retrospective study. *Public Health.* déc 2018;165:106-16.
153. Vveinhardt J, Fominienė VB, Andriukaitienė R. The dark side of sport: managerial bullying and harassment challenges in different types of sports. *J Bus Econ Manag.* 29 sept 2020;21(6):1525-42.
154. Pica E, Hildenbrand A, Vettese A, Stone A, Pozzulo J, Fraser L. Abuse in Sports: The Influence of Victim Gender, Defendant Gender, and Type of Abuse. *J Police Crim Psychol.* 24 oct 2022;
155. Mountjoy M, Brackenridge C, Arrington M, Blauwet C, Carska-Sheppard A, Fasting K, et al. International Olympic Committee consensus statement: harassment and abuse (non-accidental violence) in sport. *Br J Sports Med.* sept 2016;50(17):1019-29.

156. Comité national Olympique et Sportif Français. Lutte contre les violences et les discriminations [Internet]. CNOSF. Disponible sur: <https://cnosf.franceolympique.com/lutte-contre-les-violences-et-les-discriminations>
157. Thomas P, Chau D, Jetelina K. Mental health and help-seeking behavior within the United States technology industry: Investigating workplace support. *J Workplace Behav Health*. 15 févr 2022;37:1-16.
158. Bhattacharjee A, Sarkar A. Abusive supervision: a systematic literature review. *Manag Rev Q*. 15 août 2022;1-34.
159. Qualité d'accueil dans les crèches : Il est urgent qu'un service public de la petite enfance voie le jour [Internet]. Portail CFDT.fr. 2023. Disponible sur: https://www.cfdt.fr/portail/presse/communiques-de-presse/qualite-d'accueil-dans-les-creches-il-est-urgent-qu-un-service-public-de-la-petite-enfance-voie-le-jour-srv2_1307596
160. Le défi de la protection des lanceurs d'alerte [Internet]. Portail CFDT.fr. 2018 [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cfdt.fr/portail/actualites/vie-au-travail/le-defi-de-la-protection-des-lanceurs-d-alerte-srv2_601842
161. Fédération CGT des services publics : Egalité femmes-hommes [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cgtservicespublics.fr/vos-droits/discriminations-droit-de-greve/egalite-femmes-hommes/>
162. Maisons de retraites maltraitantes au nom de la rentabilité | CGT [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cgt.fr/actualites/france/sante/justice/maisons-de-retraites-maltraitantes-au-nom-de-la-rentabilite>
163. Tepper B, Simon L, Park HM. Abusive Supervision. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 23 avr 2017;4.
164. Keashly L, Jagatic K. North american perspectives on bullying at work. *Bullying Harass Workplace Dev Theory Res Pract*. 1 janv 2011;41-71.
165. Fargnoli V, Latina J, Nicole-Berva O, Puig G, éditeurs. Sexisme, LGBTphobie et harcèlement sexuel au sein de la HES-SO Genève: quelles influences sur les parcours professionnels et de formation ? Genève: Haute Ecole de Gestion de Genève; 113 p.
166. Beidas RS, Adams DR, Kratz HE, Jackson K, Berkowitz S, Zinny A, et al. Lessons learned while building a trauma-informed public behavioral health system in the City of Philadelphia. *Eval Program Plann*. déc 2016;59:21-32.
167. Last BS, Johnson C, Dallard N, Fernandez-Marcote S, Zinny A, Jackson K, et al. Implementing trauma-focused cognitive behavioral therapy in Philadelphia: A 10-year evaluation. *Implement Res Pract*. 1 janv 2023;4:26334895231199468.
168. Tanguy D. Ils veulent faire de Marseille une ville non-violente [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.laprovidence.com/article/societe/3253834419706515/ils-veulent-faire-de-marseille-une-ville-non-violente?id=3253834419706515>
169. Barreyre JY. Les Personnes En Situation de Handicap Complexes Avec Altérations des Capacités de Décision, D>Action Et de Communication : Retour Sur la Méthode. *Alter - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap*. 2019;13(3):207-217.
170. Ancet P. Handicap et culture - La culture comme travail de réflexion. *Rencontres*. 13 nov 2019;63-75.

171. Lahire B. 15. Altricialité secondaire : vulnérabilité et dépendance de l'enfant humain. In: Les structures fondamentales des sociétés humaines [Internet]. Paris: La Découverte; 2023 [cité 31 mars 2024]. p. 547-614. (SH / Sciences sociales du vivant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-structures-fondamentales-des-societes-humaines--9782348077616-p-547.htm>
172. ONPE. Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf
173. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. avr 2013;131(4):701-7.
174. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM, Examining Siblings To Recognize Abuse Investigators. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *J Pediatr*. août 2014;165(2):383-388.e1.
175. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child*. févr 2014;99(2):108-13.
176. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child - Educ Pract* [Internet]. 1 oct 2010 [cité 31 mars 2024]; Disponible sur: <https://ep.bmjjournals.org/content/early/2010/10/06/adc.2009.170431>
177. Dorfman MV, Metz JB, Feldman KW, Farris R, Lindberg DM, ExSTRA Investigators. Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse. *Arch Dis Child*. août 2018;103(8):747-52.
178. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
179. Mélissa et les autres - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/melissa-et-les-autres/>
180. Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports. Violences sexuelles intrafamiliales Comprendre, prévenir, repérer et agir [Internet]. [cité 2 avr 2024]. (eduscol.education.fr). Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/document/12583/download>
181. Haute Autorité de Santé. Recommandations et bonne pratique Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez les mineur [Internet]. 2011 mai. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf
182. ONPE, France Enfance Protégée. Appel à projets thématique 2024 les négligences en protection de l'enfance [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/ao/2024.onpe_aapt_.pdf
183. Mascaro R, Duhamel A, Dekens V, Jardri R, Charlet D, Carillo F, et al. Construction et validation d'une échelle d'évaluation des troubles liés à la négligence (N-FIDI : Négligence-besoins fondamentaux, interactions, détresse/enfant). *Devenir*. 5 mai 2021;Vol. 33:113-34.

184. Masson E. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1542475/impact-des-negligences-parentales-chez-l-enfant-de-moins-de-3-ans>
185. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>
186. Effets À Court Et À Long Terme de La Maltraitance Infantile Sur Le Développement de La Personne | PDF | Abus sur mineur | Traumatisme psychologique [Internet]. Scribd. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/622722043/Effets-a-Court-Et-a-Long-Terme-de-La-Maltraitance-Infantile-Sur-Le-Développement-de-La-Personne>
187. Bolter F, Keravel E, Oui A, Schom AC, Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. Rev Polit Soc Fam. 1 janv 2017;124:105-12.
188. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. JAMA. 3 juin 2009;301(21):2252-9.
189. Schaefer JD, Cheng TW, Dunn EC. Sensitive periods in development and risk for psychiatric disorders and related endpoints: a systematic review of child maltreatment findings. Lancet Psychiatry. déc 2022;9(12):978-91.
190. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. août 2017;2(8):e356-66.
191. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous [Internet]. Développement durable. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
192. Vineis P, Avendano-Pabon M, Barros H, Bartley M, Carmeli C, Carra L, et al. Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium. Front Public Health. 12 mai 2020;8:118.
193. Edes AN, Crews DE. Allostatic load and biological anthropology. Am J Phys Anthropol. janv 2017;162 Suppl 63:44-70.
194. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. Arch Intern Med. 27 sept 1993;153(18):2093-101.
195. Benarous X, Cohen D. Rôle des mécanismes épigénétiques dans le développement et la transmission des traumas psychiques [Internet]. 2020 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://mabm.toulouse-metropole.fr/Default/doc/CAIRN/eae539ceffa33b5516379e9406fdbf03/role-des-mecanismes-epigenetiques-dans-le-developpement-et-la-transmission-des-traumas-psychiques>
196. SPF. Paroles d'experts. Regards croisés sur la conduite de recherches sur la maltraitance intrafamiliale envers les enfants et les adolescents - 30-31 mars 2023 [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/paroles-d-experts-regards-croises-sur-la-conduite-de-recherches-sur-la-maltraitance-intrafamiliale-envers-les-enfants-et-les-adolescents-30-31-m>

197. Centers for Disease Control and Prevention | National Center for Injury Prevention and Control | www.cdc.gov/violenceprevention. ELDER ABUSE SURVEILLANCE: UNIFORM DEFINITIONS AND RECOMMENDED CORE DATA ELEMENTS [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ea_book_revised_2016.pdf
198. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. févr 2017;5(2):e147-56.
199. Dong X. Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator? J Am Geriatr Soc. août 2015;63(8):1686-8.
200. Beach SR, Carpenter CR, Rosen T, Sharps P, Gelles R. Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. J Elder Abuse Negl. 2016;28(4-5):185-216.
201. Johannessen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing. mai 2013;42(3):292-8.
202. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. Aggress Violent Behav. 2020;50.
203. Schofield M. Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness. In: Elder Abuse: Research, Practice and Policy. 2017. p. 161-99.
204. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. Clin Interv Aging. 2020;15:1793-807.
205. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. « Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help »: Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. The Gerontologist. 2 avr 2020;60(3):472-82.
206. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. Lancet Lond Engl. 2 oct 2004;364(9441):1263-72.
207. Naderi Z, Gholamzadeh S, Ebadi A, Zarshenas L. Development and psychometric properties of the hospitalized elder abuse questionnaire (HEAQ): a mixed methods study. BMC Geriatr. 30 août 2022;22(1):715.
208. Mikton C, Beaulieu M, Yon Y, Cadieux Genesse J, St-Martin K, Byrne M, et al. PROTOCOL: Global elder abuse: A mega-map of systematic reviews on prevalence, consequences, risk and protective factors and interventions. Campbell Syst Rev. 27 avr 2022;18(2):e1227
209. Conner T, Prokhorov A, Page C, Fang Y, Xiao Y, Post LA. Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: evidence from structural equation modeling. J Interpers Violence. janv 2011;26(1):21-33.
210. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. J Am Geriatr Soc. mai 2013;61(5):679-85.
211. Beaulieu M, Leboeuf R, Crête R. La maltraitance matérielle ou financière des personnes âgées : un état des connaissances. In 2014. p. 3-122.
212. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui ACYS, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. Gerontology. 2015;62(1):71-80.

213. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* oct 2013;21(10):1020-8.
214. Ministère de l'intérieur. Panorama des violences en France métropolitaine : enquête Genese 2021 [Internet]. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>
215. Maryse Jaspard et l'équipe Enveff. Population et Sociétés ; Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Population et Sociétés. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
216. European Commission. Gender equality strategy - European Commission [Internet]. Gender equality strategy. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en
217. Docteur Jean-Christophe MASSERON, Président SOS Médecins France, Madame Nathalie NION, Cadre Supérieure de Santé, APHP. Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf
218. Inégalités femmes-hommes à l'hôpital : des discriminations professionnelles toujours trop fréquentes et des violences sexistes banalisées | Ipsos [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/inegalites-femmes-hommes-lhopital-des-discriminations-professionnelles-toujours-trop-frequentes-et>
219. SanteMentale. Les managers de santé face aux comportements sexistes [Internet]. Santé Mentale. 2021 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/09/les-managers-de-sante-face-aux-comportements-sexistes/>
220. Poulin-Grégoire D, Martin P. [Effects of vertical violence on the work of nurses in hospital settings: An exploratory study]. *Rech Soins Infirm.* 2023;151(4):30-42.
221. Comité consultatif national d'Etique pour les sciences de la vie et de la Santé. Avis 142 Finalisé.pdf - Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
222. Lorriaux A. On apprend encore aux futurs gynécos à toucher les patientes endormies sans leur consentement [Internet]. Slate.fr. 2018 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/170400/gynecologues-probleme-consentement-apprentissage-externes-medecine-touchers-vaginaux-rectaux>
223. Gouvernement. OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - Plateforme des pétitions de l'Assemblée nationale [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/1357>
224. Danielle BOUSQUET, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Geneviève COURAUD, rapporteure, Margaux COLLET, co-rapporteure, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et

obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme [Internet]. 2018 juin. Report No.: Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

225. Santé Publique Catalogue en ligne IREPS ORS Pays de la Loire - revue Santé publique Volume 33/N°5 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=8
226. GAMS. Excision [Internet]. Fédération GAMS. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://federationgams.org/excision-2/>
227. ARS Ile de France. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap : un programme d'actions déployé en Ile-de-France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>
228. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. Sante Publique Vandoeuvre–Nancy Fr. 2022;33(5):629-34.
229. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
230. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Mortalité maternelle en France : accomplissements, inégalités, et défis à relever - BEH. 14 mars 2023;(N° 3-4). Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html
231. Costs of gender-based violence in the European Union | European Institute for Gender Equality [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://eige.europa.eu/gender-based-violence/costs-of-gender-based-violence?language_content_entity=en
232. Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-parallele-du-defenseur-des-droits-dans-le-cadre-de-l-examen-du-rapport-initial-de-la-france>
233. La perception de la maltraitance par les Français [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/la-perception-de-la-maltraitance-par-les-francais>
234. Ministère des Solidarités et de la Famille. Etats généraux des maltraitances - Rapport de la concertation [Internet]. 2023 oct. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/291332.pdf>
235. Espinet-Najib V, Belio C. Classification des handicaps : enjeux et controverses. Hermès Rev. 2013;66(2):104-10.
236. Handifaction - Le baromètre de l'accès aux soins du handicap [Internet]. Handifaction. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/>
237. Oosterhoorn R, Kendrick A. No sign of harm: Issues for disabled children communicating about abuse. Child Abuse Rev. 1 juill 2001;10:243-53.

238. Ravaud JF. [Definition, classification and epidemiology of disability]. Rev Prat. 20 oct 2009;59(8):1067-74.
239. Conférence nationale du handicap 2023 | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/conference-nationale-du-handicap-2023-lessentiel-retenir>
240. CNSA. Affirmer la citoyenneté de tous -Construire ensemble les politiques qui nous concernent [Internet]. 2013. Report No.: CNSA RAPPORT 2013 34. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/affirmer_la_citoyennete_de_tous_2013.pdf
241. Handicap : pour une société inclusive [Internet]. info.gouv.fr. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/handicap-pour-une-societe-inclusive>
242. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le handicap en chiffres [Internet]. DREES; 2023 Edition [cité 2 avr 2024]. (Panorama de la Drees Social). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>
243. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats - En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapées, en 2021 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1254.pdf>
244. Wang HL. The Census Bureau is dropping a controversial proposal to change disability statistics. NPR [Internet]. 6 févr 2024 [cité 2 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.npr.org/2024/02/06/1229547255/census-bureau-survey-disabled-people-with-disabilities>
245. Hendry G, Wilson C, Orr M, Scullion R. « I Just Stay in the House So I Don't Need to Explain »: A Qualitative Investigation of Persons with Invisible Disabilities. Disabilities. mars 2022;2(1):145-63.
246. Handicap & Fin de vie : les réflexions du Collectif Handicaps [Internet]. Collectif Handicaps. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.collectifhandicaps.fr/publications/handicap-fin-de-vie-les-reflexions-du-collectif-handicaps/>
247. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. Lancet Reg Health Eur. nov 2023;34:100731.
248. Philippe Faucher, Danielle Hassoun, Thelma Linet. Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT | Livre | 9782294778162 [Internet]. Editeur : Elsevier Masson |; 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/sante-sexuelle-et-reproductive-des-personnes-lgbt-9782294778162.html>
249. Santé LGBT. Les Minorités De Genre Et De Sexualité Face Aux Soins – Le Bord de l'Eau [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsbdl.com/produit/sante-lgbt-les-minorites-de-genre-et-de-sexualite-face-aux-soins/>
250. Ministère de l'intérieur. Info rapide n°25 Les atteintes anti LGBT enregistrées par les forces de sécurité augmentent légèrement en 2022 [Internet]. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-25-Les-atteintes-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite-augmentent-legerement-en-2022>. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-25-Les-atteintes-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite-augmentent-legerement-en-2022>

251. La CGT dénonce une « maltraitance institutionnelle » au CHU de Nantes [Internet]. www.20minutes.fr. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/4001673-20220920-cgt-denonce-maltraitance-chu-nantes-envers-patients-soignants>
252. à 07h00 PMBLL 2 juin 2023. Grand Hôpital de l'Est francilien : des soignants saisissent la justice pour « maltraitance institutionnelle » [Internet]. leparisien.fr. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/grand-hopital-de-lest-francilien-des-soignants-saisissent-la-justice-pour-maltraitance-institutionnelle-02-06-2023-AWIN2DSYDFAVPKDT6CQMVZ4ALM.php>
253. Conférence nationale de santé. Avis de la Conférence nationale de santé du 14 juin 2023 relatif aux violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_violences_pro_sante_v_2023.0616_er_modif_2023_0620_220623-2.pdf
254. Bullying and sexual harassment at the workplace, in public spaces, and political life in the EU | Think Tank | European Parliament [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU\(2018\)604949](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2018)604949)
255. Pannizzotto S. Maltraitance des enfants migrants : éléments de prise en charge et évaluation pédiatrique. Rev Médicale Liège [Internet]. 14 nov 2022 [cité 9 avr 2024];77. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/296492>
256. Meidani A, Arnaud A, Dubot M. Cancer, Minorités de Genre et de Sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTIQ ? 2019.
257. Hu E, Jones K, Bruce S. Child Maltreatment and Bullying: Examining the Experiences of LGB Children and Adolescents. J Trauma Stress Disord Treat. 1 janv 2013;02.
258. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Implications for Subsequent Internalizing and Externalizing Symptoms. J Youth Adolesc. mai 2012;41(5):544-60.
259. à 20h47 PLPL 3 juin 2023. Mois des fiertés : 10 % des Français se disent LGBT +, selon un sondage [Internet]. leparisien.fr. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/mois-des-fiertes-10-des-francais-se-disent-lgbt-selon-un-sondage-03-06-2023-GJ35VGE66JHYNRLSQ5SML2QLU.php>
260. Baranska V, Alessandrini A., Dagorn J., Meidani A., Richard G. et Toulze M. (dir.) (2020), Santé LGBT, Les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Éditions Le bord de l'eau. Cah LCD. 2020;13(2):140-5.
261. Trepper TS. The apology session. J Psychother Fam. 1986;2(2):93-101.
262. Salem G. Cérémonie du pardon dans la thérapie des familles maltraitantes. PSN. 1 févr 2008;6(1):9-16.
263. Béal C. Justice restaurative et justice pénale. Rue Descartes. 2018;93(1):58-71.
264. Filippi J. La justice restaurative des jeunes : un « droit » difficile d'accès. - Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec [Internet]. 2023 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://chairejeunesse.ca/documentation/la-justice-restaurative-des-jeunes-un-droit-difficile-dacces/>

265. Barbier A, Lefèvre T. Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2021;30(3):35-44.
266. Maes J. Blaming the victim: Belief in control or belief in justice? *Soc Justice Res*. 1 mars 1994;7(1):69-90.
267. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. janv 2014;15(1):3-21.
268. Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, Lefèvre T, et al. Intimate Partner Sexual Assault: Traumatic Injuries, Psychological Symptoms, and Perceived Social Reactions. *Obstet Gynecol*. mars 2016;127(3):516-26.
269. Beauregard L, Dumont S. La mesure du soutien social. *Serv Soc*. 1996;45(3):55-76.
270. Dambi JM, Corten L, Chiwaridzo M, Jack H, Mlambo T, Jelsma J. A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health Qual Life Outcomes*. 2 mai 2018;16(1):80.
271. Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale | INSPQ [Internet]. Institut national de santé publique du Québec. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale>
272. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
273. Letson MM, Cooper JN, Deans KJ, Scribano PV, Makoroff KL, Feldman KW, et al. Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abuse Negl*. oct 2016;60:36-45.
274. Laurent-Vannier A, Bernard JY, Chevignard M. High Frequency of Previous Abuse and Missed Diagnoses Prior to Abusive Head Trauma: A Consecutive Case Series of 100 Forensic Examinations. *Child Abuse Rev*. 2020;29(3):231-41.
275. Adib M, Esmaeili M, Zakerimoghadam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatr Nurs N Y N*. 2019;40(6):565-71.
276. Beaulaurier RL, Seff LR, Newman FL. Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. *J Women Aging*. 2008;20(3-4):231-48.
277. Barrett BJ, Peirone A, Cheung CH. Help seeking experiences of survivors of intimate partner violence in Canada: The role of gender, violence severity, and social belonging. *J Fam Violence*. 2020;35(1):15-28.
278. Conseil de l'Europe. Contre l'âgisme et pour une citoyenneté sociale active des personnes âgées - Droits sociaux - www.coe.int [Internet]. Droits sociaux. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/-/against-ageism-and-towards-active-social-citizenship-for-older-persons>

279. Chang ES, Kannoth S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS One*. 2020;15(1):e0220857.
280. Levy B. Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 1 déc 2009;18(6):332-6.
281. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kannoth S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*. 24 janv 2020;60(1):174-81.
282. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provolo N, Slade MD. Impact of Media-Based Negative and Positive Age Stereotypes on Older Individuals' Mental Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1 avr 2022;77(4):e70-5.
283. Levy BR, Chung PH, Bedford T, Navrazhina K. Facebook as a site for negative age stereotypes. *The Gerontologist*. avr 2014;54(2):172-6.
284. Oscar N, Fox PA, Croucher R, Wernick R, Keune J, Hooker K. Machine Learning, Sentiment Analysis, and Tweets: An Examination of Alzheimer's Disease Stigma on Twitter. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1 sept 2017;72(5):742-51.
285. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. août 2020;68(8):1661-5.
286. Loos E, Ivan L. Visual Ageism in the Media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, éditeurs. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cité 10 avr 2024]. p. 163-76. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_11
287. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegle L, et al. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. avr 2020;17(7):2560.
288. Bergman YS, Cohen-Fridel S, Shrira A, Bodner E, Palgi Y. COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *Int Psychogeriatr*. nov 2020;32(11):1371-5.
289. Tully-Wilson C, Bojack R, Millear PM, Stallman HM, Allen A, Mason J. Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychol Aging*. nov 2021;36(7):773-89.
290. Westerhof GJ, Miche M, Brothers AF, Barrett AE, Diehl M, Montepare JM, et al. The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychol Aging*. déc 2014;29(4):793-802.
291. Ishikawa M. Internalization of negative societal views on old age into self-perceptions of aging: exploring factors associated with self-directed ageism. *Front Sociol*. 2023;8:1291325.
292. Organisation mondiale de la Santé. 2021 [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/campaigns/world-mental-health-day/2021>
293. Rogers SE, Thrasher AD, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Discrimination in Healthcare Settings is Associated with Disability in Older Adults: Health and Retirement Study, 2008-2012. *J Gen Intern Med*. oct 2015;30(10):1413-20.

294. World Health Organization. Global report on ageism [Internet]. 2021 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism>
295. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. Lancet Lond Engl. 10 avr 2021;397(10282):1333-4.
296. Henry JD, Coundouris SP, Nangle MR. Breaking the links between ageism and health: An integrated perspective. Ageing Res Rev. mars 2024;95:102212.
297. Lytle A, Levy SR. Reducing Ageism: Education About Aging and Extended Contact With Older Adults. The Gerontologist. 17 mai 2019;59(3):580-8.
298. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR, Wessel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. août 2019;109(8):e1-9.
299. Arcese G, Drunat O, Arbault S, Gonthier R. Evaluation of the quality of medical certificates in the context of the opening of a measure of legal protection for adults over 60 years of age. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2017;15(2):145-52.
300. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. Child Abuse Negl. juill 2010;34(7):534-44.
301. Bailhache M, Lerole A, Lagarde M, Richer O. Factors associated with the decision of a French hospital to report child abuse to judicial rather than administrative authorities. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. juill 2021;28(5):360-5.
302. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. Neuron. 2 mars 2016;89(5):892-909.
303. Marie-Ève Clément, Marie-Hélène Gagné, Sonia Hélie. La violence et la maltraitance envers les enfants | INSPQ [Internet]. 2018 mai [cité 3 avr 2024] p. Rapport québécois sur la violence et la santé, Chapitre 2(pp.21-54). Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants>
304. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.
305. European report on preventing child maltreatment [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108627/e96928.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
306. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. avr 2006;256(3):174-86.
307. Pignatelli AM, Wampers M, Loriedo C, Biondi M, Vanderlinden J. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD. 2017;18(1):100-15.

308. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol.* sept 2013;28(9):721-34.
309. Barboza Solís C, Kelly-Irving M, Fantin R, Darnaudéry M, Torrisani J, Lang T, et al. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 17 févr 2015;112(7):E738-746.
310. Guzylack-Piriou L, Ménard S. Early Life Exposure to Food Contaminants and Social Stress as Risk Factor for Metabolic Disorders Occurrence? An Overview. *Biomolecules.* 3 mai 2021;11(5):687.
311. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl.* 3 janv 2009;373(9657):68-81.
312. Wade M, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Effect of Foster Care Intervention on Trajectories of General and Specific Psychopathology Among Children With Histories of Institutional Rearing: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 nov 2018;75(11):1137-45.
313. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry.* août 2003;160(8):1453-60.
314. Sylvestre A, Bussières ÈL, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreat.* févr 2016;21(1):47-58.
315. Manly JT, Lynch M, Oshri A, Herzog M, Wortel SN. The Impact of Neglect on Initial Adaptation to School. *Child Maltreat.* août 2013;18(3):155-70.
316. Clarkson Freeman PA. Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Ment Health J.* 2014;35(6):544-54.
317. Julie Laforest, Pierre Maurice, Louise Marie Bouchard. Rapport québécois sur la VIOLENCE et la santé - Institut national du Québec, Direction du développement des individus et des communautés [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
318. L'agression sexuelle envers les enfants - Tome 1 [Internet]. 1^{re} éd. Presses de l'Université du Québec; 2011 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv18ph3jb>
319. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol.* janv 2001;135(1):17-36.
320. Darves-Bornoz JM, Pierre F, Lépine JP, Degiovanni A, Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 1998;77(1):71-5.
321. Patrice H, C H. La violence juvénile à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou agression. *NERVURE.* 2000;(1 vol 13):51-6.
322. Castagné R, Ménard S, Delpierre C. The epigenome as a biological candidate to incorporate the social environment over the life course and generations. *Epigenomics.* janv 2023;15(1):5-10.

323. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
324. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN. Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreat.* févr 2009;14(1):73-88.
325. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clin Chem.* juin 2011;57(6):e1-47.
326. Judith Petitpas, Robert Pauzé, Joanie Alber, Catherine Julien. Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence, les conséquences possibles sur les enfants et sur les interventions - APPR, CIUSSSde la Capitale-Nationale, Université Laval [Internet]. 2016 mars. Disponible sur: <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2019/09/Recension-n%C3%A9gligence-mise-%C3%A0-jour-juillet-2019.pdf>
327. Mineurs non-accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe [Internet]. Sénat. 2023 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-598.html>
328. Isabelle V. Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité. 2023;
329. Valido A, Ingram K, Espelage DL, Torgal C, Merrin GJ, Davis JP. Intra-familial violence and peer aggression among early adolescents: Moderating role of school sense of belonging. *J Fam Violence.* 2021;36(1):87-98.
330. The national domestic abuse and sexual violence support line - 3919 - is now available in 185 languages - Women For Women France [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.womenforwomenfrance.org/en/about-us/news/the-national-domestic-abuse-and-sexual-violence-support-line-3919-is-now-available-in-185-languages>
331. Bergeron H, Castel P, Dubuisson-Quellier S, Lazarus J, Nouguez É, Pilmis O. Le biais comportementaliste [Internet]. <http://journals.openedition.org/lectures>. Sciences Po (Les Presses de); [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/27845>
332. CAMBON L, Ferron C. Opinion de la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé sur le Rapport « Nouvelles approches de la prévention en santé publique ». *Santé Publique.* 23 juin 2011;23:143.
333. Gagné MH, Lachance V, Thomas F, Brunson L, Clément ME. Prévenir la maltraitance envers les enfants au moyen du marketing social. *Can J Commun Ment Health.* 1 déc 2014;33:85-107.
334. Orchowski LM, Malone S, Sokolovsky AW, Pearlman DN, Rizzo C, Zlotnick C, et al. Preventing sexual violence among high school students through norms correction and bystander intervention: A school-based cluster trial of Your Voice Your View. *J Community Psychol.* sept 2023;51(7):2861-86.
335. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 août 2016;2016(8):CD010321.

336. Kennedy C, Will J. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Int J Nurs Pract.* févr 2021;27(1):e12870.
337. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Rapport | Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et-publications-officielles/rapports/article/rapport-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les>
338. Garcia É, Vanzetto G. La démarche qualité dans le secteur de la protection de l'enfance, entre contrainte réglementaire, « faire ensemble » et évaluation. *Inf Soc.* 2018;198(3):12-20.
339. Grenier-Pezé M. Chapitre 13. Violences au travail. In: *Violences psychologiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 15 avr 2024]. p. 135-51. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-psychologiques-9782100712380-p-135.htm>

6. FICHES

Fiche n°1 - Recherche bibliographie

L'objectif de cette fiche est de décrire un état des connaissances disponibles sur la maltraitance envers les publics en situation de vulnérabilité. Les travaux qui y figurent nécessitent d'être approfondis par des revues systématiques de la littérature et par une analyse bibliométrique.

Deux études ont été menées. Une étude a été réalisée sur la maltraitance tous âges et toutes catégories confondues à partir de la base ISTEK. Une seconde étude a été réalisée à partir de « Scival », développé par Elsevier.

I. L'étude réalisée à partir d'ISTEX

1. Description de la littérature relative à la maltraitance

Ce travail a été effectué par 2 chercheurs, entre juillet et octobre 2023.

1.1 Identification des mots clés

Pour recueillir les données, les chercheurs ont dans un premier temps travaillé sur les mots clés. Pour ce faire, ils ont procédé en plusieurs étapes.

- Ils ont d'abord identifié les mots clés en français.
- Pour la traduction, ils ont utilisé le MeSH bilingue mis à disposition par l'INSERM (consultable à l'URL) [99].
- Ils ont complété la liste de leurs mots clés en utilisant les arborescences du MeSH (*Medical Subject Headings*) qui est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical mis à disposition par la bibliothèque nationale de médecine américaine (US NLM) et qui permet d'interroger notamment les bases de données MEDLINE/Pubmed.
- Ce travail a été enrichi par une recherche des termes et de leurs traductions à l'aide du Health Terminology/Ontology Portal (HETOP – consultable à l'URL) [100]

1.2 Stratégie de recherche – Sélection des bases de données

Afin que la recherche soit la plus complète possible, ils ont utilisé la base ISTEK (consultable à l'URL)²⁷. ISTEK « regroupe des collections rétrospectives multilingues et multidisciplinaires de la littérature scientifique mondiale »²⁸, ISTEK couvre 30 éditeurs dont Elsevier, Wiley, Springer « qui représentent 19 millions de documents »²⁹. La base ISTEK contient plus de 24 millions de publications issues de périodiques, de monographies, d'ouvrages, de bases de données...[101]. Le référentiel documentaire d'ISTEK décrivant les jeux de données, les éditeurs scientifiques, les domaines scientifiques, les langues de publication, type de publication, types de contenu... sont consultables à l'URL³⁰.

²⁷ Consultable à l'url <https://www.istex.fr/la-base/> - dernière consultation le 20 novembre 2023

²⁸ Consultable à l'url <https://www.istex.fr/la-base/> - dernière consultation le 20 novembre 2023

²⁹ Consultable à l'url <https://www.istex.fr/la-base/> - dernière consultation le 20 novembre 2023

³⁰ Consultable à l'url <https://www.istex.fr/la-base/> - dernière consultation le 20 novembre 2023

1.3 Construction de l'équation de recherche

Ils ont construit une première équation de recherche en excluant la maltraitance animale. La recherche s'est faite sur titre et résumé et le titre.

```
(abstract:*) AND ((title:(maltreat* mistreat* abus* violen* bully* stalk* neglect* harass*) AND (elder* child* spous* family institution* "intimate partner" emotional workplace domestic gender sexism* ethnic* racis* disability disabl* impair* resilien*)) (abstract:(maltreat* mistreat* abus* violen* bully* stalk* neglect* harass*) AND (elder* child* spous* family institution* "intimate partner" emotional workplace domestic "gender-based" sexism* ethnic* racis* disability disabl* impair* resilien*))) NOT (animal* "violet" "elderberry" "elderflower")
```

L'analyse du corpus ainsi obtenu montrait que cette équation ne permettait pas de différencier les violences relevant de la maltraitance (au sens du vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité établi par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance) des autres actes de violences sur les personnes et les biens. En particulier, se trouvaient dans le corpus les violences de rue, violence de gang, violences liées aux situations de guerre. De même, il n'était pas possible de différencier le mot clé « abus » utilisé dans le cadre de la recherche sur la maltraitance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la recherche en addictologie. Au surplus, il fallait conserver les « abus-maltraitances » liés à « l'abus-consommation de substances addictives ».

Des corrections ont donc été effectuées dans l'équation de recherche. Les termes « abuse » et « neglect » ont été déplacés. Les mots clés « war », « militar » et « gang* » ont été exclus.

L'équation de recherche a été restée. Les chercheurs ont procédé à un test de tri par disciplines et par catégories de publications. Après plusieurs test et analyse du corpus, ils ont finalement adopté l'équation suivante utilisant des mots-clés en anglais et en français :

```
(abstract:*) AND ((title:(maltreat* mistreat* bully* /stalk[ei].*/ harass* violen* abus* neglect* maltrait* /harc[eè]l.*/ néglig*) NOT ("war" militar* gang* abusivem* animal bacterium)) AND (abstract:(maltreat* mistreat* bully* stalk* violen* harass* maltrait* /harc[eè]l.*/ néglig*)) AND (senior adolesc* elder* child* spous* family institution* "intimate partner" emotional workplace domestic "gender-based" sexism* ethnic* racis* disability disabl* impair* resilien* neglect* abus*))) NOT (genre:"abstract" genre:"brief-communication" genre:"book-reviews" genre:"editorial")
```

1.4 Critères d'éligibilité

Étaient éligibles, les publications traitant de la maltraitance au sens du vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité établie par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Aucune restriction de temps et aucune restriction liée à l'âge des personnes sujets des études n'ont été mises. Le corpus a été restreint aux publications en français et en anglais.

N'étaient pas incluses les publications des catégories « abstract », « brief-communication », « book-reviews » et « editorial ». Nous avons également exclu les publications des domaines de l'astronomie, astrophysique, et mécanique.

1.5 Analyse du corpus

Pour l'analyse du corpus, les chercheurs ont utilisé l'outil LODEX mis à disposition par l'INIST (Institution de l'Information scientifique et technique) et le CNRS. « LODEX est un outil permettant la manipulation et la publication d'un jeu de données. Ce logiciel open source est dédié à la valorisation de données structurées (liste de références bibliographiques., référentiels, etc.). Il en facilite la curation et la manipulation. Il permet de leur attribuer des identifiants pérennes. L'outil permet la transformation, l'organisation et l'enrichissement des informations publiées avec une garantie de reproductibilité »³¹.

2. Résultats

L'application de l'équation de recherche a permis d'obtenir un corpus de 10 062 références dont 161 pour la France, 1023 pour l'Union européenne (hors France), 8 360 pour l'international (hors Union européenne, hors France). Parmi ce corpus, 59 étaient « sans affiliations ».

2.1 Description du corpus par années de publications

L'analyse du corpus montrait que les premières publications relatives à la maltraitance dataient des années 1960. Le nombre de publications croissait jusqu'en 2013, année qui amorçait une chute du nombre de publications (figure 1). Pour la France les premières publications dans le corpus dataient des années 80'. Le volume de publication était faible même si on pouvait noter une légère augmentation entre les années 2001 et 2013 (figure 2). Les résultats pour les pays européens actuellement membres de l'Union européenne (hors France) figurent à titre de comparaison (figure 3).

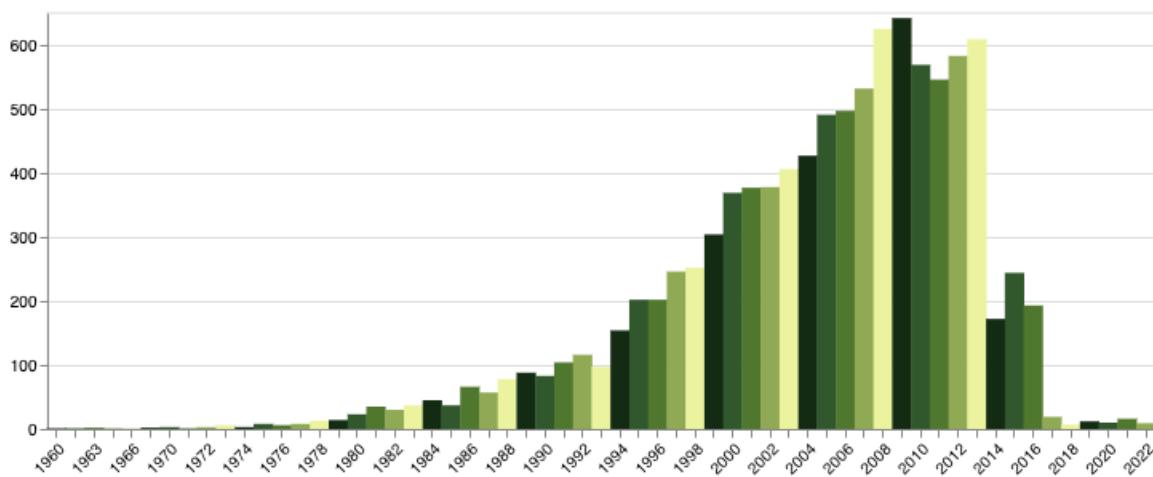


Figure 1. — Représentation du corpus de publications dans le monde relatif à la maltraitance par année de publication (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

³¹ Source <https://www.inist.fr/services/lodex/>

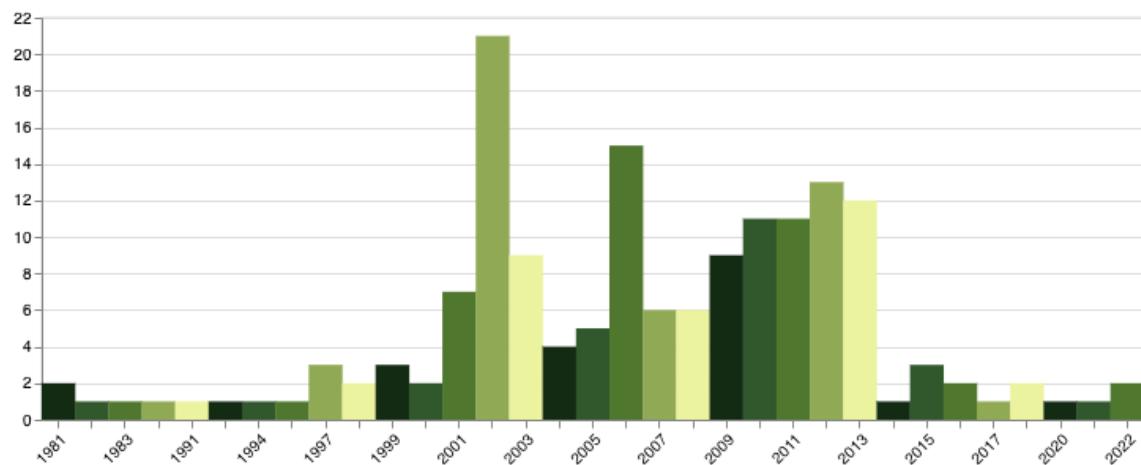


Figure 2. – Représentation du corpus de publications relatives à la maltraitance par année de publication pour la France (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

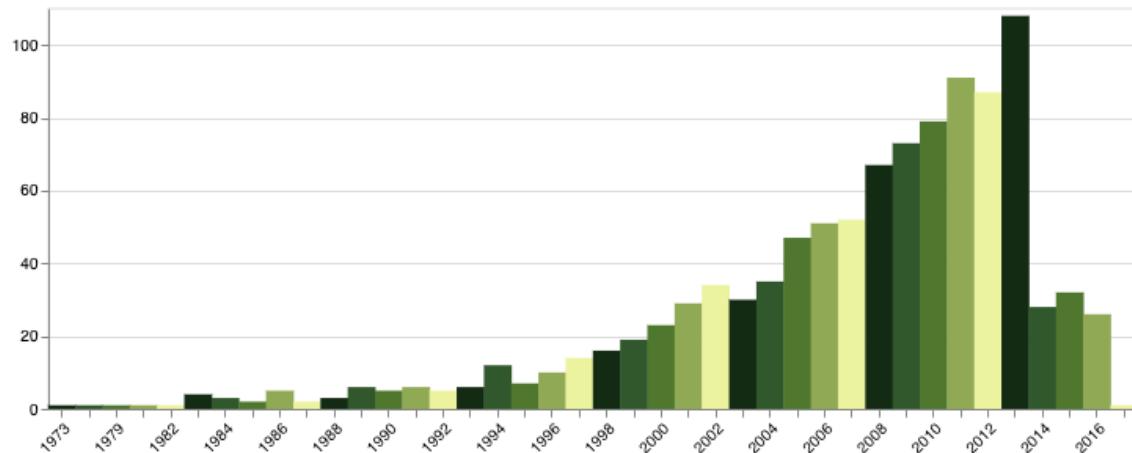


Figure 3. – Représentation du corpus de publications relatives à la maltraitance par année pour les pays européens actuellement membres de l'Union européenne, hors France (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

2.2 Description par mots-clés d'auteurs

Le mot clé le plus utilisé par les auteurs en France étaient le mot « violence ». Le mot « maltreatment » venait en deuxième position. Suivaient les mots clés « child », « adolescents », « psychopathology » et « domestic violence ».

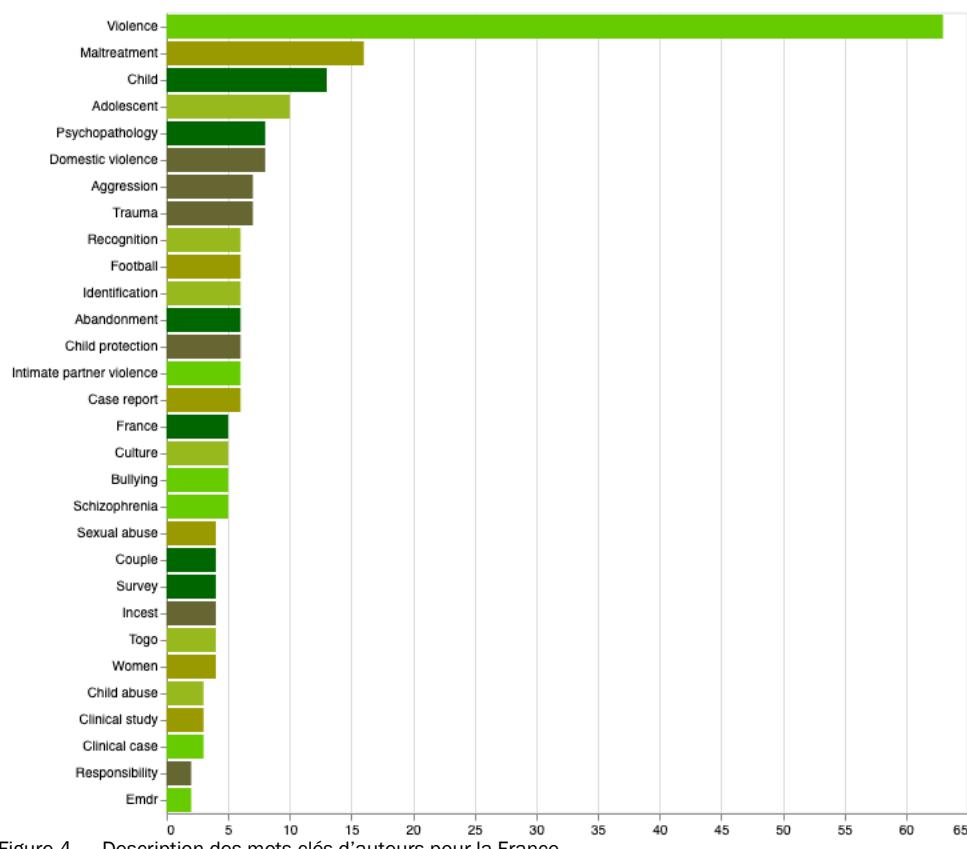


Figure 4. – Description des mots-clés d'auteurs pour la France

C'est également le mot « violence » qui était le plus utilisé en Europe, suivi de « bullying » (« intimidation » ou « harcèlement »), de « domestic violence » et de « intimate partner violence ».

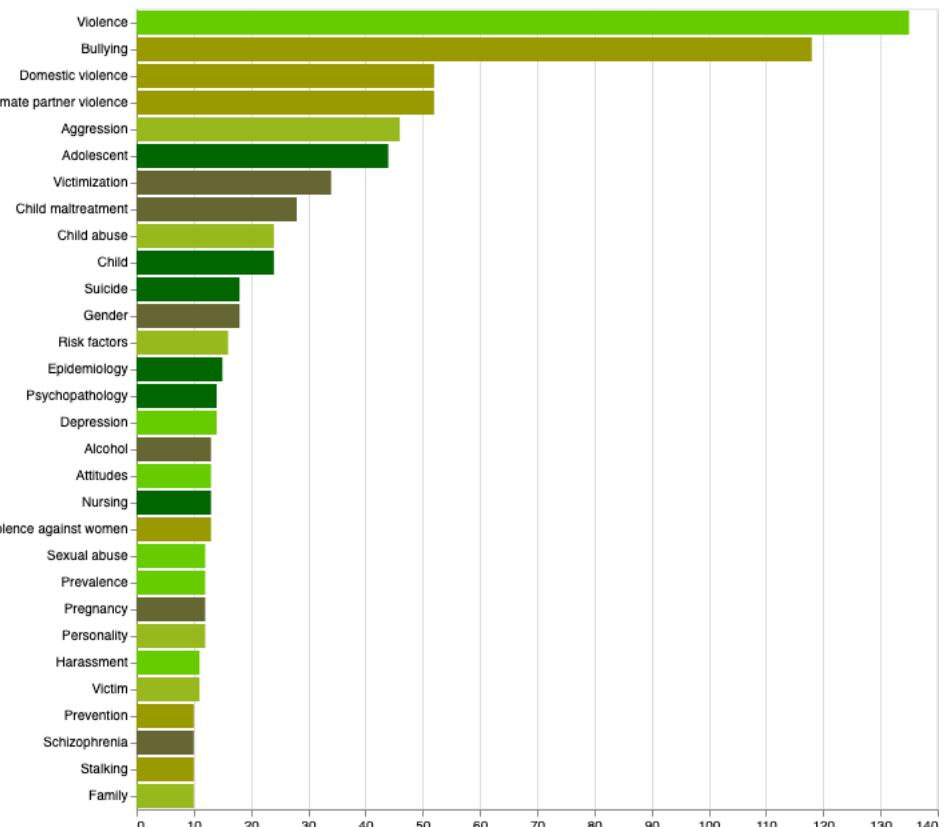


Figure 5. — Description des mots-clés d'auteurs pour le corpus des pays européens membres de l'actuelle Union européenne hors France

Pour le corpus international (hors Europe et hors France), on trouvait les « domestic violence », « violence », « intimate partner violence » et « bullying »

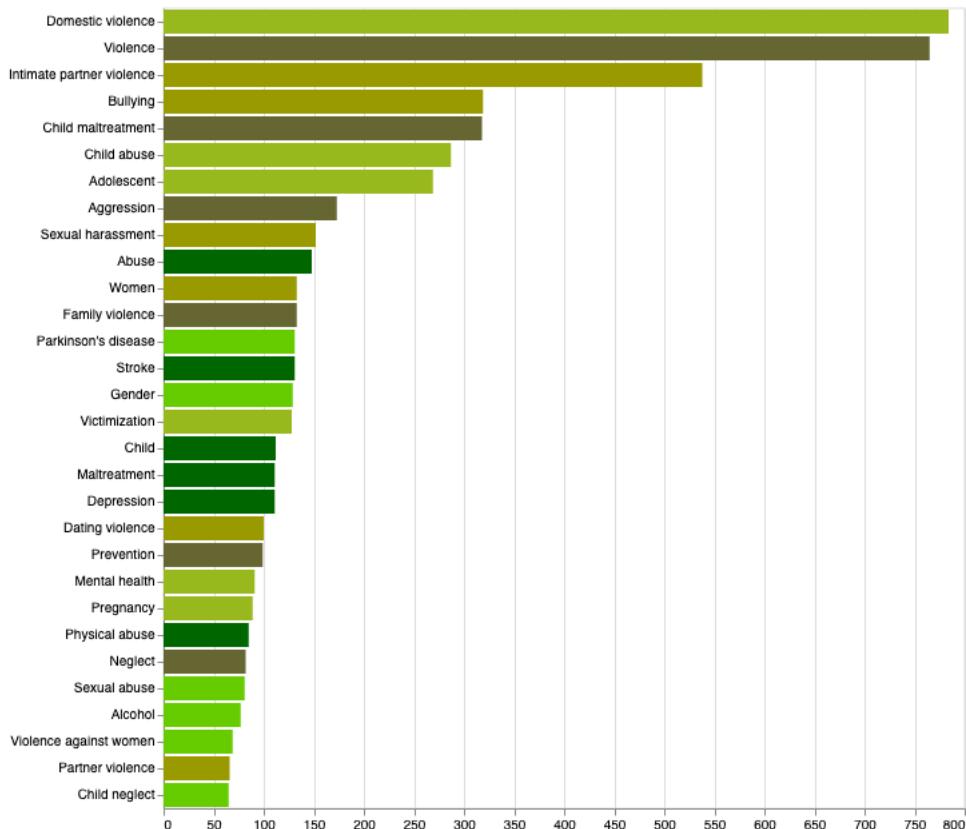


Figure 6. — Description des mots-clés d'auteurs pour le corpus international hors pays membres de l'actuelle Union européenne et hors France

2.3 Les laboratoires de recherche

Les laboratoires ou institutions français identifiés dans le corpus étaient :

AP-HP, Unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV), hôpital Armand-Trousseau, 26, avenue du docteur-Arnold-Netter, 75571 Paris cedex 12, France
AP-HP, Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Créteil, France
Département de Psychopathologie et d'Anesthésie, Centre Hospitalier Henri Mondor, Créteil, France
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Salpêtrière et université Paris VI, et unité petite enfance Vivaldi du 12e arrondissement de Paris, France
CHU de Saint-Etienne Bellevue, pavillon 20, 42055 Saint-Etienne cedex 02, France
Pôle urgence-réanimation-Smur, centre hospitalier de Narbonne, boulevard Dr-Lacroix, 11100 Narbonne, France
Institut régional de réadaptation, 35, rue Lionnois, 54042 Nancy cedex, France
Service d'anesthésie-réanimation - Smur, hôpital Beaujon, 100, boulevard du Général Leclerc, 92110 Clichy, France
Laboratoire de Médecine Légale, Faculté de Médecine, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5, France
Institut de Médecine Légale, 11 rue Humann, F-67000 Strasbourg, France
Service de Médecine Légale, Centre Hospitalier Universitaire, Université de Toulouse, Université Paul-Sabatier, Faculté de Médecine, Toulouse, France

INSERM E0117, University of Paris V, University Department of Mental Health and Therapeutics, Sainte-Anne Hospital, Paris, France
INSERM Unit 687, Villejuif, France
Inserm U750, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) (National Institute of Health and Medical Research), Villejuif, France
INSERM, UMRS 1018, CESP, Epidemiology of Occupational and Social Determinants of Health, F-94807 Villejuif, France
INSERM, U955, Psychopathologie et Génétique des maladies psychiatriques, Créteil, France
INSERM, U687-IFR 69, Saint-Maurice, France
"INSERM, U1160, Hôpital Saint Louis, Paris, France
Faculté de Médecine, Université Paris-Est, Créteil, France
Faculté de Médecine Paris-Ouest, Université Paris V, Département de Biochimie- Pharmacologie-Toxicologie et d'Anesthésie, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France
Équipe psychologie des interactions et des cognitions dans les organisations (PSICO), UFR de psychologie, université de Lille-III, BP 149, 59653 Villeneuve d'Ascq cedex, France
Fondation FondaMental, Créteil, France

Tableau 1. — Liste des laboratoires ou institutions référencées dans les articles du corpus.

2.4 Analyse du corpus par catégorie d'âge

Sur 10 062 articles, 4829 articles s'intéressaient aux enfants, jeunes, adolescents (EJA) et 316 concernaient les personnes âgées. L'analyse du corpus français montrait que sur 161 articles, 19 s'intéressaient à la catégorie des EJA et 3 aux personnes âgées. Il n'a pas été possible de réaliser d'analyse du corpus sur les autres catégories d'âge (voir § analyse du corpus par catégories).

2.5 Les publications relatives à la maltraitance et la santé publique

Nous avons identifié 1408 ressources sur 10 062 identifiées comme relevant de la santé publique, 1078 comme relevant de la prévention et 93 comme relevant de la promotion de la santé.

L'analyse des ressources françaises laisse apparaître 5 ressources sur 10 062 identifiées comme relevant de la catégorie « santé publique », 4 de la prévention et 0 pour la promotion de la santé.

	International	Europe*	France
Santé publique	1408	152	5
Prévention	1078	61	4
Promotion de la santé	93	11	0

Tableau 2. — Analyse du corpus — nombre des publications internationales, européennes et françaises relatives à la santé publique, la prévention ou la promotion de la santé.

* pour les pays européens actuellement membres de l'Union européenne, hors France

2.6 Analyse du corpus par catégories

Nous avons tenté de réaliser une analyse du corpus par catégorie d'âge. Nous avons pu faire ressortir la catégorie « enfants, jeunes, adolescents » et « personnes âgées ». Il n'a pas été possible

de réaliser d'analyse du corpus sur les autres catégories d'âges. En effet, entre 18 ans et 65 ans, il semble que ce ne soit pas par l'âge que les personnes victimes de maltraitances sont « catégorisées ». Nous proposons donc les catégories présentes dans le tableau ci-dessous réalisées à partir des termes d'indexation ttext (Term Extraction for English FullText) qui indexe le fulltext d'un document³².

	International	Europe*	France
Enfants, jeunes, adolescents	4829	471	19
Personnes âgées	316	32	3
Genre	2448	270	9
Femme	2599	174	7
Homme	1205	100	2
Familles	3725	245	15
Patients	441	69	4
Handicap	159	18	2
Espaces domestiques	673	12	0
Les environnements de maltraitance	674	78	5

Tableau 3. — Analyse du corpus par catégories.

* pour les pays européens actuellement membres de l'Union européenne, hors France

2.7 Les disciplines travaillant sur le sujet de la maltraitance

En France, les catégories web of science les plus fréquemment trouvées étaient la psychiatrie, la psychologie, public, environmental & occupational Health

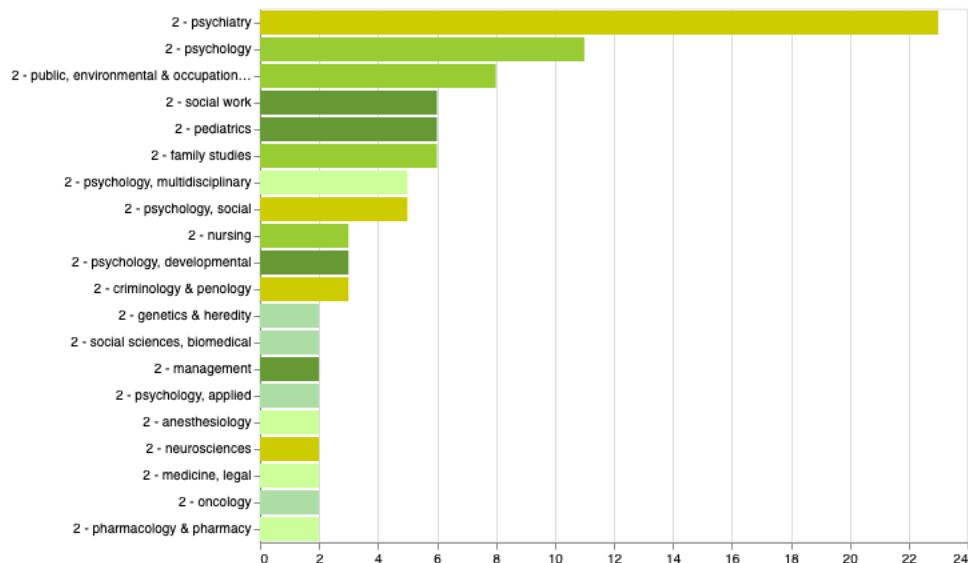


Figure 7. — Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance en France**

Paramètres : présentation des 200 premiers résultats

³² <https://www.istex.fr/les-enrichissements-disponibles/>

Pour le corpus européen hors France les catégories les plus fréquentes étaient la psychiatrie, la psychologie, public, environmental & occupational Health

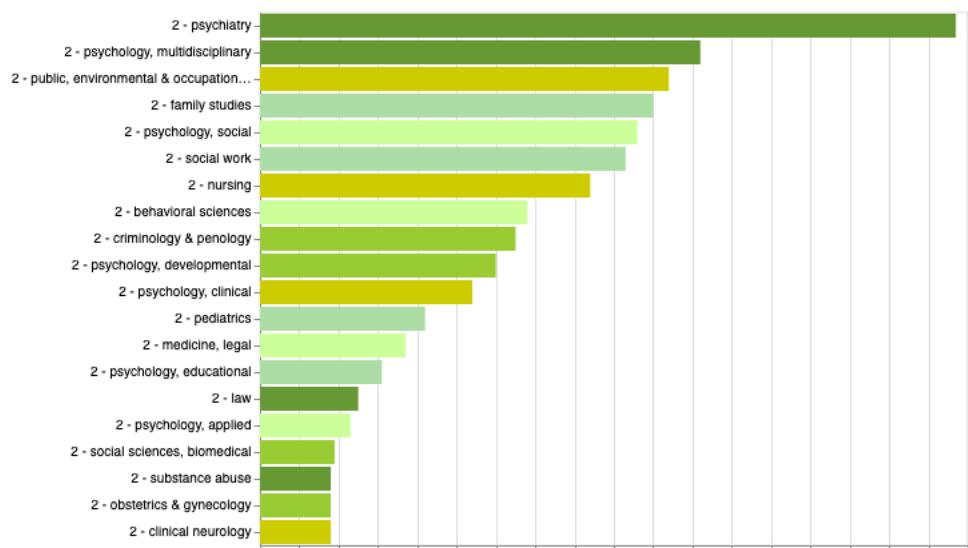


Figure 8. — Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance dans les pays européens membres de l'actuelle Union européenne, hors France**

** Paramètres : présentation des 200 premiers résultats

Pour le corpus international (hors UE, hors France) on trouve « family studies », « social work » « criminology & penology »

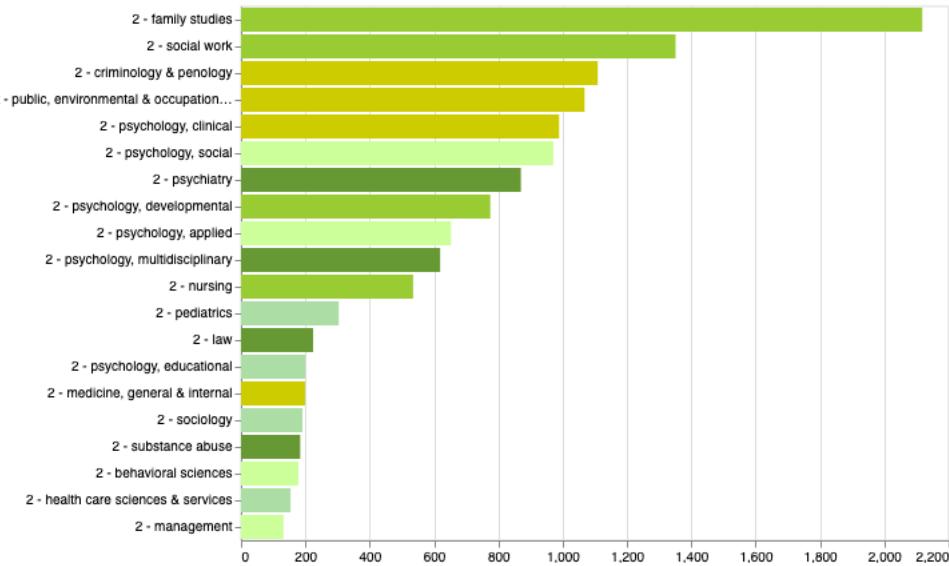


Figure 9. — Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance dans le monde hors pays membres de l'actuelle Union européenne et hors France**

** Paramètres : présentation des 200 premiers résultats

Limites du travail

Il s'agit d'un travail sur corpus massif. Pour cette raison les chercheurs n'ont pas pu réaliser un screening complet du corpus. Il se peut que le « bruit » soit élevé, nonobstant les exclusions.

Les catégorisations ont été réalisées à partir des mots clés utilisés, la catégorisation est donc dépendante de l'algorithme correspondant, ce qui peut donc influer sur la lecture du corpus.

Enfin, pour les graphes, les chercheurs ont volontairement exclu de la représentation les résultats marginaux qui restent cependant à disposition.

Liste des figures

Figure 1. – Représentation du corpus de publications dans le monde relatif à la maltraitance par année de publication (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

Figure 2. – Représentation du corpus de publications relatives à la maltraitance par année de publication pour la France (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

Figure 3. – Représentation du corpus de publications relatives à la maltraitance par année pour les pays européens actuellement membres de l'Union européenne, hors France (ordonnée : nombre de publications abscisse : années)

Figure 4. – Description des mots-clés d'auteurs pour la France

Figure 5. – Description des mots-clés d'auteurs pour le corpus des pays européens membres de l'actuelle Union européenne, hors France

Figure 6. – Description des mots-clés d'auteurs pour le corpus international hors pays membres de l'actuelle Union européenne et hors France

Figure 7. – Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance en France

Figure 8. – Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance dans les pays européens membres de l'actuelle Union européenne, hors France

Figure 9. – Description des catégories Web of Science de classement des publications relatives à la maltraitance dans le monde hors pays membres de l'actuelle Union européenne et hors France

Liste des tableaux

Tableau 1. – Liste des laboratoires ou institutions référencées dans les articles du corpus.

Tableau 2. – Analyse du corpus – nombre du publications internationales, européennes et françaises relatives à la santé publique, la prévention ou la promotion de la santé.

Tableau 3. – Analyse du corpus par catégories.

II. L'étude réalisée à partir de SCIVAL

Une analyse bibliométrique, uniquement sur la maltraitance des personnes âgées, a été réalisée en utilisant « Scival », l'outil d'analyse de la performance de la recherche développé par Elsevier. Cet outil utilise essentiellement les citations de la base de données Scopus, créée par Elsevier en 2004, qui intègre plusieurs millions d'items principalement dans les domaines des sciences sociales, sciences de la santé et sciences de la vie. Cette analyse est purement descriptive et aucune analyse des articles n'a été réalisée. Le travail réalisé est très sommaire mais permet néanmoins de montrer les possibilités d'analyse bibliométrique.

Les mots clés utilisés étaient « elder abuse » sur deux périodes différentes « 2012 – 2021 » et « 2017 – 2022 ». Cette analyse a permis de recueillir plusieurs données :

- Les mots clés utilisés dans les publications

- La liste des pays publiant sur le sujet, classée par nombre de publications
 - La liste des institutions françaises ayant publié sur le sujet
 - La liste des 100 premières institutions internationales ayant publié sur le sujet.

Analyse des mots clés

Un nuage de mots clés utilisant des couleurs différentes (mots clés en déclin ou en augmentation) et des tailles différentes selon leur pertinence, permet de faire une analyse des thèmes couvert par les publications dans ce domaine de recherche. Les mots-clés principaux sont ceux utilisés pour cette recherche à savoir « elder abuse » et les mots-clés associés « Ederly » et « Abuse ». Les mots-clés les plus pertinents et de plus en plus utilisés sont « Mistreatment », « Financial abuse », « Domestic violence », « Neglect ». La dernière période de recherche (2017-2023) fait apparaître le mot-clé « Covid-19 ».



La France en retard sur cette thématique de recherche

La majorité des publications récupérées issues de la base « Scopus » provient des pays anglosaxons avec les États-Unis en tête, suivis du Royaume-Uni, du Canada et de l'Australie. Avec un nombre de publication et un facteur d'impact beaucoup plus faible, les premiers pays européens sont l'Espagne, l'Italie, le Portugal, l'Allemagne et la Suède (cf Annexe 11). La France arrive loin derrière avec un facteur d'impact bien en-deçà de celui de ses voisins européens. Les travaux français sont principalement publiés dans des revues de gériatrie ou de médecine légale, voire dans des revues liées aux soins du domaine infirmier ou aide-soignant. Seule une étude concernant l'évolution de la situation de maltraitance lors de l'épidémie de Covid-19 est publiée dans une revue de santé publique.

Les études bibliométriques, une nécessité

Une recherche bibliométrique complète sur le sujet de la maltraitance avec l'analyse de la place de la recherche française sur le sujet mériterait d'être menée. Cette analyse pourrait être réalisée avec l'aide de différents outils, permettant de croiser les résultats et d'explorer diverses bases de données. Il serait important d'analyser les thèmes de recherche couverts, les collaborations entre diverses institutions françaises ou étrangères et d'effectuer une comparaison avec la recherche internationale effectuée sur le sujet.

Institutions ayant la lisibilité la plus importante sur le sujet

Sur les 100 premières aucune n'est Française. Parmi les 10 premières 8 sont Américaines (dont la 1er « Cornell University »), une canadienne (la 2e l'université de Toronto) et une Portugaise (« University of Porto »).

Parmi les institutions françaises on peut citer les 5 premières

<i>Institution</i>	<i>Sector</i>	<i>Scholarly Output</i>	<i>Views Count</i>	<i>Field-Weighted Citation Impact</i>	<i>Citation Count</i>
Université de Franche-Comté	academic	2	54	0,81	10
Université de Limoges	academic	2	36	0,14	2
Université Paris Cité	academic	2	50	0,59	11
Hôpital Ambroise Paré	Medical	1	27	0,17	1
INSERM	government	1	10	0	0

Annexe

LISTE DES PAYS PAR NOMBRE DE PUBLICATION

Publications 2012 – 2021

Pays par nombre de publications décroissant

<i>Country/Region</i>	<i>Scholarly Output</i>	<i>Views Count</i>	<i>Field-Weighted</i>	<i>Citation Count</i>
			<i>Citation Impact</i>	
<i>United States</i>	940	26382	1,07	12546
<i>United Kingdom</i>	180	6603	1,09	2613
<i>Canada</i>	138	5140	1,17	2326
<i>Australia</i>	134	5497	0,93	1635
<i>India</i>	70	1494	0,74	403
<i>Brazil</i>	58	2409	0,56	411
<i>Spain</i>	51	2656	0,67	602
<i>Italy</i>	46	2186	0,83	612
<i>Portugal</i>	46	2186	0,86	649
<i>Iran</i>	44	2224	0,57	261
<i>Germany</i>	40	1487	0,56	482
<i>Israel</i>	40	1382	0,57	366
<i>Malaysia</i>	37	1578	0,99	455
<i>China</i>	34	1409	1,23	645
<i>Sweden</i>	32	1452	0,89	537
<i>Ireland</i>	31	1236	0,87	429
<i>Hong Kong</i>	30	1208	0,96	539
<i>France</i>	29	708	0,44	103
<i>Turkey</i>	29	564	0,41	113
<i>Japan</i>	28	665	0,49	189
<i>South Korea</i>	21	503	0,7	157
<i>Lithuania</i>	19	1041	0,96	398
<i>Switzerland</i>	19	789	1,63	325
<i>Netherlands</i>	18	845	0,5	148
<i>South Africa</i>	18	287	0,47	101
<i>Greece</i>	17	1036	0,93	371
<i>Norway</i>	17	720	1,29	212
<i>Mexico</i>	15	574	0,67	160

Références

99. Inserm. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. Disponible sur: <https://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>
100. CISMeF. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; Disponible sur: <https://www.hetop.eu/hetop/>
101. ISTEX [Internet]. Istex. Disponible sur: <https://www.istex.fr/services-recherche/>

Fiche n° 2 - Épidémiologie de la maltraitance

Introduction

La démarche épidémiologique vise à caractériser une maladie, ses causes et ses conséquences. Il s'agit d'un outil d'une grande puissance permettant de quantifier l'importance et la gravité des situations. Il permet des comparaisons et un suivi. Il permet aussi de formuler des hypothèses d'interventions de prévention, de cibler, après un processus délibératif et argumenté, des priorités.

Le HCSP considère que si cette approche épidémiologique est nécessaire elle est en même temps insuffisante.

En effet, la transposition de cette méthodologie venant du champ de maladies (maladie infectieuses, diabète, cancers...) dans le domaine de la maltraitance pose des problèmes épistémologiques. À titre d'exemple les concepts centraux de prévalence et d'incidence sont bien défini pour des événements (des maladies) avec un début et une fin clairement identifiés.

Ainsi les données présentées dans cette fiche doivent bénéficier de critiques, de recul et de nuances qui sont partiellement présentés

Constats et limites

L'estimation de la fréquence de la maltraitance se heurte à de nombreux obstacles méthodologiques

- La première difficulté tient au fait que malgré l'existence d'une définition consensuelle française assez récente, la qualification et la quantification de la maltraitance reste un défi. Il faut se rendre à l'évidence de la complexité et de l'approche multidimensionnelle des maltraitances rendant difficile de délimiter un champ d'étude très homogène. Les contours ne sont pas les mêmes suivant les âges de la vie les étapes développementales, les lieux, l'environnement diffèrent.
- Dans le domaine de la maltraitance, il est souvent très difficile de différencier parmi les outils classiques de l'épidémiologie descriptive :
 - Les cas incidents c'est-à-dire l'apparition d'un nouveau « cas », d'une nouvelle maltraitance pouvant survenir chez une personne ayant déjà subi une maltraitance
 - Les cas prévalents c'est-à-dire une personne ayant été maltraité. Pour les maladies l'existence d'une « guérison » permet de diminuer le nombre de cas prévalent. Le concept de guérison de la maltraitance n'est pas selon le HCSP suffisamment établit et consensuel pour l'utiliser dans ce mode de « mesure »
- La plupart du temps la maltraitance est un processus et le moment de son signalement/identification n'est souvent qu'une étape paroxystique d'un processus plus ancien qui aura des séquelles plus ou moins importantes durant plus ou moins longtemps. Enfin, parfois, la découverte d'un cas de maltraitance se fait par l'intermédiaire de sa conséquence souvent grave voire fatale.
- Les experts considèrent que la prévalence de la maltraitance, sa fréquence est sous-estimée, du fait de son invisibilité et des obstacles individuels et sociétaux existant à son observation ou au signalement. Les enquêtes en population dotées d'une méthodologie

transparente et précise sont peu nombreuses, leurs résultats souffrent également de divers biais et sont peu généralisables. Les données que nous avons à notre disposition sont loin de saisir l'ampleur du phénomène des maltraitances tout au long de la vie quelle que soit la période d'âge, la nature de la maltraitance et son « origine ». A l'inverse il peut exister des situations résultantes de la révélation de ce qui était auparavant peu visible, ou de la qualification comme « maltraitants » de situations ou de comportements n'étant pas jusqu'à présent identifiés comme tels aboutissant à la disparition plus ou moins importante de cette sous-estimation.

- Les données chiffrées sont donc tributaires du mode de recueil des données (auto-déclaration, signalement, observation, enquête en population, chacun comportant des biais spécifiques) mais aussi des différentes catégories de mauvais traitements retenues et de l'appréciation des conséquences observées. Et notre position est de considérer que la confrontation de différentes sources de par leurs nuances ou les divergences observées est une source de meilleure connaissance (comprendre pourquoi les données sont parfois différentes c'est mieux comprendre le mécanisme de la maltraitance).

Ce que l'on sait

La fréquence, le type et le contexte de maltraitance sont différents suivant les classes d'âges que l'on considère.

Enfants

Dans le domaine de la maltraitance des enfants, il faut distinguer la maltraitance intrafamiliale et extrafamiliale d'autres part. Le type et le contexte de la maltraitance sont aussi différents chez le petit enfant (0-3 ans) et l'enfant (Plus de 3 ans).

La maltraitance intrafamiliale

Chez les tout petits, la maltraitance intrafamiliale est la forme la plus prépondérante et peut se manifester sous plusieurs formes : la négligence, la maltraitance physique, le syndrome du bébé secoué, les violences sexuelles, les violences conjugales ou encore les infanticides.

- Les chiffres issus des appels au 119 [102] indiquent qu'en 2021, la prévalence des négligences envers les enfants s'élève à 22,7 % et que les jeunes enfants de moins de 3 ans sont davantage concernés par ces actes de maltraitance par omission.
- Selon les données de l'enquête « Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014 » de Santé publique France la prévalence des cas de maltraitance physique à enfant hospitalisé chez les enfants âgés de 1 mois à 1 an a été estimée entre 0,04 % (enfants maltraités physiquement) et 0,11 % (enfants maltraités ou possiblement maltraités physiquement) (2) [103]. Entre 400 à 500 nourrissons sont victimes de SBS chaque année en France dont 10 % en meurent soit entre 40 et 50 nourrissons par an.
- Le rapport de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les violences sexuelles Faites Enfants (CIIVISE) [104] : 3,9 millions de femmes (14,5 %) et 1,5 million d'hommes (6,4 %) ont été confrontés à des violences sexuelles (viol ou agressions sexuelle) avant l'âge de 18 ans, ce qui représente au total 5,4 millions de personnes et que 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année. Le plus souvent, les violences sexuelles sont incestueuses, les victimes avaient, en moyenne, 8 ans et demi au début des violences, et pour 22 % des victimes, les premiers viols ou agressions sexuelles ont commencé alors

qu'elles avaient moins de 5 ans. Les violences sexuelles sont, par ailleurs, répétées pendant plusieurs années.

Si la maltraitance du petit enfant peut être à l'origine de conséquences sociales et sociétales importantes et à long terme très peu mesurées, il faut également constater que cette maltraitance peut avoir des conséquences directes.

- La mortalité intra-hospitalière à un an a été estimée entre 3,13 % (enfants maltraités physiquement) à 2,56 % (enfants maltraités ou possiblement maltraités physiquement) selon les données de SpF.
- En 2020, 89 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés par les forces de sécurité (49 enfants décédés dans le cadre familial et les ¾ des victimes ont moins de 5 ans).

La maltraitance extrafamiliale

Parmi les différentes formes de maltraitance extra-familiales, nous relèverons celles qui relèvent de la protection de l'enfance, des mineurs non accompagnés (MNA) et le harcèlement scolaire.

- Selon le rapport de l'ONPE 2022 [105] sur les données jusqu'au 31 décembre 2020 plus de 308 000 mineurs (-1,5 % par rapport à 2019), et plus de 32 000 jeunes majeurs (+30 % par rapport à 2019) sont suivis au titre de la protection de l'enfance. Le nombre de jeunes majeurs concernés par un suivi en protection de l'enfance est estimé à 32 160 en France, ce qui représente 13,2 % des jeunes âgés de 18 à 21 ans. Ce nombre, en hausse de 30 % entre 2019 et 2020, prolonge une tendance entamée en 2017.
- En 2022, 2 999 enfants ont été enfermés dans des centres de rétention administrative en France (métropole et territoires ultramarins), dont 2 905 à Mayotte (*rapport HCFEA, 2023*) [106]). Les données actuelles précisent que près d'un million d'enfants ont subi une situation de harcèlement au cours des trois dernières années et deux élèves par classe en moyenne sont en situation de harcèlement [107].
- La fréquence des maltraitances sur mineurs non accompagnés n'est pas connue. Au demeurant, au moins 30 % présentent des syndromes post traumatiques (ref. Avis sur le bilan de santé MNA du HCSP)³³.

Adultes

Violences de genre (cf. fiche spécifique 11)

La « violence de genre » prend sa source dans un système global d'inégalité entre hommes et femmes. La « violence de genre » est polymorphe : verbale, physique, sexuelle, psychologique, économique... et s'exprime en combinaisons variées de ces formes. La « violence de genre » s'exerce dans tous les milieux sociaux et dans toutes sortes de lieux et principalement au domicile où s'exerce un rapport de domination des hommes sur les femmes avec emprise sur leurs corps. Elle désigne toutes les formes de violence commises sur des hommes ou des femmes même si l'écrasante majorité des victimes sont des femmes : 87 % selon l'enquête de victimisation Genese et 89 % des mis en cause pour violences conjugales sont des hommes. La violence de genre peut s'exercer dans l'espace public. D'après une enquête menée en 2015, par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes 100 % des femmes qui prennent les transports en commun, ont subi du harcèlement sexiste ou des agressions sexuelles [108] sur le lieu de travail ou encore dans la parcours de soins (exemple des violences gynéco-obstétricales).

³³ Bilan de santé des enfants étrangers isolés ([Bilan de santé des enfants étrangers isolés \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr/bilan-de-sante-des-enfants-etrangers-isoles/))

Maltraitance spécifique au cadre et lieu où elle s'exerce (cf. fiche spécifique 8)

Plusieurs cadre ou lieu peuvent être identifiés comme favorisant la maltraitance ou source de maltraitance. Ce sont par exemple le milieu du sport, le mode associatif, le lieu de travail ou de formation ou encore les lieux de privation de liberté.

La maltraitance dans le milieu du sport : dans le livre « Violence en sport : État des lieux, caractérisation et implications pénales », les auteurs donnent les estimations déclaratives suivantes (Marsollier et al., 2023) [109] : la violence psychologique (la plus fréquente) 36 % à 70 %, la négligence (peu étudiée) très fréquente également, la violence physique 3 % à 53 % et la violence sexuelle (la plus médiatisée) mais la moins rapporté 3 % à 33 %.

Les lieux de privation de liberté : en France l'analyse des rapports du Contrôleur général des Lieux de privation de liberté (de même que son audition) souligne l'importance du phénomène de maltraitance avec de nombreuses clefs d'entrée. La surpopulation carcérale, indépendamment d'autres facteurs de maltraitances, qui pourraient être dévoilés par une résolution de cet aspect quantitatif (74 237 détenus pour 60 629 places), madame la contrôleuse estime qu'il ne s'agit pas d'un problème essentiellement pénitentiaire mais doit être abordé de manière plus globale.

Caractéristiques des populations cibles de maltraitance (cf fiches spécifiques 9 à 13)

Certaines formes de maltraitances sont dépendantes des caractéristiques de la population cible. C'est le cas par exemple des personnels soignants, de la maltraitance liée à l'orientation sexuelle, de la maltraitance des personnes étrangères ou encore des sujets obèses. A titre d'exemple, un français sur dix s'identifie comme LGBT +, selon un sondage réalisé par Ipsos, à l'occasion du « mois des fiertés ». Dans le détail, 4 % des Français interrogés se disent lesbienne ou homosexuel, 3 % bisexuel, 1 % pansexuel (qui désigne le fait d'être attiré sexuellement par toute personne, sans égard à son sexe ou son genre) et 1 % asexuel (qui ne ressent aucune attirance sexuelle pour quiconque).

Personnes âgées

Dans la maltraitance des personnes âgées, il est important de différencier la maltraitance en institution des autres contextes de maltraitance. La maltraitance en institution peut être rapportée soit par la personne maltraitée ou son entourage ou encore par les professionnels de santé ou du médico-social qui se considèrent comme maltraitants vis-à-vis des personnes dont ils ont la charge. Chez les personnes âgées la maltraitance peut être liée à des situations de violence physique, violences psychologiques, les atteintes sexuelles, les abus financiers et les négligences par défaut de soins.

Il n'existe pas d'estimation précise à l'échelle nationale de la maltraitance chez les personnes âgées. Les données qui existent actuellement en France sur le sujet portent sur les déclarations ou plaintes reçues soit par les structures institutionnelles telles que les Agences Régionales de Santé ou les associations. Le nombre total de plaintes et de réclamations provenant de structures pour personnes âgées reçues par les ARS s'élevait à 9747 en 2020, 7736 (- 21 %) en 2021 et 11 820 (+ 53%) en 2022³⁴. En France, des estimations, issues de sources diverses (DGCS, Justice, Ministère de l'intérieur, associations), montrent que la maltraitance des personnes âgées toucherait 5 % des personnes de plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans, soit 600 000 personnes. Les chiffres du réseau ALMA (Allo Maltraitance) indiquent que les victimes de

³⁴ source : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr)

violences sont des femmes à 75,5 %. Les femmes victimes âgées de moins de 65 ans sont 24,5 % en moyenne contre 75,5 % en moyenne lorsqu'elles ont plus de 65 ans.

Ce que l'on voudrait savoir - Pistes pour la recherche

Malgré la présence de certaines données très diverses sur la maltraitance, il est difficile d'avoir une vision épidémiologique assez claire du problème en France. La description et le suivi des indicateurs épidémiologiques de la maltraitance en France est très difficile et doit faire face à deux défis importants :

- Obstacles méthodologiques importants liés essentiellement aux contours évolutifs de la question de la maltraitance. Il est important de travailler après l'obtention d'un vocabulaire commun sur une caractérisation épidémiologique commune, pour permettre de construire des indicateurs épidémiologiques adaptés.
- Le suivi des données disponibles associé à un suivi de la définition des indicateurs, leur construction est très souhaitable.
- La question de la maltraitance est souvent un processus long et parfois insidieux ou masqué avec des conséquences à la fois individuelles et sociétales très importantes à court et long termes. L'un des angles morts de cette question reste encore l'identification des signes d'alerte de cas de maltraitance et de leurs valeurs prédictives. Pour avoir une stratégie de prévention de la maltraitance efficace, il nous paraît très important d'être capable de déceler des signaux précoce de maltraitance ou de mettre en place des actions de prévention. De même, les conséquences à long termes de la maltraitance pour la personne victime et pour la société sont insuffisamment investigués.

Références

102. Enfance protégée F. 119 Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger [Internet]. 119 Allo Enfance en Danger. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/>
103. Santé publique France. Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014 [Internet]. Santé publique France; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/estimation-de-la-prevalence-des-enfants-de-moins-d-un-an-hospitalises-en-france-pour-maltraitance-physique-sur-la-periode-2007-2014>
104. CIIVISE. Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit [Internet]. 2023 nov. Report No.: 291833_0.pdf. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
105. ONPE. La santé des enfants protégés Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement, Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance, ONPE [Internet]. La documentation Française; 2022. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf
106. HCFEA. La France devant le Comité des droits de l'enfant des Nations unies, 2009-2023. Quinze ans de mobilisation vers une prise de conscience institutionnelle [Internet]. 2023 nov. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcfea_rapportdde2023_vf_0.pdf

107. Stop au harcèlement à l'école [Internet]. info.gouv.fr. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/stop-au-harcelement-a-lecole>

108. Entre les Femmes et les Hommes HC à l'Egalité. Avis sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun [Internet]. HCE,fh; 2015. Disponible sur: https://haut-conseil-equalite.gouv.fr/IMG/pdf/hcefh_avis_harcelement_2015-04-16-vio-16.pdf

109. Marsollier, É., Meriaux-Scoffier, S., & Amiot, S. Violence en sport [Internet]. www.elsevier.com. 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/violence-en-sport>

Fiche n° 3 – Modèle écosystémique

Pour le HCSP, la maltraitance est multi-niveaux [110] [111]. Cette position est renforcée par la définition de la maltraitance dans le vocabulaire commun qui renvoie à une personne (en situation de vulnérabilité) mais précise que l'origine de la maltraitance peut être individuelle, collective ou institutionnelle.

L'ambition de la prévention des maltraitances oriente vers une approche centrée sur « les origines/les causes » et, ainsi, les trois catégories : individuelle « offenders » [112] [113], collective et institutionnelle méritent notre attention. Les solutions pourront donc combiner les aspects individuels et les aspects organisationnels

L'approche holistique, systémique qui intègre tous les niveaux et leurs connexions a été privilégiée. Un de ces outils : l'approche dite écosystémique selon Bronfenbrenner [114] est présentée dans cette fiche. Par exemple, cette approche se rapproche des réflexions qui considèrent que le tabagisme n'est pas le simple choix d'un individu mais doit être compris dans une approche plus large de son histoire et de son contexte [115].

Plusieurs modèles explicatifs peuvent être mobilisés quand on évoque la problématique des maltraitances tout au long de la vie. L'approche « écologique » ou « écosystémique » permet de mettre l'humain au centre des préoccupations en prenant en compte l'ensemble des interactions qui se réalisent entre l'individu (enfant, adulte, personne âgée) et son environnement physique et social. La perspective théorique du développement humain s'organise ainsi autour de six niveaux de système qui interagissent entre eux : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème [114].

De façon plus détaillée, l'**ontosystème** réfère aux caractéristiques génétiques, physiologiques, développementales, etc., aux habiletés individuelles et à l'histoire personnelle de l'individu.

Les microsystèmes entretiennent une relation immédiate avec le développement de la personne. Ils font référence aux milieux de vie à l'intérieur desquels l'individu est un participant actif (famille, structures de la petite enfance, institutions scolaires, milieux professionnels, groupe d'amis, etc.). L'individu, tout au long de la vie, va être en interaction directe avec les membres de sa famille, ses amis, ses différents éducateurs et enseignants... et avec les différentes personnes fréquentées dans son voisinage immédiat, son école, son quartier, son milieu de travail, etc. Le **mésosystème** réfère aux interactions entre les différents microsystèmes. Les différents **mésosystèmes** assurent ou non la cohérence, la stabilité et la sécurité du contexte de vie de la personne. L'**exosystème** inclut les grandes structures sociales qui donne une forme concrète aux éléments du macrosystème : les organisations des services sanitaires, sociaux, médico-sociaux, le marché du travail, les collectivités locales, etc. Le **macrosystème** englobe l'ensemble des normes sociales, des croyances et des valeurs culturelles, les lois et politiques publiques qui façonnent la vie des personnes. Enfin, le **chronosystème** fait référence à l'évolution à travers le temps non seulement des individus, mais également des microsystèmes dans lesquels ils sont impliqués, des relations entre ces microsystèmes (**mésosystème**), et de la configuration de l'**exosystème** et du macrosystème.

L'intérêt de ce modèle, qui concerne non seulement les comportements des personnes mais aussi leurs environnements et leurs conditions de vie, est qu'il permet (cf. figure 1), en interaction et en réciprocité :

- De cerner l'ensemble des conditions personnelles, interactionnelles, territoriales et sociétales dans lesquelles les maltraitances apparaissent et se déroulent,

- De préciser les responsabilités tant individuelles que collectives,
- D'appréhender les problématiques tout au long de la vie dans une perspective *lifespan*.

Plusieurs organismes s'appuient sur ce modèle écosystémique (HAS, ONPE, OMS) pour appréhender la complexité de la maltraitance qui ne peut être réduit à un phénomène individuel ni à sa seule responsabilité. Il s'agit ainsi d'identifier le problème, ici les maltraitances, d'identifier les cibles (individuelles et collectives), les facteurs qui les influencent, et les stratégies à mettre en œuvre. Le modèle écosystémique permet d'appréhender le phénomène des maltraitances dans un contexte donné afin de ne pas se focaliser uniquement sur l'agent de ladite maltraitance, et d'analyser, aussi, l'environnement pour l'accès aux ressources sociales, économiques et culturelles. Le modèle écologique est une manière de cerner cette complexité pour prévenir, intervenir et accompagner.

En dehors du secteur de la santé, la théorie des organisations (qui recouvre différentes disciplines : psychologie, sociologie, anthropologie, gestion) a produit une littérature considérable sur les facteurs organisationnels à l'origine de mauvaises conduites ('misconduct', 'wrongdoing', 'abuse', 'violence', déviance...) de la part de leurs membres [116] [117]). En adoptant une perspective systémique, ces travaux montrent que les pratiques et les décisions des individus dépendent :

- De l'environnement des organisations dans lesquelles les individus travaillent,
- Des caractéristiques des organisations (structure, processus, attribution et répartition des tâches).

Ces travaux mettent en avant les interactions complexes entre ces trois niveaux : les pratiques et les modes de raisonnement (cognition) des acteurs, le fonctionnement des organisations et l'environnement des organisations. Parmi les éléments importants à prendre en compte dans l'environnement, le degré de concurrence existant entre organisations, les caractéristiques des contrôles et de la régulation, le niveau de ressources disponibles en termes de financement et de main d'œuvre sont des éléments importants qui ont des conséquences sur les politiques d'établissement et sur le travail à l'intérieur des organisations. Au niveau des caractéristiques internes des organisations, il n'existe pas de modèle d'organisation idéal mais les recherches concluent qu'il est important de s'intéresser notamment à la structure de l'organisation, plus ou moins centralisée et plus ou moins propice aux échanges d'information et à la coopération, ainsi qu'aux règles et procédures existantes et à la culture organisationnelle locale.

Deux représentations graphiques peuvent être proposées

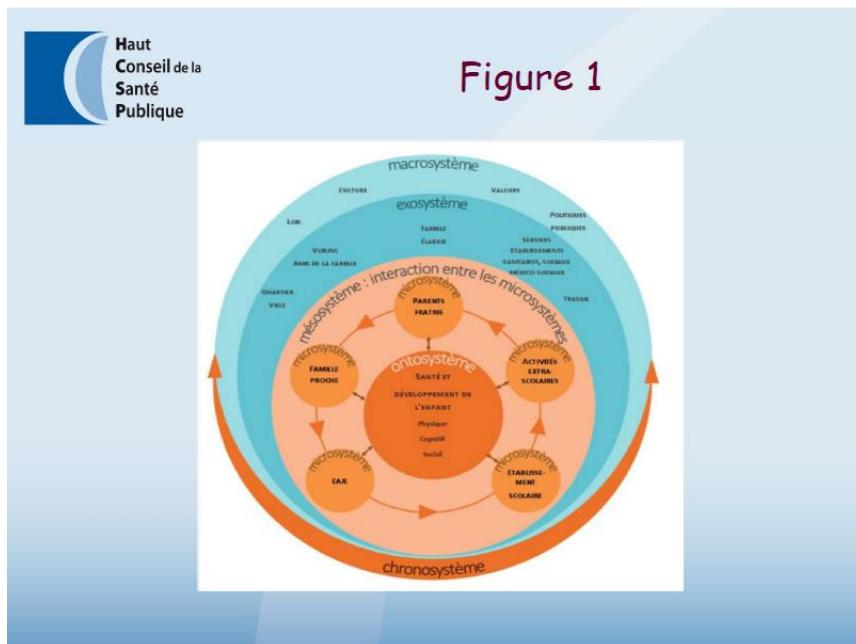


Figure 1 Niveaux du modèle écosystémique du développement de l'enfant repris dans le document 2021 de la HAS³⁵.

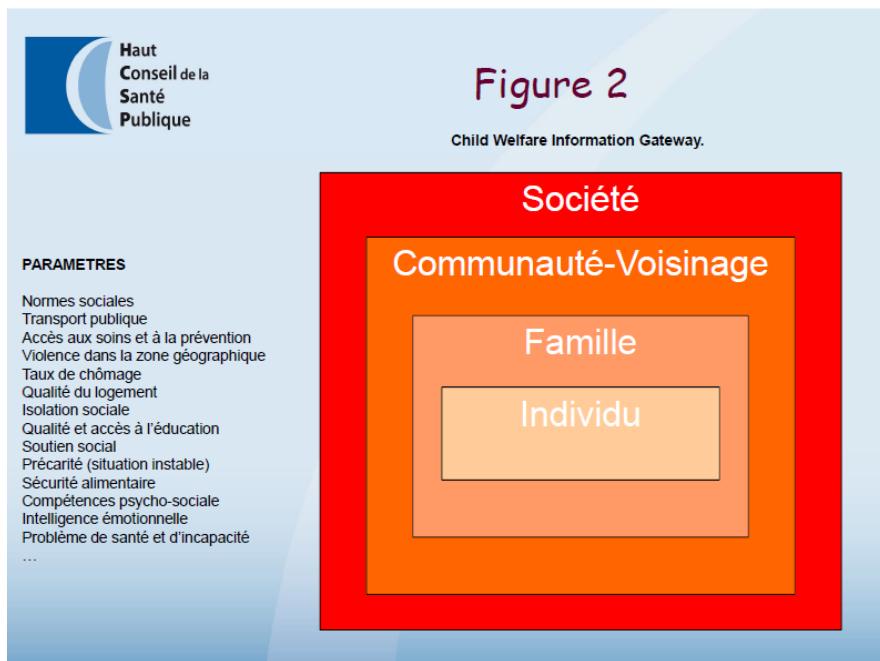


Figure 2 Construite à partir d'un document issu du département de l'enfance du département américain de la santé et services sociaux, Ministère de la santé des États-Unis [118].

³⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_preamble.pdf Haute Autorité de Santé, 2021

Références

110. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc.* mai 2013;61(5):679-85.
111. Beaulieu M, Leboeuf R, Crête R. La maltraitance matérielle ou financière des personnes âgées : un état des connaissances. In 2014. p. 3-122.
112. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui ACYS, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. *Gerontology.* 2015;62(1):71-80.
113. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* oct 2013;21(10):1020-8.
114. l'Intérieur M de. Panorama des violences en France métropolitaine : enquête Genese 2021 [Internet]. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021>
115. Maryse Jaspard et l'équipe Enveff. Population et Sociétés ; Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Population et Sociétés. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
116. European Commission. Gender equality strategy - European Commission [Internet]. Gender equality strategy. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en
117. Docteur Jean-Christophe MASSERON, Président SOS Médecins France, Madame Nathalie NION, Cadre Supérieure de Santé, APHP. Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf
118. Inégalités femmes-hommes à l'hôpital : des discriminations professionnelles toujours trop fréquentes et des violences sexistes banalisées | Ipsos [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/inegalites-femmes-hommes-lhopital-des-discriminations-professionnelles-toujours-trop-frequentes-et>

Fiche n° 4 – Facteurs de risque et de protection individuels de la maltraitance

Introduction

La maltraitance est un sujet multifactoriel avec des interactions entre les facteurs liés à l'individu victime de maltraitance et ceux liés au contexte dans lequel se produit cette maltraitance. Plusieurs modèles explicatifs peuvent être mobilisés quand on évoque la problématique des maltraitances tout au long de la vie. Dans ce travail, l'approche « écologique » ou « écosystémique » a été utilisée dans le but de mettre l'humain au centre des préoccupations en prenant en compte l'ensemble des interactions qui se réalisent entre l'individu (enfant, adulte, personne âgée) et son environnement physique et social [114]. Il est alors clairement difficile d'avoir des facteurs de risques purement individuels et des facteurs liés uniquement au contexte. De même, il semble difficile de séparer les facteurs de risque des facteurs de protection de la maltraitance car lorsqu'une situation est considérée comme à risque de maltraitance, son contraire peut être perçu comme une situation de protection. Il est difficile d'identifier une situation considérée comme totalement protectrice de la maltraitance dont le contraire n'est pas un facteur de risque. Par exemple, lorsqu'une famille non monoparentale est considérée comme à protectrice de maltraitance de l'enfant, elle traduit plus le risque que constitue le fait d'être une famille monoparentale. Dans cette fiche nous souhaitons, de manière non exhaustive, mettre en avant quelques facteurs individuels prédictifs (de risque et/ou protecteurs) de la maltraitance.

Facteurs de risque individuels

Le jeune âge de l'enfant et le risque de négligence

Dans le cadre de la maltraitance par négligence, le jeune âge de l'enfant est un facteur de risque important. Selon Pernel et Garret-Gloane [119], la négligence est une problématique qui touche plus particulièrement les enfants âgés de moins de 3 ans. Cette négligence n'est pas circonstancielle mais chronique, répétitive, s'installe très précocement pour des effets à long terme. Elle se développe dans un contexte systémique. C'est, parmi les maltraitances, la plus fréquente, et celle qui a l'impact le plus lourd sur le développement global de l'individu (cognition, croissance, développement psychomoteur, langage, comportement, relationnel, troubles de l'attachement, etc.). Elle affecte profondément la parentalité, et se transmet trop souvent de génération en génération (Pernel & Garret-Gloane, 2021) [119]. La négligence est favorisée par le jeune âge de l'enfant, les situations de jeune âge de la mère (moins de 20 ans), de faible niveau de littératie et la situation de handicap de l'enfant.

La précarité financière et l'isolement social de la famille

La précarité financière et l'isolement social sont des facteurs individuels prédictifs importants de maltraitance surtout chez l'enfant. Chez l'enfant des études montrent que les facteurs économiques et sociaux tels que la perception de prestations sociales, d'aide financière des membres de la famille, le recours à l'aide alimentaire, la difficulté à payer le loyer, et le fait de sauter les repas sont autant de facteurs qui prédisent la négligence des enfants (Slack et al., 2011) [120] . De manière très intéressante, le fait que le recours à l'aide alimentaire ou de percevoir une aide financière venant de membre de la famille soient des facteurs de risque de négligence chez l'enfant peut paraître contre-intuitif si ces comportements sont interprétés comme la preuve qu'une famille dispose d'un soutien social ou d'une volonté de demander de l'aide (qui suggères des capacités de protection). Cependant, ils peuvent également refléter le fait que les familles ont déjà restreint leur consommation avant de quand même recourir à ces formes d'aide. Ainsi, le stress économique a atteint un niveau élevé et dans ce cas cela doit servir de "signal

d'alarme" indiquant que la famille est déjà dans une situation d'instabilité et de concurrence interne à la cellule familiale pour satisfaire les besoins de chacun.

La violence liée au genre

La « violence de genre » prend sa source dans un système global d'inégalité entre hommes et femmes. Elle désigne toutes les formes de violence commises sur des hommes ou des femmes même si l'écrasante majorité des victimes sont des femmes. Dans ce contexte, le fait d'être une femme est un facteur de risque de maltraitance. De nombreux travaux de recherche ont été faits sur les rapports de domination entre les sexes et la violence sexiste ou « violence de genre » (« gender based violence » dans les textes internationaux). La « violence de genre » est polymorphe : verbale, physique, sexuelle, psychologique, économique et s'exprime en combinaisons variées de ces formes. Elle peut s'exercer dans le contexte familial, professionnel, public ou institutionnel. La question du genre peut constituer soit un facteur de risque direct de maltraitance ou un facteur de risque indirect (situation favorisant l'expression ou l'exacerbation d'autres facteurs de risque). La question du genre apparaît aussi, dans certains contextes culturels, comme associée à un risque de maltraitance, de même que le plus ou moins grand âge[121]. La maltraitance envers les personnes aînées. Dans Lussier, D. & Massoud, F. (Eds). Précis pratique de gériatrie (p. 1013-1038). 4e édition. Edisem., s. d.).

Le handicap et la dépendance physique ou mentale

La situation de handicap ou de dépendance constitue une situation à risque de maltraitance. Selon une étude de la Drees, Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales (Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d.)[122]. Selon l'enquête Cadre de vie et sécurité, entre 2011 et 2018, les personnes identifiées comme handicapées déclarent plus souvent que le reste de la population avoir été victimes de violences physiques, sexuelles et verbales au cours des deux années précédant leur interrogation. Les personnes handicapées font également plus souvent état de violences ayant causé des dommages physiques ou psychologiques importants. Parmi les caractéristiques individuelles qui ont été identifiées comme susceptibles d'augmenter le risque de faire l'objet de maltraitance chez la personne âgée figurent notamment la dépendance fonctionnelle ou le handicap, une mauvaise santé physique, des troubles cognitifs, des troubles de santé mentale.

L'orientation sexuelle

Le fait de faire partie d'une minorité sexuelle peut constituer un facteur de risque de maltraitance qui se manifeste sous la forme de discrimination, harcèlement ou violence sexuelles du fait de préjugés à l'égard de ces personnes. Une étude italienne visant à donner un aperçu des expériences de discrimination, de harcèlement et de violence vécues par un échantillon de transgenres italiens ayant subi une chirurgie de transformation sexuelle montre que 36 % ont connu au moins un épisode de harcèlement, de violence ou de discrimination au cours de l'année précédente (Prunas et al., 2018) [123]. Le lieu de travail a été signalé comme le lieu présentant le risque le plus élevé de discrimination et de harcèlement (22 % des participants). Il faut aussi noter que dans la même étude, les participants ont signalé que le fait de pouvoir compter sur un environnement familial favorable avant et après était un facteur protecteur contre le risque de discrimination ou de harcèlement.

Conclusion

La distinction entre les facteurs de risques individuels et contextuels reste un exercice de style pour rendre plus accessible une question très complexe telle que la maltraitance car il existe une interconnexion entre ces différents facteurs dont la présence peut multiplier les risques de maltraitance. Par exemple, la présence d'un handicap augmente le risque d'abus sexuel. Une revue de la littérature montre que les enfants et les adultes présentant une déficience intellectuelle courrent un risque plus élevé d'abus sexuel que leurs pairs non handicapés (Byrne, 2018) [124].

Références

119. SanteMentale. Les managers de santé face aux comportements sexistes [Internet]. Santé Mentale. 2021 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/09/les-managers-de-sante-face-aux-comportements-sexistes/>
120. Poulin-Grégoire D, Martin P. [Effects of vertical violence on the work of nurses in hospital settings: An exploratory study]. Rech Soins Infirm. 2023;151(4):30-42.
121. Comité consultatif national d'Etique pour les sciences de la vie et de la Santé. Avis 142 Finalisé.pdf - Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
122. Lorriaux A. On apprend encore aux futurs gynécos à toucher les patientes endormies sans leur consentement [Internet]. Slate.fr. 2018 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/170400/gynecologues-probleme-consentement-apprentissage-externes-medecine-touchers-vaginaux-rectaux>
123. Gouvernement. OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - Plateforme des pétitions de l'Assemblée nationale [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/1357>
124. Danielle BOUSQUET, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Geneviève COURAUD, rapporteure, Margaux COLLET, co-rapporteure, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexism [Internet]. 2018 juin. Report No.: Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Disponible sur: https://www.haut-conseil-equalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

Fiche n° 5 – Facteurs de risque et de protection contextuels de la maltraitance

Introduction

Plusieurs modèles explicatifs peuvent être mobilisés quand on évoque la problématique des maltraitances tout au long de la vie. L'intérêt principal de l'approche « écologique » ou « écosystémique » est de mettre l'humain au centre des préoccupations en prenant en compte l'ensemble des interactions qui se réalisent entre l'individu (enfant, adulte, personne âgée) et son environnement physique et social. Si la situation individuelle du maltraité peut être un facteur de risque ou de protection de la maltraitance, le contexte dans lequel vit ou évolue le maltraité est aussi un facteur pouvant influer grandement sur ce risque. L'individu, tout au long de la vie, va être en interaction directe avec les membres de sa famille, ses amis, ses différents éducateurs et enseignants... et avec les différentes personnes fréquentées dans son voisinage immédiat, son école, son quartier, son milieu de travail, etc. Certaines formes de maltraitance peuvent être directement liées au contexte dans lequel elles s'exercent. Dans cette fiche nous souhaitons mettre en avant et de manière non-exhaustive, quelques facteurs contextuels prédictifs (de risque et/ou protecteurs) de la maltraitance.

Facteurs de risque contextuels

Contexte familial

Le contexte familial est un prédicteur important de maltraitance aussi bien l'enfant que chez la personne âgée. Chez les enfants ces sont les relations entre parents-enfants d'une part et les relations entre les parents d'autre part qui peuvent être des facteurs de risque de maltraitance. Les difficultés voire l'incapacité en cas de négligences à répondre aux besoins fondamentaux du tout petit et des enfants entraînent un attachement parent-enfant insécurisé selon la théorie de l'attachement et le modèle des besoins fondamentaux [125]. Dans le cadre des relations entre parents, les facteurs de risques de maltraitance de l'enfant sont les suivants : la perte ou la séparation familiale par divorce, décès, emprisonnement d'un des parents, changement de résidence d'un des parents, et les rapports sociaux de sexe (dominance masculine, autorité patriarcale, soumission passive de la femme, etc).

Chez la personne âgée, la littérature scientifique est peu développée voire invisibilisée lorsqu'il s'agit de maltraitances au sein du milieu familial. Toutefois, selon l'association ALMA (plateforme téléphonique 3977) la très grande majorité des maltraitances envers les personnes âgées semblent se situer à domicile. La maltraitance intrafamiliale de la personne est multidimensionnelle et de nombreux facteurs de risque ont été identifiés. Mais les travaux concluent au besoin d'étudier les interactions entre tous ces facteurs de nature individuelle et environnementale et à l'impossibilité d'établir un « profil type de la personne âgée maltraitante ou maltraitée » [121].

La violence de genre

Si cette violence dite de genre a comme facteur de risque premier le genre de la personne maltraitée (facteur individuel), il est important de rappeler que certaines situations contextuelles peuvent la favoriser ou l'amplifier. La violence de genre est plus un problème sociétale qu'un problème individuel et elle peut s'exercer dans des contextes différents : dans l'espace public (violences physiques, psychologiques, sexuelles, cyberharcèlement /cyberviolence), sur le lieu de travail (comportements abusifs voire violents à caractère sexiste ou sexuel, harcèlement moral et sexuel, intimidation, violence verticale, chantage, menaces, humiliations, calomnie,

discriminations, insultes, agressions, pratiques nuisibles, exploitation) ou encore dans l'espace privé (violences domestiques notamment les violences faites aux femmes ou violences conjugales tels que coups, brutalités, sévices sexuels, injures, menaces, humiliations, chantage affectif, diffamation, violence économique, enfermement, mise à la porte, esclavagisme, prostitution, mutilations sexuelles, actes de barbarie, tentative de meurtre, féminicide).

Les lieux de privation de liberté

L'analyse des rapports du Contrôleur général des Lieux de privation de liberté souligne le risque important de violence dans les lieux de privation de liberté car « l'enfermement est propice aux violences interpersonnelles » [126]. La surpopulation carcérale représente l'un des facteurs explicatifs de ces violences en milieu carcérale. Cette violence touche également les mineurs emprisonnés [127]. Cette violence fait l'objet d'un plan pluriannuel de lutte contre les violences en milieu pénitentiaire depuis 2023 [128].

Cas spécifique du milieu sportif

Plusieurs cadre ou lieu peuvent être identifiés comme favorisant la maltraitance ou source de maltraitance. C'est le cas par exemple du milieu du sport ou la question de la maltraitance est un sujet bien connu et décrit dans le milieu du sport. Dans le milieu sportif, la maltraitance peut prendre plusieurs formes. Stirling *et al.* [129], propose un cadre conceptuel pour comprendre et analyser la question de la maltraitance dans le milieu sportif comportant 9 catégories regroupées en deux groupes (la maltraitance relationnelle et la maltraitance non-relationnelle).

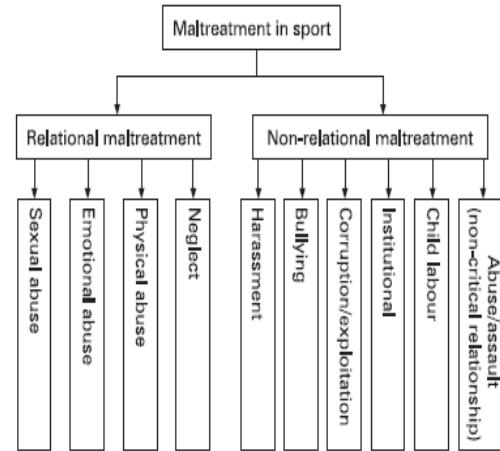


Figure 1 Categorisation of maltreatment in sport.

Dans le chapitre 11 du Livre « Psychologie du sport et de l'activité physique » publié en 2023, Elise Marsollier, Stéphanie Merieux-Scoffier et Sidonie Amiot traitent de « Violence en sport : état des lieux, caractérisation et implications pénales » [109]. Ils y distinguent, sur la base des estimations déclaratives, la violence psychologique (la plus fréquente) 36 à 70%, la négligence (peu étudiée) très fréquente également, la violence physique 3% à 53% et la violence sexuelle (la plus médiatisée) mais la moins rapporté 3% à 33%.

Personnes âgées en institution

La vie en institution des personnes âgées peut constituer un risque de maltraitance en France. En 2021, la Défenseure des droits a publié un rapport sur « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD » dans lequel elle rappelle un certain nombre de droits des personnes âgées admises en EHPAD parmi lesquels le droit à une prise en charge et à un accompagnement adapté ou encore la liberté d'aller et venir [126]. Ce rapport a dénoncé un certain nombre d'atteintes aux droits des personnes âgées en EHPAD mettant l'accent sur le caractère systémique du problème de maltraitance envers les résidents au sein des EHPAD. Quelques mois plus tard, un nouveau rapport constatait un bilan reste extrêmement préoccupant et les inquiétudes qui demeurent avec une réponse des pouvoirs publics n'est toujours pas à la hauteur des atteintes aux droits dénoncées [130]. Parmi les recommandations émises, on note l'urgence d'un ratio minimal d'encadrement (8 équivalent temps plein d'encadrement pour 10 résidents), de cesser

les violations de la liberté d'aller et venir, de clarifier et renforcer la politique nationale des contrôles et de restaurer la confiance des résidents et de leurs familles.

Conclusion

La distinction entre les facteurs de risques individuels et contextuels reste un exercice de style pour rendre plus accessible une question très complexe telle que la maltraitance car il existe une interconnexion entre ces différents facteurs dont la présence peut multiplier les risques de maltraitance. Les facteurs contextuels de risques de la maltraitance sont multiples avec un caractère parfois système. La lutte contre ces formes de maltraitance nécessite parfois des changements de regard de la société sur la question.

Références

125. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2018 mai [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-lenfant-en-protection-de-lenfance>
121. Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. & St-Martin, K. Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. & St-Martin, K. (2022). La maltraitance envers les personnes aînées. Dans Lussier, D. & Massoud, F. (Eds). Précis pratique de gériatrie (p. 1013-1038). 4e édition. Edisem. [Internet]. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://maltraitancedesaines.com/realisations/beaulieu-m-cadieux-genesse-j-st-martin-k-2022-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-dans-lussier-d-massoud-f-eds-precis-pratique-de-geriatrie-p-1013-1038-4e-edition-ed/>
126. Défenseur des droits. Les_droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad_20210505.pdf [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport_droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad_20210505.pdf
127. Turkieltaub S. La violence dans les Établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) ; l'échec de l'éducatif en prison ? Violence Dans Établ Pénit Pour Mineurs EPMnbsp; Léchec Léducatif En Prison [Internet]. 2011 [cité 30 mars 2024]; Disponible sur: https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/CAIRN/_b64_b2FpLWNhaXJuLmluZm8tSkRKXzMwNI8wMDUw/la-violence-dans-les-etablissements-penitentiaires-pour-mineurs-epm-nbsp;l-echech-de-l-educatif-en-pr
128. Ministère de la Justice. Un plan contre les violences en milieu pénitentiaire | Ministère de la justice [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/plan-contre-violences-milieu-penitentiaire>
129. Stirling AE. Definition and constituents of maltreatment in sport: establishing a conceptual framework for research practitioners. Br J Sports Med. déc 2009;43(14):1091-9.
109. Marsollier, É., Meriaux-Scoffier, S., & Amiot, S. Violence en sport [Internet]. www.elsevier.com. 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/violence-en-sport>

130. Rapport - Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-suivi-des-recommandations-du-rapport-sur-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-261>

Fiche n° 6 – Mode dépistage, signes d'alerte, identification et repérage

1. Le dépistage

Définition

Le dépistage est une démarche visant à identifier de manière précoce une situation, une maladie afin d'en gérer plus efficacement les conséquences possibles. Il existe dans le champ de la santé des critères classiques permettant de préjuger l'utilité/faisabilité de tel dépistage [131] et une attention particulière doit être donnée à la gouvernance de ces stratégies [132].

Le dépistage peut consister en une démarche

- Systématique imposée aux personnes (ex : dépistage de syphilis en début de grossesse).
- Systématiquement proposé selon les populations ou les circonstances (ex : dépistage du cancer du sein, dépistage néonatal [133]).
- « Opportuniste » c'est-à-dire non organisé (mais qui peut être recommandé : tabagisme)

Dépistage et maltraitance

Le dépistage de la maltraitance par analogie à la démarche médicale consisterait à identifier une maltraitance dont la victime ne manifeste pas spontanément l'existence.

Ainsi si l'on prend une « check-list » de légitimité ce concept de dépistage peut en théorie être appliqué à la maltraitance (sous réserve d'un accord sur la qualification de cet état et sur la validité des critères diagnostics).

Critères classiques	Maltraitance
Le problème (maladie,, risques...) recherché doit être important	Valide
Il doit exister une chronologie laissant la place à une identification précoce	Valide sans être systématique
Il doit exister une manière d'identifier précocement soit la situation soit des arguments suffisant	Valide mais à quantifier
La démarche doit être accepté par la population cible	À discuter selon les procédures envisagées
Il doit exister un consensus ce qui doit être pris en charge	Valide mais à préciser
La prise en charge post dépistage doit être acceptable pour les personnes	Valide sans être systématique
Les ressources d'identification et de gestion doivent être disponibles	Incertain
Les coûts doivent être en accord avec les bénéfices attendus	Raisonnablement valide
Cette recherche doit être périodiquement recommandé	À construire

Ce concept de dépistage était initialement destiné au dépistage des maladies mais peu à peu s'est étendu au dépistage des facteurs de risque (ex : l'hypertension artérielle et les anomalies génétiques de prédisposition) [134].

Une stratégie de dépistage pour pouvoir être évalué nécessite que la condition recherchée soit identifiable de manière consensuelle par une procédure qualifiée de *Gold Standard* (pour les cancers il s'agit de l'examen anatomopathologique). À partir de ce *Gold standard* on peut mesurer pour toutes les étapes que sont : signes d'alerte, résultats de « tests » de dépistage... des critères quantitatifs de performance/utilité et ce par référence à ce *gold standard*.

Deux paramètres sont importants :

« La sensibilité » : capacité à identifier la condition quand elle existe. Elle mesure la capacité à détecter les individus maltraités. Un défaut de sensibilité est parfois qualifié de « Faux négatif ».

« La spécificité » : capacité à juger à juste titre que la condition est absente. Elle mesure la capacité à détecter les individus non maltraités. Un défaut de spécificité est parfois qualifié de « Faux positif ».

D'une manière générale favoriser un de ces deux paramètres se fait souvent au détriment de l'autre

Des études scientifiques sur la maltraitance ont utilisé cette démarche en prenant comme gold standard la qualification en justice. Le HCSP estime qu'il s'agirait là d'une démarche qui serait transférable si les experts considéraient que la qualification en justice est un très bon reflet du phénomène maltraitance (ce qui n'est pas consensuel). Et ainsi ces études ne portent pas sur la maltraitance mais sur la maltraitance retenue par une décision de justice et ce dans **une zone géographiquement et temporellement définie**.

D'autres ont utilisé des jugements d'experts avec pourtant une reproductibilité de jugement médiocre (ce critère étant très important dans ce type de recherche). En effet à ce jour la reproductibilité (entre deux observateurs) de la qualification de maltraitances est faible à modéré, mais peut atteindre selon les circonstances des valeurs satisfaisantes. Ce manque de reproductibilité est observé chez les personnes âgées [135], chez les enfants [136] et dans d'autres domaines proches [137].

Il existe une variation importante de cette reproductibilité selon les situations, les spécialités et le niveau d'expertise [138].

La variabilité est liée non pas à une perception différente des symptômes mais à leurs interprétations [139].

Et ainsi on peut considérer que l'élaboration d'instruments de dépistage valides est un préalable avant d'envisager des programmes de dépistage

De manière encourageante on note que des questionnaires structurés améliorent la reproductibilité des évaluations[138]. Enfin pour faciliter les recherches dans ce domaine on peut signaler qu'il existe des procédures de mesure en l'absence de *gold standard* [139] [140].

Aux États-Unis, le dépistage de la vulnérabilité sociale et des évènements « adverses » pendant l'enfance est systématiquement recommandé par l'Académie Américaine de Pédiatrie. Les outils développés mélangeant ces deux dépistages [Sokol, Pediatrics 2019 PMID: 31548335]. Ce mélange peut être critiqué [Laporte IPERPH 2022], malgré tout ils les abordent dans une dynamique systématique et explicite.

Aux États-Unis, le dépistage de la vulnérabilité sociale et des évènements « adverses » pendant l'enfance est systématiquement recommandé par l'Académie Américaine de Pédiatrie. Les outils développés mélangeant ces deux dépistages [Sokol, Pediatrics 2019 PMID: 31548335]. Ce mélange peut être critiqué [Laporte IPERPH 2022], malgré tout ils les abordent dans une dynamique systématique et explicite.

Conclusion

L'absence de validation simple des procédures de dépistage « universel » n'est pas un argument contre la réalisation opportuniste de recherche d'identification (par exemple lors de la visite de médecin ou de soignants), ni contre la réalisation de contrôle sur les facteurs de maltraitance (en particulier institutionnel de maltraitances) mais limite grandement à ce jour l'ambition d'une sorte de programme systématique de dépistage de la maltraitance. Il est important de signaler que vu la fréquence des occasions manquées d'identification (particulièrement documenté pour les enfants cf Fiche 10 Signes d'alerte conséquences) une amélioration du dépistage opportuniste est indispensable. À ce titre, tout système de dépistage, même non-validé ou de qualité médiocre selon des paramètres psychométriques, aurait l'avantage d'initier un champs d'expression et d'investigation.

2 Quelques remarques concernant les signes d'alertes, repérage et identification

Processus d'identification

Si l'on retient comme processus diagnostique une démarche bayésienne, les signes d'alerte (ecchymoses, dépression, retrait...) sont interprétés à partir d'une probabilité *a priori*, le contexte rendant plus ou moins probable l'état suspecté.

En ce qui concerne la maltraitance connaître les signes d'alerte est nécessaire mais ne résume pas l'ensemble du processus. Il faut de plus distinguer les signes de la maltraitance et les circonstances qui rendent le diagnostic recherché plus fréquente (notion probabiliste et non déterministe). Cette démarche est « économique » dans le sens où elle optimise les valeurs de faux positifs et faux négatifs néanmoins elle induit un risque de prophétie auto-réalisatrice (circularité). Une situation équivoque quant à sa qualification a plus de probabilité d'être reconnu comme une maltraitance si elle est associée à des circonstances statistiquement associée à des maltraitances (ou que l'observateur croit associer à des maltraitances). Ainsi si la dépendance financière d'une personne (souvent des femmes) est associée à un risque de maltraitance, un doute dans ce contexte sera sans doute plus facilement arbitré en faveur de la maltraitance que si le contexte financier est plus favorable. Aboutissant ainsi à un renforcement de la valeur du paramètre « identifiant ». Notre groupe considère que ces étapes sont mal connues et méritent une amélioration indispensable.

Arbitrages concernant les outils à utiliser

Le HCSP souligne également qu'il existe des arbitrages complexes entre une possible efficacité de l'identification de la maltraitance et respect de la vie privée avec la tentation « Big brother smart cities » [141], les outils automatiques basées sur le monitoring de l'électromyogramme et de l'electrocardiogramme [142] et la possibilité de caméra caché [143].

Cas particulier

Enfin notre groupe est conscient des difficultés liées à l'arbitrage entre autonomie et ordre public pour les personnes plus ou moins sous emprise refusant signalement et recours à la justice [144].

Références

131. Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 9 avr 2018;190(14):E422-9.
132. Sturdy S, Miller F, Hogarth S, Armstrong N, Chakraborty P, Cressman C, et al. Half a Century of Wilson & Jungner: Reflections on the Governance of Population Screening. *Wellcome Open Res.* 17 août 2020;5:158.
133. Platts-Mills TF, Encarnacion JA, Bin Shams R, Hurka-Richardson K, Rosen T, Cannell B. Reliability of the longitudinal experts all data (LEAD) methodology for determining the presence of elder mistreatment. *J Elder Abuse Negl.* 2021;33(5):385-97.
134. Assurance maladie. Dépistage des IST [Internet]. Ameli.fr. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/depistage>
135. Barth J, Boer WEL de, Busse JW, Hoving JL, Kedzia S, Couban R, et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ.* 25 janv 2017;356:j14.
136. Buesser KE, Leventhal JM, Gaither JR, Tate V, Cooperman DR, Moles RL, et al. Inter-rater reliability of physical abuse determinations in young children with fractures. *Child Abuse Negl.* oct 2017;72:140-6.
137. Starling SP, Frasier LD, Jarvis K, McDonald A. Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse Negl.* juill 2013;37(7):456-64.
138. Vargen LM, Jackson KJ, Hart SD. Interrater reliability, concurrent validity, and predictive validity of the risk for sexual violence protocol. *Law Hum Behav.* 2020;44(1):37-50.
139. Rutjes AWS, Reitsma JB, Coomarasamy A, Khan KS, Bossuyt PMM. Evaluation of diagnostic tests when there is no gold standard. A review of methods. *Health Technol Assess Winch Engl.* déc 2007;11(50):iii, ix-51.
140. Umemneku Chikere CM, Wilson K, Graziadio S, Vale L, Allen AJ. Diagnostic test evaluation methodology: A systematic review of methods employed to evaluate diagnostic tests in the absence of gold standard - An update. *PLoS One.* 2019;14(10):e0223832.
141. Sangwan SR, Bhatia MPS. Soft computing for abuse detection using cyber-physical and social big data in cognitive smart cities. *Expert Syst.* 2022;39(5):e12766.
142. Karmakar A, Ganguly K, Ghosh P, Mazumder A, Banerjee P, De D. FemmeBand: a novel IoT application of smart security band implemented using electromyographic sensors based on wireless body area networks. *Innov Syst Softw Eng.* 25 sept 2022;
143. Bier N, Rialle V, Djellal A, Jean M, Brissonneau C, Williams-Jones B. La personne âgée « assistée technologiquement » : quels défis éthiques ? *Can J Bioeth.* 1 janv 2022;5:171.
144. Masson E. Intervenir dès les signalements : analyses victimologiques du protocole interpartenarial de lutte contre les situations de violence conjugale (France) [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1208205/intervenir-des-les-signalements-analyses-victimol>

Fiche n° 7 – Conséquences : généralités et conséquences économiques

Classiquement pour chaque situation de maltraitance, les conséquences peuvent être de quatre ordres : physiques, psychologiques, matérielle-financières, sociales. L'accent est insuffisamment porté sur les conséquences sociales (la solitude) qui peuvent conduire à une réduction d'espérance de vie. Les politiques et les statistiques publiques occultent parfois une partie des maltraitances notamment en matière de violences conjugales (y compris dans les couples homosexuels et les aînés), de même les enjeux d'intersections ne sont souvent pas vus. Ainsi, les conséquences des maltraitances non identifiées peuvent être différentes des conséquences des maltraitances identifiées.

Les conséquences actuellement décrites si elles sont indiscutables sont structurellement biaisées car il s'agit de conséquences le plus souvent recherchées car connues et de maltraitances identifiées.

L'analyse des conséquences peut se faire de manière analytique (conséquence par conséquence) et parfois très spécifique (fausses couches) mais aussi et, c'est l'objet de cette fiche, par la recherche d'invariant indépendant de la population victime et de la nature de la maltraitance. Néanmoins (et c'est l'objet d'autres fiches (enfants, personnes âgées, genre...)), la nature et l'intensité des conséquences varient de manière importante selon les circonstances (Exemple le syndrome du bébé secoué).

	Anxiété Dépression	Alimentaire Poids	Psychotique	Addiction	Diabète	Cancer	Cardio-Vasculaire	Pulmonaire
Enfant	++	++	++	++	++	++	++	++
Femme	++	?	?	++	?	?	?	?
personnes âgées	++	Court terme	Décompensation	-	-	-	Décompensation	-

	Précarité financière	Isolement
Enfant	Indirect	++
Femme	Mal connue mais probable	++
Personne âgée	++	++

Concernant la description des conséquences pour réaliser une synthèse rapide l'on peut considérer que les impacts sont certains, importants avec à la fois des points communs toutes maltraitances tous publics : autour de la sphère psychique (anxiété, dépression), des risques d'isolement et des impacts financiers plus ou moins direct. Concernant les troubles psychiques il existe une conséquence au niveau des ressources de prise en charge comme les centres régionaux de psychotraumatisme qui selon le rapport du HCE [145] présenteraient une dissociation majeure entre les besoins considérables et des moyens « dérisoires »

Structurellement les pathologies à développement lent (temps de latence exposition-pathologie long) comme les cancers et les maladies cardiovasculaires auront plus de probabilité d'être décelé en excès chez les enfants que chez les personnes âgées. Chez ces derniers la décompensation rapide de pathologie équilibrée/contrôlée préexistante en revanche est fréquente.

Conséquences « économiques » pour la société

Certains auteurs souhaitent faire une analyse économique du coût de la maltraitance (pour la société). Cette approche possède une utilité iconographique certaine et de prise de conscience, néanmoins notre groupe considère que ce type de calcul est d'une précision très limité (et très hypothèse dépendante) et possède en soi le risque d'être contreproductif : un faible coût rendrait il plus acceptable certaines maltraitances ?

Par ailleurs la valorisation de la vie humaine pose des problèmes théoriques[146].

Parfois sont comptabilisés les coûts des conséquences de la maltraitance et les coûts de sa gestion. Par exemple [147] : « La Cour des comptes avait chiffré en 2008 le coût annuel de la Protection de l'enfance à 6,6 milliards d'euros... Il est finalement probable qu'on approche aujourd'hui les dix milliards d'euros, tous postes confondus (prise charge ASE, éducation spécialisée, soins pédopsychiatriques, Protection judiciaire de la jeunesse) »

Quelques exemples d'analyse économique

Rapport de la CIIVISE 2023 [148] : Les agresseurs coûtent au moins 9,7 milliards d'euros par an à la société (en tenant compte de l'accueil et accompagnement des victimes, des coûts de la justice pénale de la perte de productivité ...)

Aux États-Unis (pays de 330 millions d'habitants) en 2016 en estimant à 2,4 millions de victimes et 1 700 morts, le poids économique calculé était de 2 000 milliards de dollars [149].

Dans le cadre des maltraitances (violence) de couple une étude américaine [150] a obtenu les résultats suivants : le coût estimé de 103 767 \$ par femme victime et 23 414 dollars par victime par homme. La répartition selon les postes était la suivante 59 % en frais médicaux, 37 % en perte de productivité, 2 % en activités de justice pénale.

Une étude publiée dans *Lancet Public Health* [151] portant sur les expériences négatives dans l'enfance (ENE) considère que :

- Les coûts annuels totaux imputables aux ACE ont été estimés à 581 milliards de dollars en Europe et à 748 milliards de dollars en Amérique du Nord. Plus de 75 % de ces coûts concernaient des personnes possédant deux ENE ou plus.
- Une réduction de 10 % de la fréquence des ENE pourrait aboutir une économie annuelle de 105 milliards de dollars.

Ce que l'on voudrait savoir et les pistes pour la recherche

Aux côtés des études analyses de coût, il apparaît utile de développer des analyses coûts/utilité des interventions selon les délais des études strictement interventionnelles ou au contraire mixte observationnelle-modélisée devraient être mises en place.

Deux grandes catégories se distinguent :

1 - Analyser les actions de prévention visant à limiter la fréquence ou la gravité des maltraitances.

2 - Les actions visant à limiter les conséquences de maltraitances par exemple grâce à un renforcement de l'aide à atteindre un niveau de qualification/diplôme [152].

Références

145. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport - Evaluation des Centres Régionaux du Psychotraumatisme : des besoins considérables, des prises en charge insuffisantes, des moyens dérisoires. - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2023 juill. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-equalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-evaluation-des-centres-regionaux-du-psychotraumatisme-des-besoins>
146. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Qu'en sait-on actuellement en France? Cah Dyn. 2015;66(4):17-27.
147. Morrow RH, Bryant JH. Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. Am J Public Health. oct 1995;85(10):1356-60.
148. CIIVISE. Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/>
149. Peterson C, Florence C, Klevens J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. Child Abuse Negl. déc 2018;86:178-83.
150. Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaidis C, McCollister KE, et al. Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. Am J Prev Med. oct 2018;55(4):433-44.
151. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. oct 2019;4(10):e517-28.
152. Hardcastle K, Bellis MA, Ford K, Hughes K, Garner J, Ramos Rodriguez G. Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: findings from a retrospective study. Public Health. déc 2018;165:106-16.

Fiche n° 8 – Spécificités

L'existence d'une définition commune de la maltraitance, coconstruite lors d'un processus valide, est la signature d'une transversalité et d'invariants persistants dans des contextes différents.

Néanmoins aux cotés de ces points communs, il existe des spécificités importantes rendant impossible la vision « one size fits all » et imposant des ajustements dans la compréhension et la gestion des maltraitances selon les circonstances.

Une approche équilibre et efficace de la maltraitance se doit de souligner cette double perspective d'invariants et de spécificités.

Les « Fiches » présentées dans le chapitre n'ont pour ambition que d'illustrer la diversité des situations. Elles ne prétendent ni à l'analyse extensive et détaillée (profondeur) ni à l'exhaustivité des cas particuliers traités (étendu).

Leur présence dans ce rapport n'est en aucun cas une priorisation ni une hiérarchie. C'est la conséquence de plusieurs facteurs : l'opportunité (lié à la présence d'expert dans notre groupe ou d'auditions), de la fréquence et/ou de la gravité, de la perception sociale de leur importance. Des situations non traitées aurait certainement mérité d'y figurer.

Notre groupe considère que nous avons eu l'opportunité de mettre en avant des spécificités liées aux populations qui seront présentées dans les fiches suivantes :

- Les enfants Signes d'alerte Conséquences
- Les personnes âgées Signes d'alerte Conséquences
- Maltraitance liée au genre
- Les personnes en situation de handicap
- Autres groupes de populations

En revanche nous n'avons pas pu détailler d'autres segmentations qui pourtant nous apparaissent pertinentes voir importantes. En particulier les segmentations intrafamiliales versus institutionnelles (différences qui apparaissent souvent dans d'autres parties du rapport), selon le cadre ou selon la nature des maltraitances.

Nous proposons dans cette introduction présenter quelques exemples de circonstances/contextes (souvent inspiré par les auditions).

1 - Lieux de privation de liberté

En France l'analyse des rapports du Contrôleur général des Lieux de privation de liberté (de même que son audition) souligne l'importance du phénomène de maltraitance avec de nombreuses clefs d'entrée

La surpopulation carcérale. Indépendamment d'autres facteurs de maltraitances qui pourraient être dévoilés par une résolution de cet aspect quantitatif (74 237 détenus pour 60 629 places). Les médecins et les surveillants sont contingentés selon le nombre théorique d'incarcéré. De plus on note des effets cascade : Les médecins voient moins de patients que prévu car les surveillants ne sont pas assez nombreux pour les accompagner

Madame la contrôleur estime que qu'il ne s'agit pas d'un problème essentiellement pénitentiaire mais doit être abordé de manière plus globale (questionnement sur la place de l'emprisonnement dans le système pénal et d'un recours accru aux peines alternatives à l'incarcération.). Ainsi on peut noter que la résolution réelle d'un problème « interne » ne peut se concevoir que dans une approche plus systémique.

- Place de l'interprétariat et de la compréhension des personnes privées de liberté
- Prise en charge des personnes

D'une manière générale on note des avis pour des situations croisant le lieu (privation de liberté) et des caractéristiques des personnes : enfants, perte d'autonomie (handicap et âge), étrangers, transgenres, troubles psychiatriques, exercice du culte, protection des biens des personnes détenues.

2 - Dans le cadre de sports (compétition essentiellement)

Le sujet des maltraitances y est à la fois connu et bien conceptualisé [129].

Des enquêtes (souvent sur de petits effectifs) vise parfois à quantifier leur fréquence par type d'activités sportives (sport collectif ou individuel avec parfois un focus sur les sports de combat [153] ou genre des victimes [154]).

Dans le chapitre 11 du Livre « Psychologie du sport et de l'activité physique[109] » publié en 2023, Elise Marsollier, Stéphanie Merieux-Scoffier et Sidonie Amiot traitent de « Violence en sport : Etat des lieux, caractérisation et implications pénales ».

Ils y distinguent (avec des estimations déclaratives) :

- La violence psychologique (la plus fréquente) 36 à 70 %
- La négligence (peu étudiée) très fréquente également
- La violence physique 3 % à 53 %
- La violence sexuelle (la plus médiatisée) mais la moins rapportée (sous-déclaration ?) 3 % à 33 %

Ils distinguent 4 auteurs :

- Les parents
- Les entraîneurs (catégorie la plus spécifique)
- Les co-équipiers ou les adversaires
- Le staff (technique ou médical)

Ce sujet a attiré l'attention d'institutions telles que le Comité International olympique (CIO) dès 2016 [155] ; à noter que cet article a été cité 380 fois (novembre 2023).

En France le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) a installé une commission de lutte contre les violences sexuelles et les discriminations dans le sport le 18 janvier 2022 [156]. Et l'Assemblée nationale a créé une commission d'enquête relative à l'identification des défaillances de fonctionnement au sein de fédérations françaises de sport, du mouvement sportif et des organismes de gouvernance du monde sportif ayant délégation de services public le 5 juillet 2023 [157].

On note ici un exemple de la difficulté d'une approche centrée de manière très importante sur la victime et l'importance d'une « multi-approche » contextuelle : club sportif, de sports de combat, genre féminin, maltraitance psychologique, perpétré par un entraîneur...

3 - Dans le monde associatif

Ce sujet est sans doute sous-estimé et pourrait mériter des investigations complémentaires. Une analyse tenant compte de la nature plus ou moins hiérarchique de la structure et des enjeux de promotion ou de valorisation au sens large serait sans doute explicative. On peut citer comme exemple la Fédération Française des Échecs (avec un accent sur les mauvais traitements liés au genre).

4 - Sur les lieux de travail et sur les lieux de formation

Il s'agit là à la fois d'un lieu d'exposition à la maltraitance et d'un lieu de recherche d'aide [158].

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : INRS (Santé et sécurité au travail) produit de nombreux documents :

- Harcèlement moral et violence interne
- Harcèlement sexuel et agissements sexistes
- Stress, harcèlement, agression, burnout...
- Risques psycho sociaux ...

Les syndicats sont également très impliqués à la fois dans la maltraitance que peuvent subir des salariés et les maltraitances qu'il seraient amené à exercer en raison de contraintes organisationnelles.

À titre d'exemple la CFDT a pris position sur la prévention des maltraitances dans les crèches [159] et une position sur les lanceurs d'alerte [160].

De manière similaire la CGT également est très consciente de ces enjeux sur la petite enfance [161] ou des maisons de retraite [162].

Concernant les liens hiérarchiques le concept de supervision toxique est très bien décrit et étudié [163].

De même que les analyses des comportements hostiles au travail qui comportent plusieurs défis [164] dont peut-être le premier est que la recherche bibliographique peut être trouvée sous une variété de termes, tels que "agression au travail", "incivilité au travail", "abus émotionnel", "abus généralisé au travail" et "harcèlement au travail".

Une autre difficulté est que la définition de frontières est souvent floue :

- Entre formes non physiques d'hostilité et d'agression et la violence physique au travail
- Inclure ou distinguer comme une catégorie particulière le harcèlement sexuel,
- Se limiter ou non aux actions qui se produisent entre les membres de l'organisation, tels que les collègues, les superviseurs et les subordonnés ;
- Ne tenir compte que des actions qui causent un préjudice mesurable (physique, psychologique) relativement rapidement
- Distinguer retentissement individuel ou organisationnel/collectif

Là encore le croisement des facteurs est à signaler si l'on peut imaginer une homogénéité théorique liée au lieu de la maltraitance (lieu de travail), il faut prendre en compte que le genre,

l'existence d'un handicap, la perception d'une typologie ethnique impactent la construction, la réalisation et le traitement des maltraitances.

Concernant la maltraitance au cours des cursus de formation, ils ont été rapportés lors de plusieurs auditions, décrits dans la littérature en relation en particulier avec le sexism et les orientations sexuelles [165] et documentés dans des enquêtes³⁶.

Parmi les oppositions on peut ajouter le cadre urbain ou non pouvant permettre la réalisation de programme spécifique ou non tel que l'application d'objectif tel que « Ville sensibilisée aux traumatismes post maltraitance/violence ». La ville de Philadelphie [166] [167] est souvent pris en exemple, comme par un collectif associatif à Marseille [168] à noter néanmoins le titre « décalé » du Journal « Faire de Marseille une ville non violente ».

La nature des maltraitances également est une segmentation classique retrouvée dans la littérature.

Parfois une double spécificité s'impose comme le cas des maltraitances (violences) sexuelles sur enfant, le périmètre de ces sujets étant l'objet de discussions voire de tensions comme le montre le cas récent de la CIIVISE.

Concernant les maltraitances financières on peut noter que la tutelle/curatelle est à la fois une mesure de protection et parfois une source de maltraitance. La prise en compte des maltraitances financières devrait mobiliser d'autres acteurs comme les banquiers et les notaires (auditionnés par le collectif des institutions saisies).

Enfin certaines situations méritent une attention en raison de leur émergence (liée à la modernité numérique et connectée) ou sur les circonstances environnementales ou au regroupement de catégories préexistantes comme les Limitations ou vulnérabilité communicationnelle [169][170]. Nous sommes conscients du caractère en partie arbitraire du choix et insistons sur le caractère souhaitable pour les contextes non traités dans ces fiches ou cette introduction de s'appuyer sur l'approche transversal pour structurer les réflexions puis d'identifier d'éventuelles nuances ou spécificités.

Les approches trop focalisées seront bousculées par l'intersectionalité, les approches trop universelles si elles sont « économiques » seront souvent inefficace par méconnaissance du terrain.

Références

129. Stirling AE. Definition and constituents of maltreatment in sport: establishing a conceptual framework for research practitioners. Br J Sports Med. déc 2009;43(14):1091-9.

153. Vveinhardt J, Fominienè VB, Andriukaitienè R. The dark side of sport: managerial bullying and harassment challenges in different types of sports. J Bus Econ Manag. 29 sept 2020;21(6):1525-42.

³⁶<https://paroledesagesfemmes.com/infos-pratiques/actus-medecine/bien-etre-des-etudiants-sages-femmes-quelles-evolutions-depuis-la-derniere-enquete-de-2018>.

154. Pica E, Hildenbrand A, Vettese A, Stone A, Pozzulo J, Fraser L. Abuse in Sports: The Influence of Victim Gender, Defendant Gender, and Type of Abuse. *J Police Crim Psychol.* 24 oct 2022;
109. Marsollier, É., Meriaux-Scoffier, S., & Amiot, S. Violence en sport [Internet]. www.elsevier.com. 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/violence-en-sport>
155. Mountjoy M, Brackenridge C, Arrington M, Blauwet C, Carska-Sheppard A, Fasting K, et al. International Olympic Committee consensus statement: harassment and abuse (non-accidental violence) in sport. *Br J Sports Med.* sept 2016;50(17):1019-29.
156. Comité national Olympique et Sportif Français. Lutte contre les violences et les discriminations [Internet]. CNOSF. Disponible sur: <https://cnosf.franceolympique.com/lutte-contre-les-violences-et-les-discriminations>
157. Thomas P, Chau D, Jetelina K. Mental health and help-seeking behavior within the United States technology industry: Investigating workplace support. *J Workplace Behav Health.* 15 févr 2022;37:1-16.
158. Bhattacharjee A, Sarkar A. Abusive supervision: a systematic literature review. *Manag Rev Q.* 15 août 2022;1-34.
159. Qualité d'accueil dans les crèches : Il est urgent qu'un service public de la petite enfance voie le jour [Internet]. Portail CFDT.fr. 2023. Disponible sur: https://www.cfdt.fr/portail/presse/communiques-de-presse/qualite-d'accueil-dans-les-creches-il-est-urgent-qu-un-service-public-de-la-petite-enfance-voie-le-jour-srv2_1307596
160. Le défi de la protection des lanceurs d'alerte [Internet]. Portail CFDT.fr. 2018 [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cfdt.fr/portail/actualites/vie-au-travail/le-defi-de-la-protection-des-lanceurs-d-alerte-srv2_601842
161. Fédération CGT des services publics : Egalité femmes-hommes [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cgtservicespublics.fr/vos-droits/discriminations-droit-de-greve/egalite-femmes-hommes/>
162. Maisons de retraites maltraitantes au nom de la rentabilité | CGT [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cgt.fr/actualites/france/sante/justice/maisons-de-retraites-maltraitantes-au-nom-de-la-rentabilite>
163. Tepper B, Simon L, Park HM. Abusive Supervision. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 23 avr 2017;4.
164. Keashly L, Jagatic K. North american perspectives on bullying at work. *Bullying Harass Workplace Dev Theory Res Pract.* 1 janv 2011;41-71.
165. Farnoli V, Latina J, Nicole-Berva O, Puig G, éditeurs. Sexisme, LGBTphobie et harcèlement sexuel au sein de la HES-SO Genève: quelles influences sur les parcours professionnels et de formation ? Genève: Haute Ecole de Gestion de Genève; 113 p.
166. Beidas RS, Adams DR, Kratz HE, Jackson K, Berkowitz S, Zinny A, et al. Lessons learned while building a trauma-informed public behavioral health system in the City of Philadelphia. *Eval Program Plann.* déc 2016;59:21-32.
167. Last BS, Johnson C, Dallard N, Fernandez-Marcote S, Zinny A, Jackson K, et al. Implementing trauma-focused cognitive behavioral therapy in Philadelphia: A 10-year evaluation. *Implement Res Pract.* 1 janv 2023;4:26334895231199468.

168. Tanguy D. Ils veulent faire de Marseille une ville non-violente [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.laprovence.com/article/societe/3253834419706515/ils-veulent-faire-de-marseille-une-ville-non-violente?id=3253834419706515>
169. Barreyre JY. Les Personnes En Situation de Handicap Complexes Avec Altérations des Capacités de Décision, D'Action Et de Communication : Retour Sur la Méthode. Alter - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap. 2019;13(3):207–217.
170. Ancet P. Handicap et culture - La culture comme travail de réflexion. Rencontres. 13 nov 2019;63-75.

Fiche n° 9 – Maltraitance chez les enfants : signes d'alerte et conséquences

Introduction

La maltraitance chez les enfants est un sujet qui présente beaucoup de spécificités importantes liées entre autres :

1 - À la dépendance structurelle du nouveau-né à son environnement [171], pour reprendre une formule utilisée dans un document de l'ONPE : son « état d'immaturité organique »[172].

2 - À son espérance de vie en moyenne structurellement plus importante que celle des adultes ou des personnes âgées ; ainsi, les séquelles des maltraitances vont s'exprimer sur de longues périodes.

3 - À une sémiologie nécessitant une expertise spécifique, en l'absence de capacité descriptive verbale non encore acquise selon les âges.

4 - À la possibilité décrite plus bas du risque de reproduction de victime à violent.

Dans l'écosystème de la maltraitance cette fiche correspond à une segmentation selon la victime/son âge mais possède également un croisement fort avec la segmentation selon le cadre (familial le plus souvent).

1. Signes d'appel, signes d'alerte, repérage des maltraitances dans l'enfance

1.1 Maltraitance physique

Les signes d'alerte sont surtout très développés et étudiés concernant la maltraitance physique.

Le contexte de présentation au niveau des vigies habituelles (milieu scolaire, accueil petite enfance, médecin, service d'urgence, PMI, etc.) peut être évident : l'enfant rapporte des mauvais traitements physiques, sexuels ou psychologiques, est triste voire mutique, replié sur lui-même ou au contraire « se réfugie dans les bras » d'un professionnel inconnu et ne le lâche plus en présence des parents ; les signes physiques sont fortement évocateurs, l'hygiène corporelle est défaillante chez un nourrisson, il existe des signes de sous-alimentation, les explorations radiologiques sont en faveur. Parfois, c'est le bilan exploratoire et autopsique d'une mort inattendue du nourrisson (MIN) qui confirme une cause traumatique ou toxique intentionnelle.

Lorsque l'histoire alléguée est floue, changeante d'un parent à l'autre, d'un jour à l'autre et/ou que le mécanisme n'est pas compatible avec les lésions observées et/ou avec le développement psychomoteur, cela renforce la suspicion de maltraitance ou négligence.

La répétition de venues chez le médecin et/ou en service d'urgence pour des accidents domestiques chez un nourrisson doit alerter, **l'informatisation du dossier médical et l'interopérabilité des logiciels médicaux devraient permettre à tout professionnel de santé agréé d'avoir accès à ces informations et un repérage plus précoce de situation d'enfant en danger.**

Parmi les signes physiques évocateurs figurent les **lésions qualifiées de sentinelles**, ce sont ces lésions qui précèdent parfois chez un nourrisson pré-mobile des lésions plus graves voire une issue fatale. Sheets LK et al. [173] avaient retrouvé chez 200 enfants victimes d'abus prouvés que 27,5 % d'entre eux avaient une histoire médicale de lésions sentinelles et dans 80 % des cas, il

s'agissait d'une ou plusieurs ecchymoses. . La fréquence de lésions similaires non suivis d'événements plus graves n'est pas connue.

- Les ecchymoses en particulier avant l'âge de la mobilité (quelles qu'en soient la taille, le nombre ou la couleur), sur des zones incompatibles avec le développement psychomoteur, reproduisant la marque de l'objet employé (ceinture, bague, paume de main, semelle de chaussure, fer à repasser, à lisser, etc.). C'est la manifestation la plus commune d'abus physique de l'enfant. Elles sont très suspectes si :

- **âge < 6 mois** quel que soit le nombre, même unique [174] localisation, taille ou **âge ≥ 6 mois et au cours de l'enfance** et atteinte cou, oreilles, joues, dos, fesses, organes génitaux externes, tronc ;

- si ecchymoses symétriques (avant-bras, jambes, poignet/chevilles/ligatures), multiples ou de grande taille [175];

- **si associée(s) à des pétéchies** : dans l'étude de Maguire SA et al. [176], la valeur prédictive positive en faveur d'un abus était égale à 80 % ;

- Les brûlures notamment symétriques, à contours bien limités (aspect de brûlures en gant ou chaussette par exemple), reproduisant des formes (cigarettes, fer à lisser, à repasser) et de **localisation suspecte** (dos, fesses, extrémités (pieds), périnée, pharynx) ;

- Les morsures humaines ;

- Les lésions orales et/ou dentaires comme une rupture du frein supérieure de la lèvre avant l'âge de 2 ans et sans explication plausible ou les inclusions, avulsions, fractures dentaires, ou brûlures du pharynx (ulcère postérieur/biberon donné de force) [177];

- Une fracture des os longs avant l'âge de la marche, de localisation inhabituelle chez un nourrisson (sternum, vertèbres, scapula), des tassements vertébraux étagés chez un petit nourrisson non mobile, des fractures costales, un aspect radiologique fracturaire particulier (en anse de seau, en coin, fractures multiples d'âges différents) – Un tiers des enfants maltraités ont des fractures.

Dans d'autres situations, c'est la découverte de lésions cérébrales évocatrices d'un syndrome de bébé secoué chez un nourrisson accompagné pour une allégation de traumatisme crânien accidentel, ou celle de lésions radiologiques suspectes (fractures de côtes) à l'occasion d'un examen d'imagerie pour un motif autre (ex. d'une radiographie du thorax chez un enfant fébrile) ou la découverte d'une administration de toxiques à l'insu chez un enfant présentant des malaises à répétition.

Les explorations (physiques, d'imagerie, biologiques, toxicologiques, ophtalmologiques) en cas de suspicion de maltraitance **doivent être protocolisées**, appliquées de façon homogène **au plan national**, connues des équipes médicales des services d'urgence, de pédiatrie et en lien avec le ou les pédiatres référents de l'établissement et les Unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger déployées sur le territoire (UAPED).

1.2 Maltraitance psychologique ou sexuelle

Les signes d'alerte permettant le repérage de maltraitance psychologique ou sexuelle sont peu spécifiques et de révélation souvent décalée.

Les signes de maltraitance psychologique comportent chez le nourrisson des troubles des interactions précoces, des troubles du comportement lié à un défaut de l'attachement et à tout

âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales (Fiche Mémo HAS mise à jour 2017) [178].

Aucun des signes d'appel rapportés et repris dans le rapport de la HAS (2011)³⁷ n'est caractéristique ou spécifique d'une maltraitance sexuelle. Cependant, ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsque : ils **s'associent** entre eux, se **répètent** et s'inscrivent dans la **durée** et qu'ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.

En fonction de l'âge (de la petite enfance et au-delà), ils comprennent : des signes généraux **aspécifiques** (douleurs abdominales, céphalées, nausées, etc.), des troubles des conduites alimentaires et/ou de comportement (repli sur soi, aboulie, refus scolaire, refus de voir certaines personnes sans raison évoquée, tristesse, agressivité, hypersexualisation, conduites à risque, fugues, tentatives de suicide, etc.), de symptômes génito-urinaires (prurit, dysurie, saignements et/ou pertes vaginales, douleurs génitales, infections urinaires répétées chez un enfant prépubère, énurésie), ou encore d'un déni de grossesse, d'une IVG, d'une infection sexuellement transmissible. Le constat d'un comportement inapproprié de proche(s) peut être évocateur (gestes déplacés, caresses, proximité corporelle).

La Ciivise, dans son rapport publié en novembre 2023 intitulé « Violences sexuelles faites aux enfants : *On vous croit* » [104], recommande un dépistage systématique par questionnaire adapté et formule 82 préconisations. Les dix premières sont axées sur le repérage : **organiser le repérage** par le questionnement systématique des violences sexuelles auprès de tous les mineurs et auprès de tous les adultes par tous les professionnels ; **organiser le repérage pour les tout-petits** en s'appuyant sur le carnet de santé qui permet de vérifier le suivi médical ; intégrer l'incestuel dans la pratique du repérage ; intégrer les cyberviolences dans la pratique du repérage ; intégrer le repérage des violences sexuelles dans les consultations de **jeunes filles mineures** pour une IVG et pour toute grossesse précoce ; intégrer le repérage des violences sexuelles dans les consultations à la suite d'une tentative de suicide d'un enfant ou d'un adolescent ; évaluer la mise en œuvre des 2 rendez-vous de dépistage et de prévention à l'école primaire et au collège ; instaurer un entretien individuel annuel d'évaluation du bien-être de l'enfant et de dépistage des violences ; veiller à l'utilisation effective du référentiel de la HAS d'évaluation du danger et du risque de danger et inclure le repérage systématique des violences sexuelles ; rechercher, en cas de mort par suicide, si la personne a été victime de violences sexuelles dans l'enfance. La CIIVISE a aussi conçu, avec le concours de plusieurs ministères, un outil de formation sur le repérage et le signalement des violences sexuelles faites aux enfants[179]. Le ministère de l'Éducation nationale a publié un vademecum intitulé *Violences sexuelles intrafamiliales : comprendre, prévenir, repérer et agir* [180]).

Les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins, qu'ils exercent en libéral, à l'hôpital, dans les services de santé ou à l'école, et les professionnels du secteur social sont les acteurs de proximité les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une maltraitance sexuelle ainsi que les situations à risque. Rapport HAS 2011 Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur [181].

³⁷ Rapport HAS 2011 Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur

1.3. Négligences

Le thème des négligences fait l'objet de l'appel à projets 2024 de l'ONPE [182].

Le choix de l'association de trois formes - négligences, violences psychologiques et exposition aux violences conjugales - dans la mise en exergue des signes d'alerte, est lié au fait qu'elles ne sont généralement pas associées à des signes physiques par atteinte directe, et que les mécanismes psychopathologiques et neurobiologiques renvoient à des modèles proches.

L'association de ces trois formes de maltraitance est fréquente, néanmoins un pourcentage d'enfants maltraités âgés de moins de trois ans, et plus encore âgés de moins d'un an, subit **des négligences seules** éventuellement avec une exposition aux violences conjugales et sans être associés à de la maltraitance physique ou sexuelle.

Nous ciblons les signes d'alerte de ces formes de maltraitances, au cours de la première année de vie, qui a des conséquences majeures sur le développement de l'enfant et son devenir. C'est aussi la période la plus sensible aux réponses de l'environnement à ses besoins fondamentaux des tout-petits.

Les signes d'alerte liés à l'examen de l'enfant ne sont pas des signes fixés contrairement à ce qui peut être observé dans les conséquences. Ils sont variables dans leur présentation, leur association et dans leur observation. Non pathognomiques, ils ne sont pas spécifiques et sont partagés avec toute forme de souffrance de l'enfant jeune sans précision de l'origine. Ils ne peuvent, à eux seuls, constituer des signes constitutifs d'un diagnostic.

C'est pourquoi les signes d'alerte s'adossent au **contexte de vie** de l'enfant et à **l'observation des interactions** afin de concourir à une hypothèse de maltraitance. Néanmoins, repérer les signes d'alerte, s'ils ne peuvent mener à eux seuls à un diagnostic, est une étape essentielle pour mettre en place des actions visant à y remédier (du fait de leur réversibilité) et à soutenir l'environnement proche dans une **dimension de prévention et de suivi**.

Le repérage s'appuiera avec profit sur des outils d'évaluation scientifiquement validés comme, par exemple, l'Echelle N-FIDI ou le guide de Steinhauer³⁸. L'ensemble de ces outils nécessite une formation des professionnels et une utilisation pluridisciplinaire.

Les signes d'alerte, isolés ou associés, répertoriés chez l'enfant de moins de trois ans se déclinent de la façon suivante :

A- *Les troubles somatiques, sensoriels et psychomoteurs*

1. Troubles fonctionnels : retard de croissance, régurgitations, inappétence, absence rythmes.
2. Troubles du sommeil/vigilance : hypervigilance/se réfugie dans le sommeil
3. Troubles de l'alimentation (régurgitations importantes, etc.)
- 3.Troubles du regard : évitant, collé, vigilant, triste, apathique, vide...
- 4.Troubles sensoriels : visuel (agrippement) auditif, tactile...
- 5.Troubles psychomoteurs
 - Troubles de la régulation tonique, hypertonie postérieure, hypotonie/hypertonie
 - Balancements, stéréotypies
 - Hyperactivité souvent désorganisée après l'acquisition de la marche

³⁸ https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ccl_2312_negliges.pdf

B- Les troubles affectifs

1. Émotions négatives
2. Troubles de la régulation émotionnelle
3. Troubles de l'attachement
4. Troubles de l'investissement ludique

Les signes d'appel étant peu spécifiques, il est nécessaire d'être vigilants aux contextes de vie dans la mesure où les enfants négligés peuvent, secondairement, subir de la maltraitance physique et, surtout, sans suivi, présenter plus tard, des troubles du langage, des troubles cognitifs, un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou un Trouble du neurodéveloppement, etc. qui ne sont que les conséquences des négligences initiales non repérées [183] [184].

2. Les conséquences

Comme précisé par la suite, il apparaît que les conséquences sont multiples, durables et importantes.

2.1. Facteurs impactant la gravité

2.1.1 La nature des maltraitances

Il ne s'agit pas de faire une hiérarchie des maltraitances mais de souligner que certaines ont des conséquences quantitatives et qualitatives particulières justifiant une attention adaptée.

Les exemples qui suivent n'ont pas l'ambition de couvrir l'ensembles de cas et des nuances qui y sont attachés. On peut néanmoins souligner l'importance des atteintes sexuelles ayant justifié la création d'une instance indépendante spécifique la CIIVISE [148].

Le syndrome du bébé secoué qui a bénéficié en 2022 de la part du Gouvernement d'une campagne nationale de sensibilisation [185].

2.1.2 Une période sensible

L'enfant est un individu en développement que ce soit physiologiquement (maturation des tissus/organes) et psychologiquement. Concernant la répercussion de la maltraitance sur les structures cérébrales, l'âge est particulièrement important. De 0 à 36 mois, la plasticité cérébrale est maximale, rendant cette période particulièrement sensible [186] [187].

Dans les 10 premières années de vie, se mettent en place les fonctions cognitives supérieures [188]. Cette plasticité représente une fenêtre d'opportunité mais aussi de vulnérabilité. De ce constat émerge la notion d'empreinte à long terme de maltraitances pendant l'enfance sur la santé de l'adulte qui rejoint le concept de la DOHaD (**origines développementales de la santé et des maladies**). Il est important ici de ne pas faire de déterminisme fort. Tous les enfants ayant subi des maltraitances ne sont pas affectés de la même façon. Néanmoins dans une revue systématique de 2023, utilisant des données « objectives » (morphométrie du cerveau) et subjectives (symptômes psychiatriques), cette notion de période de grande sensibilité à la maltraitance n'a pas pu être mise en évidence. Cela ne remet pas en cause le questionnement sur cette période « sensible » mais interroge sur la manière de l'aborder [189].

2.1.3 La fréquence des « Adverse Childhood Experiences » (ACEs), expériences négatives dans l'enfance

Les conséquences des maltraitances pendant l'enfance s'étudient en fonction du nombre d'ACEs vécus, de leur durée, de l'âge de l'exposition (période développementale), des facteurs aggravants et des facteurs protecteurs propres à l'enfant et ceux de l'entourage familiale ou professionnel, de la nature des maltraitances, de l'histoire des parents et du contexte écosystémique.

La revue systématique et leur méta-analyse de la littérature sur les ACE publiée dans *The Lancet Public Health*, Karen Hughes et al. soulignent deux points :

1 Un impact significatif du nombre d'ACE avec un effet seuil (moyen) autour de 4.

2 La diversité des effets néfastes sur la santé associée à l'adversité de l'enfance. Les risques étaient faibles ou modestes (odd ratio OR < 2) pour l'inactivité physique/sédentarité, surpoids ou obésité et diabète, modéré pour le tabagisme, l'addiction lourde à l'alcool, mauvais état de santé perçu, cancer, maladie cardiovasculaire et respiratoire (OR 2 à 3), forte pour conduite sexuelle à risque, maladie mentale et alcoolisme (OR 3 à 6) et très fort pour addiction aux drogues et violence envers les autres et eux-mêmes (OR plus de 7). Les effets des expériences négatives vécues au début de la vie sur les trajectoires de santé ultérieures sont manifestement profonds et diffus.

Les jeunes exposés à l'adversité ont souvent de mauvais résultats en matière de santé à l'âge adulte. De nombreuses données établissent un lien entre les expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACE) et l'altération de la santé et du fonctionnement social plus tard dans la vie, selon une relation dose-réponse qui suggère une relation de cause à effet [190].

L'analyse plus détaillée de ces conséquences (à partir de l'analyse de la littérature et d'analyses institutionnelles : Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) et de l'OMS) est décrite dans l'Annexe Conséquences sociales et de santé de la maltraitance des Enfants.

À noter par ailleurs qu'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) de l'ONU [191] est susceptible de réduire la fréquence et/ou la gravité des ACEs.

2.2 Compréhension des conséquences (plausibilité biologique) : allostasie et charge allostastique

Il est important de rappeler que les adversités sociales peuvent avoir des empreintes biologiques ce qu'explique le concept du bio-social ou incorporation du social vers le biologique [192].

La notion de charge allostastique permet d'expliquer cette incorporation du social (maltraitance) dans la physiopathologie de l'individu. L'allostasie permet d'expliquer comment les mammifères vont s'adapter à des effets adverses pour maximiser leur capacité de survie tout en limitant les dommages somatiques [193]. Malheureusement, la résilience d'un organisme pour maintenir l'allostasie a un coût et, au cours de la vie, une répétition des stress induit une fatigue biologique, renvoyant au concept de charge allostastique qui reflète l'usure physiologique [194][195].

2. Ce que l'on voudrait savoir - Pistes pour la recherche

Il est souhaitable de mieux comprendre pour intervenir les 2 niveaux : structurel (société) et individuel ainsi que leurs interactions ; ce qui donne tout son importance aux études de cohorte de naissances (cohorte Elfe en France) voire au croisement d'informations de sources différentes. Le financement et la continuité des outils apparaissent indispensables.

Des pistes intéressantes peuvent être retrouvées dans le compte-rendu du Séminaire de Santé publique France réalisé en mars 2023 [196].

On peut en extraire quelques points :

- Les données disponibles actuellement en France ne mesurent qu'une partie des maltraitances faites aux enfants.
- Il est très important de définir et d'obtenir des indicateurs sur les **déterminants sociaux, économiques et culturels** à côté des indicateurs sur la maltraitance et ses conséquences.
- L'importance de l'articulation sociale, judiciaire et sanitaire mais aussi nationale, régionale et territoriale.
- Une attention particulière doit être donnée au repérage/signalement.
- Favoriser et analyser la prise charge en particulier psychique (qui et comment).
- Souligner les difficultés liées aux obstacles réglementaires ne facilitant pas les recherches (point également souligné lors des auditions). On note lors de ce colloque une intervention d'un représentant de la CNIL partenaire incontournable de ces réflexions.

À noter enfin qu'une des conclusions de ce séminaire souligne « L'absence de coordination entre les différentes politiques, la multiplicité de programmes qui s'enchevêtrent » qui est également une des remarques majeures de notre groupe.

Références

171. Lahire B. 15. Altricialité secondaire : vulnérabilité et dépendance de l'enfant humain. In: Les structures fondamentales des sociétés humaines [Internet]. Paris: La Découverte; 2023 [cité 31 mars 2024]. p. 547-614. (SH / Sciences sociales du vivant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-structures-fondamentales-des-societes-humaines-9782348077616-p-547.htm>
172. ONPE. Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf
173. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. Pediatrics. avr 2013;131(4):701-7.
174. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM, Examining Siblings To Recognize Abuse Investigators. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. J Pediatr. août 2014;165(2):383-388.e1.
175. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. Arch Dis Child. févr 2014;99(2):108-13.

176. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child - Educ Pract [Internet]. 1 oct 2010 [cité 31 mars 2024]; Disponible sur: <https://ep.bmjjournals.com/content/early/2010/10/06/adc.2009.170431>
177. Dorfman MV, Metz JB, Feldman KW, Farris R, Lindberg DM, ExSTRA Investigators. Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse. Arch Dis Child. août 2018;103(8):747-52.
178. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
104. CIIVISE. Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit [Internet]. 2023 nov. Report No.: 291833_0.pdf. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
179. Mélissa et les autres - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/melissa-et-les-autres/>
180. Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports. Violences sexuelles intrafamiliales Comprendre, prévenir, repérer et agir [Internet]. [cité 2 avr 2024]. ([eduscol.education.fr](https://eduscol.education.fr/document/12583/download)). Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/document/12583/download>
181. Haute Autorité de Santé. Recommandations et bonne pratique Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez les mineur [Internet]. 2011 mai. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf
182. ONPE, France Enfance Protégée. Appel à projets thématique 2024 les négligences en protection de l'enfance [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/ao/2024.onpe_aapt_.pdf
183. Mascaro R, Duhamel A, Deken V, Jardri R, Charlet D, Carillo F, et al. Construction et validation d'une échelle d'évaluation des troubles liés à la négligence (N-FIDI : Négligence-besoins fondamentaux, interactions, détresse/enfant). Devenir. 5 mai 2021;Vol. 33:113-34.
184. Masson E. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1542475/impact-des-negligences-parentales-chez-l-enfant-de>
148. CIIVISE. Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/>
185. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>
186. Effets À Court Et À Long Terme de La Maltraitance Infantile Sur Le Développement de La Personne | PDF | Abus sur mineur | Traumatisme psychologique [Internet]. Scribd. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/622722043/Effets-a-Court-Et-a-Long-Terme-de-La-Maltraitance-Infantile-Sur-Le-Développement-de-La-Personne>

187. Bolter F, Keravel E, Oui A, Schom AC, Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. *Rev Polit Soc Fam.* 1 janv 2017;124:105-12.
188. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA.* 3 juin 2009;301(21):2252-9.
189. Schaefer JD, Cheng TW, Dunn EC. Sensitive periods in development and risk for psychiatric disorders and related endpoints: a systematic review of child maltreatment findings. *Lancet Psychiatry.* déc 2022;9(12):978-91.
190. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* août 2017;2(8):e356-66.
191. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous [Internet]. Développement durable. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
192. Vineis P, Avendano-Pabon M, Barros H, Bartley M, Carmeli C, Carra L, et al. Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium. *Front Public Health.* 12 mai 2020;8:118.
193. Edes AN, Crews DE. Allostatic load and biological anthropology. *Am J Phys Anthropol.* janv 2017;162 Suppl 63:44-70.
194. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med.* 27 sept 1993;153(18):2093-101.
195. Benarous X, Cohen D. Rôle des mécanismes épigénétiques dans le développement et la transmission des traumas psychiques [Internet]. 2020 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://mabm.toulouse-metropole.fr/Default/doc/CAIRN/eae539ceffa33b5516379e9406fdbf03/role-des-mecanismes-epigenetiques-dans-le-developpement-et-la-transmission-des-traumas-psychiques>
196. SPF. Paroles d'experts. Regards croisés sur la conduite de recherches sur la maltraitance intrafamiliale envers les enfants et les adolescents - 30-31 mars 2023 [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/paroles-d-experts.-regards-croises-sur-la-conduite-de-recherches-sur-la-maltraitance-intrafamiliale-envers-les-enfants-et-les-adolescents-30-31-m>

Fiche n° 10 – Maltraitance des personnes âgées ; Signes d'alerte et conséquences

Contexte

La maltraitance des personnes âgées est généralement définie comme un acte unique ou répété, ou une absence d'action appropriée [197]. Elle est à l'origine de conséquences négatives pour la personne âgée qui en est victime et peut se produire dans toute relation où il existe une atteinte de confiance. Elle constitue une violation des droits de l'homme. Elle comprend les atteintes physiques, sexuelles et psychologiques, les abus financiers et matériels ; l'abandon et la négligence; la perte de dignité et de respect ; l'âgisme sous toutes ses formes. Elle peut survenir quel que soit le lieu, dans la communauté et en institution.

Une revue systématique réalisée à partir des 52 études retenues et impliquant 28 pays a retrouvé pour les personnes âgées de plus de 60 ans vivant dans la communauté une prévalence globale de 15,7 % (IC 12,8-19,3) ; de 11,6 % (8,1-16,3) pour les abus psychologiques ; de 6,8% (5,0-9,2) pour les abus financiers, de 4,2 % (2,1-8,1) pour la négligence ; de 2,6 % (1,6-4,4) pour les maltraitances physiques ; et de 0,9 % (0,6-1,4) pour les abus sexuels [198].

En France, les données de la Fédération « 3977 » pour l'année 2022, attestent que sur 82 000 appels reçus, 82 % des victimes ont 60 ans et plus (69% de femmes) ; les lieux de maltraitance concernent respectivement le domicile ou un établissement pour 59 % et 41 % des cas ; les auteurs sont des professionnels (47 %), l'entourage familial (37%), voisins ou amis... (13 %) ; les maltraitances familiales les plus fréquentes étaient représentées par les négligences (25 %), psychologiques (21 %) ou physiques (19 %), liées aux soins (14 %), financières (10 %), le non-respect des droits (10 %), les violences sexuelles (1 %) (Rapport d'activité 2022 Fédération 3977 contre les maltraitances).

Ces données attestent d'une problématique de santé publique.

Signes d'alerte et repérage

Les signes d'alerte sont multiples, ils reflètent les différents types de maltraitances et doivent conduire à l'évoquer et/ou à l'écartier.

La constatation :

- de signes cutanés tels que les ecchymoses, hématomes, griffures, coupures, brûlures, escarres peuvent être la conséquence de différentes causes traumatiques ; ou non directement traumatiques telles que la contention
- de fractures pouvant affecter l'ensemble du squelette, et ne s'expliquant pas uniquement par une chute
- d'une altération de l'état général, avec une perte de poids significative au cours des derniers mois, et non expliquée par une cause précise, pouvant ainsi faire évoquer un défaut d'alimentation. Il en va de même pour une déshydratation qui doit faire évoquer des apports hydriques insuffisants en cas d'incapacités par exemple.
- d'un déconditionnement inexpliqué, pouvant être lié à un confinement non justifié
- de tous les signes, y compris vestimentaires, pouvant être en rapport avec une hygiène défectueuse

- de conséquences liées à des insuffisances de soins : la macération avec intertrigo majeurs des plis peut faire évoquer des changements insuffisamment fréquents de protection; les difficultés ou incidents résultant de l'absence de pose de lunettes, des appareils dentaires ou auditifs pour les personnes incapables de les gérer seules et après une toilette par exemple.

- d'infections gynécologiques, de plaies génitales ; de gestes de protection ; d'une méfiance ou une angoisse au moment de la toilette ; de manifestations thymiques permanentes telles qu'anxiété, dépression, repli sur soi, sentiment de honte. Ces signes doivent faire évoquer une maltraitance sexuelle. Une attention toute particulière doit être apportée en présence de troubles cognitifs rendant la communication difficile.

- d'un changement de comportement avec repli sur soi, anxiété, dépression, idées noires, insomnies, sentiment de peur, communication plus difficile ou méfiance excessive, déclin inexplicable des fonctions cognitives voire un état confusionnel. Ces signes non spécifiques doivent faire évoquer une maltraitance psychologique à condition toutefois qu'ils ne trouvent leur explication par une cause précise. La maltraitance psychologique accompagne souvent les autres types de maltraitance, elle est souvent insidieuse.

- de déséquilibres financiers soudains avec retraits inhabituels sur les comptes bancaires pouvant entraîner un manque d'argent pour les dépenses courantes et des privations ; des placements injustifiés ; la disparition d'objets de valeur tels que les bijoux, les donations non totalement consenties et particulièrement en présence de troubles cognitifs alors qu'il n'existe pas de mise en place de mesures de protection ,doit conduire à écarter une maltraitance financière ou matérielle par un tiers, en l'absence de cadre légal ou familial partagé.

- de la non reconnaissance des droits, des compétences et connaissances de la personne âgée, l'emploi d'expressions infantilisantes ou désobligeantes, le tutoiement excessif par des non proches constituent autant de manifestations de maltraitance psychologiques. Par ailleurs, la réalisation de façon dématérialisée, de plus en plus systématique de toutes les démarches administratives, ne tient le plus souvent pas compte de la fracture numérique ni des capacités de la personne âgée qui devra trouver de l'aide. Ces situations peuvent entraîner une anxiété, un sentiment de dépendance et de dévalorisation ainsi qu'une perte de confiance en soi.

- d'attentes excessives de prise en charge qui peuvent faire évoquer une discrimination ; celles-ci sont susceptibles d'entraîner ou majorer des incapacités et être considérées comme des maltraitances. Il en va de même pour l'inadaptation fréquente des transports en commun pour des personnes âgées à la mobilité ralentie et à risque de chutes et fractures; ainsi que pour les déplacements sur les espaces piétonniers indument utilisés par les vélos et trottinettes qui mettent la personne âgée en danger et risquent d'entraîner un confinement et un déconditionnement par peur de sortir (courses, visites, promenades...).

De nombreux signes évocateurs de maltraitance physique ne sont cependant pas spécifiques et peuvent donc prêter à confusion avec des symptômes de situations pathologiques dans un contexte souvent complexe de pathologies et déficits intriqués. Une évaluation gériatrique complète est donc nécessaire en cas de doute [199], [200].

Le repérage devrait donc être d'autant plus fréquent et/ou systématique que le contexte majore le risque de maltraitance. En effet de nombreuses personnes âgées maltraitées ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas, les signaler. Un sentiment de culpabilité, de honte, de dépendance, de banalisation ; ou l'incapacité psychologique ou cognitive, sont souvent présents. Les personnes

maltraitées peuvent aussi vouloir protéger les auteurs quand il s'agit de l'entourage familial ; ou avoir peur d'être abandonnées ; ou d'être obligées de quitter leur domicile.

Dans le cas où les auteurs des maltraitances sont les soignants, les personnes victimes peuvent se sentir trop dépendantes, ou avoir peur. Elles peuvent aussi être incapables de les rapporter, en cas d'incapacité à utiliser les différents modes de communications, ou en l'absence de visiteurs ou d'intervention de professionnels de la santé.

Par ailleurs à domicile les différents intervenants : médecins, soignants, travailleurs sociaux, entourage familial peuvent méconnaître les signes de maltraitance car ceux-ci sont souvent difficiles à distinguer dans un contexte plus ou moins complexe intriquant plusieurs pathologies et incapacités, y compris dans le domaine cognitif.

Les situations à risque doivent ainsi faire l'objet d'une attention accrue. Les résultats d'une méta-analyse impliquant quarante-neuf études, a retenu plusieurs facteurs de risque [201]. Ceux-ci sont représentés par: la déficience cognitive, les problèmes comportementaux, la présence de maladie psychiatrique ou de problèmes psychologiques, la dépendance fonctionnelle, une altération de l'état de santé ou une fragilité, un faible niveau de revenus, des épisodes antérieurs de maltraitance, l'appartenance ethnique, un contexte relationnel de disharmonie familiale, des relations distendues ou conflictuelles avec l'entourage, un environnement caractérisé par un faible soutien social et un isolement (sauf pour les abus financiers). Concernant l'auteur : le fardeau ou le stress de l'aidant ; la présence d'une maladie psychiatrique ou des problèmes psychologiques sont autant de facteurs de risque. À l'issue de cette méta-analyse, il peut donc être retenu une origine multifactorielle de la maltraitance des personnes âgées impliquant des facteurs de risque inhérents à la personne elle –même, à l'auteur de la maltraitance ; ainsi que le contexte relationnel et environnemental.

Une revue de littérature plus récente (2020) inclut également la cohabitation avec le responsable de la maltraitance, ainsi que la présence d'une conduite addictive [202].

Le tableau ci-dessous est issu de ce travail.

Table 2. Vulnerability and Risk Factors Based on a Systematic Review (Storey, 2020).

Name	Definition	
	Victims	Perpetrators
Physical health problems ^a	Poor physical health, medical problems, or physical disability (Beach et al., 2005; Dong, 2015; Eisikovits et al., 2004; Johannessen & LoGiudice, 2013; Lachs & Pillemer, 2015).	
Mental health problems ^a	Diminished psychological health, cognitive impairment (including the diagnosis of dementia), intellectual disability, the recent worsening of cognitive abilities, and mental health problems, such as depression and anxiety (Acierno et al., 2010; Dong et al., 2014; Jackson, 2016; Johannessen & LoGiudice, 2013; Lachs et al., 1997; Wiglesworth et al., 2010).	
Dependency	Care or financial dependency (Jackson & Hafemeister, 2014; Pillemer et al., 2007).	Financial dependency (Jackson & Hafemeister, 2011).
Problematic attitudes	Wanting to protect the abuser by minimizing the abuse or displaying ambivalent or inconsistent opinions regarding the perpetrator's behaviors (Henderson et al., 2002; Jackson & Hafemeister, 2014).	Ageism, antisocial behavior such as hostility, a history of criminal behavior, and unrealistic expectations of the victim (Anme et al., 2006; Johannessen & LoGiudice, 2013; Lachs & Pillemer, 2015; Olofsson et al., 2012).
Previous victimization	Previous abuse experienced or witnessed, other than the current episode of EA (Fulmer et al., 2005; Johannessen & LoGiudice, 2013).	Previous abuse experienced or witnessed during the perpetrator's childhood or adolescence (Jackson & Hafemeister, 2011).
Substance abuse problems ^a	Problems related to the use of illegal substances or misuse of legal substances, such as alcohol (Anetzberger et al., 1994; Henderson et al., 2002; Jackson, 2016; Kosberg, 1988).	
Cohabitation ^b	Cohabitation with the perpetrator (Jackson & Hafemeister, 2011; Johannessen & LoGiudice, 2013; Peterson et al., 2014).	

Note. EA = elder abuse.

^aThe definition for victims and perpetrators is the same. ^bThis factor is only examined for victims.

De très nombreux outils de dépistage ont été développés pour identifier et repérer la maltraitance en ville ou en institution. Parmi les nombreux outils utilisés pour le repérage à domicile ; on note en particulier l'échelle « Abuse of the Elderly in the European region » (ABUEL) qui comporte 52 items ; l'échelle « Elder Abuse and Neglect Assessment Instrument (EAI) » 44 items, l'échelle

« the Indicators of Abuse (IOA) » 46 items pour les personnes âgées et 44 items pour les aidants, la « Geriatric Mistreatment Scale » (GMS) 22 items, la *Brief Abuse Screen for the Elderly* (BASE) 5 items [203].

Une méta-analyse récente, ayant retenu 15 échelles, n'a cependant pas permis de conclure que leur usage pouvait être généralisé chez les personnes vivant à domicile, en raison de critères de validation et de répétabilité insuffisants ; et plus particulièrement pour celles qui présentent des troubles cognitifs. Les auteurs recommandent le développement et la validation d'outils concis, faciles à utiliser, et incluant les différents aspects de la fragilité **afin d'orienter vers un parcours dédié si la maltraitance est avérée.** Il est nécessaire, par ailleurs, d'accroître le niveau de connaissance et de perception des professionnels de santé [204].

Des conclusions identiques étaient apportées par une autre revue de littérature [205].

La maltraitance des personnes âgées dans les institutions gériatriques constitue un problème à part entière ; en effet, les estimations de la prévalence de la maltraitance des personnes âgées en structure gériatrique , aux États-Unis se situent entre 2 % et 10 % (Lachs et Pillemer, 2004)[206].

Le repérage de la maltraitance en milieu institutionnel doit faire appel à des indicateurs spécifiques. En l'absence d'outil de repérage faisant consensus, il convient de prendre en compte, de façon non exhaustive :

- les manquements et interruptions de soins, par exemple ; les protections insuffisamment changées ou au contraire injustifiées ; des aides systématiquement insuffisantes pour accomplir les activités de base de la vie quotidienne et qui correspondent aux besoins de la personne (aide à l'alimentation, pour aller aux toilettes, absence de mobilisation en journée de patients déficitaires...) ;
- l'utilisation inappropriée de moyens de contention physique ou médicamenteux (utilisation non justifiée de psychotropes) ;
- les problèmes liés à l'administration de médicaments : absence de dispensation ou dispensation inappropriée;
- la maltraitance physique ou psychologique ; par exemple comportements inappropriés de soignants : violences verbales, comportement agressif, blessures occasionnées, une violation de la vie privée avec par exemple une intimité de la personne non respectée,
- les abus sexuels [207], [208], [209].

Conséquences des maltraitances des personnes âgées

Les maltraitances entraînent des conséquences potentiellement graves à court, moyen et long terme. Elles peuvent être de nature médicale augmentant les risques de décès (ou réduisant l'espérance de vie moyenne), ainsi que la survenue directe ou indirecte d'incapacités ; ou d'ordre psychologiques, sociales ou économiques. Un seul type de maltraitance peut avoir des conséquences multiples, elles-mêmes pouvant de manière autonome amplifier des effets négatifs.

Les conséquences médicales sont responsables d'une augmentation de la morbi-mortalité, d'autant plus qu'il existe un contexte de fragilité associé, avec un risque accru d'hospitalisation en urgence. Elles peuvent concerner une atteinte physique avec plaies, hématomes, fractures, pouvant occasionner des séquelles temporaires ou définitives, des décompensations en cascade,

un risque accru de développer des syndromes gériatriques ou de les aggraver avec atteinte fonctionnelle et de l'autonomie (activités de base et instrumentales de la vie quotidienne)

Les conséquences psychologiques sont presque constantes et fonction du contexte, elles sont représentées par une anxiété liée à la maltraitance elle-même, ou plus indirectement sur l'incertitude du devenir ; un état dépressif pouvant conduire à des idées suicidaires ; une perte de confiance en soi et/ou une altération de l'estime de soi ; un sentiment de honte, de culpabilité.

Les conséquences sociales sont considérables avec risque d'isolement et/ou sentiment de solitude, perte de contacts avec l'entourage, exacerbation des conflits avec les proches, risque accru d'entrée en institution en lien avec la survenue d'une dépendance.

Les conséquences financières concernent la perte de revenus ou de réserves financières pouvant entraîner la contraction de dettes et une insolvabilité, la vente de biens matériels, la privation de biens familiers ou essentiels [210], [211] [212], [213].

L'identification et orientation

Un examen et une évaluation multidimensionnelle de la victime potentielle de maltraitance sont indispensables afin d'établir les faits et un lien de causalité ; la plupart des signes de maltraitance ainsi que les conséquences comme indiqué précédemment étant peu ou pas spécifiques. La collecte des informations concernant les circonstances de l'évènement de maltraitance est également nécessaire, elle pourra être réalisée par les professionnels de santé, les services sociaux, les forces de l'ordre, les structures hospitalières ou ambulatoires. Un signalement est indispensable, il pourra se faire directement auprès des autorités judiciaires (procureur) ou via des plateformes nationales telles que le « 3977 » (voir tableau ci -dessous) mis en place depuis de nombreuses années.

La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées est indispensable afin d'une part de diminuer les situations à risque ainsi que la fréquence des cas et leurs conséquences. Elle passe par la promotion d'attitudes positives, l'éducation et la formation en particulier en structure d'hébergement ainsi que par le respect des bonnes pratiques.

Une prise en charge, avec un parcours dédié allant du signalement aux actions, est indispensable en cas de situation avérée.



Références

197. Centers for Disease Control and Prevention | National Center for Injury Prevention and Control | www.cdc.gov/violenceprevention. ELDER ABUSE SURVEILLANCE: UNIFORM DEFINITIONS AND RECOMMENDED CORE DATA ELEMENTS [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ea_book_revised_2016.pdf
198. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. févr 2017;5(2):e147-56.
199. Dong X. Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator? J Am Geriatr Soc. août 2015;63(8):1686-8.
200. Beach SR, Carpenter CR, Rosen T, Sharps P, Gelles R. Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. J Elder Abuse Negl. 2016;28(4-5):185-216.
201. Johannessen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing. mai 2013;42(3):292-8.
202. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. Aggress Violent Behav. 2020;50.
203. Schofield M. Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness. In: Elder Abuse: Research, Practice and Policy. 2017. p. 161-99.
204. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. Clin Interv Aging. 2020;15:1793-807.

205. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. « Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help »: Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. *The Gerontologist*. 2 avr 2020;60(3):472-82.
206. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet Lond Engl*. 2 oct 2004;364(9441):1263-72.
207. Naderi Z, Gholamzadeh S, Ebadi A, Zarshenas L. Development and psychometric properties of the hospitalized elder abuse questionnaire (HEAQ): a mixed methods study. *BMC Geriatr*. 30 août 2022;22(1):715.
208. Mikton C, Beaulieu M, Yon Y, Cadieux Genesse J, St-Martin K, Byrne M, et al. PROTOCOL: Global elder abuse: A mega-map of systematic reviews on prevalence, consequences, risk and protective factors and interventions. *Campbell Syst Rev*. 27 avr 2022;18(2):e1227.
209. Conner T, Prokhorov A, Page C, Fang Y, Xiao Y, Post LA. Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: evidence from structural equation modeling. *J Interpers Violence*. janv 2011;26(1):21-33.
210. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc*. mai 2013;61(5):679-85.
211. Beaulieu M, Leboeuf R, Crête R. La maltraitance matérielle ou financière des personnes âgées : un état des connaissances. In 2014. p. 3-122.
212. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui ACYS, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. *Gerontology*. 2015;62(1):71-80.
213. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. oct 2013;21(10):1020-8.

Fiche n° 11 – Maltraitance et violences liées au genre

Le genre est au cœur de l'organisation de la vie sociale et influence les relations de pouvoir et d'autorité. Femmes et hommes n'ont pas les mêmes « normes d'existence » et se construisent en fonction d'assignations sociales liées au genre. Selon la société dans laquelle ils évoluent (la politique, la culture dont les croyances ...), ils seront influencés par des normes, des valeurs et donc des représentations de rôles basés sur des appartenances de sexe et de genre. En découlera une division sociale du travail basée sur des attentes différentes souvent liées aux stéréotypes de genre avec un système de différenciation et de hiérarchisation des relations de pouvoir générant des comportements différents. La classe sociale, l'ethnie, l'âge, l'orientation sexuelle créent aussi des inégalités dans les rapports sociaux. L'intégration, la marginalisation voire l'exclusion d'individus s'expliqueraient par la conformité ou la non-conformité aux attentes sur des normes de compétences, de comportement et d'apparence liées au genre.

De nombreux travaux de recherche ont été faits sur les rapports de domination entre les sexes et la violence sexiste ou « violence de genre » (« gender based violence » dans les textes internationaux).

La « violence de genre » prend sa source dans un système global d'inégalité entre hommes et femmes. Elle désigne toutes les formes de violence commises sur des hommes ou des femmes même **si l'écrasante majorité des victimes sont des femmes**. : 87 % selon l'enquête de victimisation Genese et 89 % des mis en cause pour violences conjugales sont des hommes [214].

La « violence de genre » est **polymorphe** : verbale, physique, sexuelle, psychologique, économique... et s'exprime en combinaisons variées de ces formes.

La « violence de genre » s'exerce dans tous les milieux sociaux et dans toutes sortes de lieux et principalement au domicile où s'exerce un rapport de domination des hommes sur les femmes avec emprise sur leurs corps.

Parmi les violences figurent les violences sexuelles à l'égard des hommes et des femmes dont les viols, les violences liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, ou ENVEFF en 2003, montre par ailleurs que les femmes ayant des comportements sexuels non conformes aux normes de genres préétablies sont survictimisées (homosexuelles...). Cette même enquête montre la multiplicité et la fréquence des violences spécifiques subies par les femmes [215].

I - Dans l'espace public : violences physiques, psychologiques, sexuelles, cyberharcèlement / cyberviolence (dont « harcèlement de rue », insulte, menace, vol avec violence, coups, blessures, exhibition, avances sexuelles, pelotage, attouchements, tentatives de meurtre ...). Les femmes jeunes et les femmes en situation de précarité sociale ou d'isolement sembleraient les plus touchées. D'après une enquête menée en 2015, par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) 100 % des femmes qui prennent les transports en commun, ont subi du harcèlement sexiste ou des agressions sexuelles.

Les mouvements féministes ont fait émerger le concept de violences sexuelles dans les années 70 suscitant une prise de conscience collective de la réalité de leur existence. Cette approche féministe considère que la violence porte atteinte à l'intégrité de la personne du fait d'un rapport de domination. Plus tard, c'est l'arrivée d'internet qui facilitera la libération de la parole des femmes avec des séries de hashtags sur les réseaux sociaux pour témoigner et dénoncer des abus sexistes en majorité subis par des femmes notamment suite à l'affaire Harvey Weinstein en 2017,

(#BalanceTonPorc, #Paye ton utérus, #JeSuisVictime, #MeToo, #JaiPasDitOui, #EverydaySexism, #PayeTonGyneco,).

II- Dans l'espace privé : violences domestiques (prédominance des violences faites aux femmes ou violences conjugales) tels que coups, brutalités, sévices sexuels, injures, menaces, humiliations, chantage affectif, diffamation, violence économique, enfermement, mise à la porte, esclavagisme, prostitution, mutilations sexuelles, actes de barbarie, tentative de meurtre, féminicide...

En Europe, de nombreux acteurs ont sonné l'alerte, notamment le lobby européen des femmes, la secrétaire générale et le groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique du Conseil de l'Europe, la commissaire européenne chargée de l'égalité, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) et la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres du Parlement européen. »[216].

Depuis la pandémie de la Covid-19, les données statistiques 2022 du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) vont dans ce sens avec une augmentation globale, entre 2021 et 2022, de 15 % des coups et blessures volontaires et de 11% des violences sexuelles (viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles incluant le harcèlement). Il est fait état d'une « défiance assumée de l'autorité sous toutes ses formes (forces de l'ordre, éducation, élus, etc.), y compris de « l'autorité médicale » [217].

III- sur le lieu de travail : comportements abusifs voire violents à caractère sexiste ou sexuel, harcèlement moral et sexuel, intimidation, violence verticale, chantage, menaces, humiliations, calomnie, discriminations, insultes, agressions, pratiques nuisibles, exploitation ...

A. Nous nous sommes intéressés tout particulièrement au vécu de violences sexistes des **futurs professionnels de santé** pendant leurs études, à la « maltraitance étudiante » pour rechercher une éventuelle corrélation entre l'impact que cela aura sur leur personnalité et leurs attitudes dans les soins une fois diplômés. Permet de comprendre aussi comment s'installe la banalisation de la maltraitance :

- ✓ Femmes Internes en médecine : « L'internat est la période de leur parcours la plus difficile : 56% des femmes déclarent s'y être senties discriminées. Un milieu hospitalier encore très marqué par les stéréotypes et le patriarcat, se traduit par une banalisation de ces faits, que beaucoup ont encore tendance à minimiser³⁹.
- ✓ Étudiants sages-femmes dans son enquête "Bien-être 2023, l'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) déclare : « Le vécu de la formation est plutôt négatif avec 8 ESF sur 10 qui se sentent stressé-e-s depuis l'entrée en formation. Il est à noter que 20 % ont reçu un traitement inégalitaire ou des discriminations, ce taux est en hausse par rapport à l'enquête de 2018 (15 %) et pire encore 61 % déclarent de la maltraitance en stage (59,29 % morale, 38,14 % verbale et 2,57 % physique). Ces chiffres ne jouent pas en faveur d'une attractivité de la profession : 20 % de places vacantes en 2^e année en 2022 dans un contexte de pénurie globale. Parmi les ESF interrogé-e-s, presque 30 % déclarent que la profession ne permet pas de s'épanouir⁴⁰. »

³⁹ <https://www.ipsos.com/fr-fr/inegalites-femmes-hommes-lhopital-des-discriminations-professionnelles-toujours-trop-frequentes-et-des-violences-sexistes-banalisees>

⁴⁰<https://paroledesagesfemmes.com/infos-pratiques/actus-medecine/bien-etre-des-etudiants-sages-femmes-quelles-evolutions-depuis-la-derniere-enquete-de-2018>

- ✓ Étudiants en soins infirmiers : la Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières (Fnesi) révélait par enquête en 2022 qu'un étudiant sur 3 était victime de harcèlement, 40 % consommaient des psychotropes, En 2022, ils sont 61,4 % à admettre que leur santé mentale s'était dégradée depuis le début de leur formation. Un étudiant sur six a déjà pensé au suicide durant ses études, 59,2% ont pensé arrêter leurs études. Bizutage, sexe, discriminations, humiliations... une personne sur six faisant ses études en sciences infirmières a déjà été victime d'agression sexuelle dans 70 % des cas, sur le lieu de stage. Notons que 9 infirmiers sur 10 sont des femmes.

En réponse, le Centre national d'appui (CNA) mis en place en juillet 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation aura pour missions un plan national d'action contre les violences sexistes et sexuelles de l'enseignement supérieur.

Le mot d'ordre des ministres Frédérique Vidal et Olivier Véran « Face à la maltraitance et au harcèlement, universités, instituts de formation, établissements, associations étudiantes doivent faire bloc au nom d'un même mot d'ordre : « tolérance zéro, engagement total » ».

Communiqué de presse, Ministère de la santé, 16 septembre 2021.

Notons que tous les étudiants ne seront pas affectés de la même manière et ne sont pas « condamnés » à reproduire ce qu'ils ont vécu. Beaucoup font preuve de résilience et d'adaptation et ont de l'empathie pour les personnes qu'ils accompagnent.

A. Que vivent certains professionnels de santé et quelles sont les conséquences sur leur santé et la qualité des soins ?

- ✓ Créée en 2020, l'association « Donner des ELLES à la Santé » alerte en 2023 sur les difficultés rencontrées par les femmes médecins au cours de leur carrière et propose des pistes pour y remédier. La parité femmes-hommes n'est toujours pas visible dans le secteur de la santé. « Aujourd'hui, à l'hôpital, 85% des femmes médecins déclarent s'être senties discriminées du fait de leur sexe dans leur parcours professionnel, et 80% disent avoir déjà été victimes de comportements sexistes. Les chiffres de ce baromètre révèlent un climat général d'insatisfaction et une réelle baisse de motivation des médecins en général, femmes et hommes. ». Les inégalités femmes-hommes persistent, tout comme les discriminations, les violences sexistes, les comportements inappropriés banalisés [218].
- ✓ D'après une enquête du Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS) sur les agissements sexistes, le harcèlement sexuel et les violences sexistes et sexuelles chez les managers de santé: un tiers des managers hospitaliers avouent avoir subi « des gestes désirés » [219].
- ✓ Le harcèlement au travail ou « la violence verticale » (« Bullying » en anglais) : en 2018 une étude menée au Québec révélait que 20,4 % du personnel infirmier (IDE) subissaient du harcèlement psychologique en milieu hospitalier et dans 60 % en lien avec un supérieur hiérarchique. L'étude révélait des répercussions sur la santé physique et psychologique des IDE victimes de ce type de violence et des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'impact sur le système de santé. Les IDE concernées décrivent une

perte d'estime et de confiance en soi, de la détresse psychologique qui pourrait évoluer vers une dépression, un stress post-traumatique ou une augmentation du risque suicidaire. La perte de satisfaction et l'épuisement professionnel conduisent aussi à de l'absentéisme qui désorganise les services de soins. Les IDE se disent moins concentrées, avoir moins de compassion à l'égard de leurs patients et avoir moins l'aptitude à prodiguer des soins personnalisés [220].

Notons, à leur décharge, que les cadres des services de soins subissent des contraintes imposées au nom de l'efficience et que cela pourrait expliquer, sans pour autant l'excuser, ce que certains font subir aux soignants.

Ce qui vient d'être énoncé correspond aux risques psychosociaux (RPS) où peuvent être combinés ou non, en situation de travail:

- Du stress : lié aux conditions de travail (surcharge de travail, sous-effectif, modifications répétées des plannings horaires, fréquentes interruptions de tâches, contraintes horaires, pression temporelle, charge de travail administratif, conflit de valeur, standardisation des soins, ...)
- Des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : manque de soutien, discriminations, harcèlement moral ou sexuel, violence verticale et/ou horizontale ;
- Des violences externes commises sur du personnel soignant par des personnes extérieures à l'établissement (insultes, menaces, agressions...). On observe une défiance de « l'autorité médicale ». Une enquête de février 2023 note que les soignants sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active à subir des incivilités et des violences physiques ou verbales au travail. 37 % des professionnels de santé hospitaliers disent subir régulièrement des agressions physiques et ce chiffre s'élève à **84% pour les aides-soignants** selon le baromètre M NH-Odoxa 2022. Les premières données statistiques 2022 du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) vont dans ce sens avec une augmentation globale, entre 2021 et 2022, de 15 % des coups et blessures volontaires et de 11 % des violences sexuelles (viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles incluant le harcèlement). Les professionnels de santé sont de plus en plus exposés à des actes de violence et d'agressions physiques et verbales de la part de certains patients, de leurs proches ou d'autres personnes en contact avec le milieu de la santé [217].

Une vraie réflexion doit être menée sur les conditions de travail, effectifs, temps dédiés aux consultations, management bienveillant: Importance de bien traiter le personnel si l'on veut qu'il soit bien traitant à son tour.

- ✓ Avoir des temps d'échanges en équipe (hors RMM, REX ou staff) type groupe BALINT avec supervision, pour analyser les situations sensibles en équipe dans le non-jugement et le respect afin de retisser des liens de confiance, de solidarité, de compréhension et de tolérance socle de l'esprit d'équipe.
- ✓ Réduire les contraintes organisationnelles et les repenser dans une dynamique collégiale
- ✓ Assouplir le temps constraint de certains actes dont les consultations (c'est souvent sur le pas de la porte que les patientes confient des éléments importants de leur vie, prendre le temps de les écouter...).
- ✓ Valoriser le travail de chacun et reconnaître davantage les aides-soignantes qui hélas sont plus souvent agressées que n'importe quelle catégorie professionnelle et pourtant sont au plus près des patients et restent indéniablement la courroie de transmission avec les équipes.
- ✓ Limiter de ce fait l'externalisation de certaines prestations comme l'entretien des chambres, la distribution des repas.

- ✓ Améliorer les salaires des professionnels et donner des conditions de travail décentes avec des moyens matériel, humain adaptés à la charge de travail, etc. si l'on veut rendre les professions attractives et faciliter par la suite les recrutements.
- ✓ Porter à la connaissance de tous les salariés les mesures de protection et de signalement existant dans l'établissement recruteur et pouvoir l'attester.

IV – Dans le parcours de soins

A. La « **norme gynécologique** » repose sur des études, des directives, des recommandations en matière de prévention, de dépistage et de traitements de maladies en lien avec la sphère gynécologique. Le suivi régulier des femmes, idéalement une fois par an est préconisé, tout au long de leur vie. Sa particularité tient au fait que les femmes doivent consulter même en l'absence de motif. Ce suivi gynécologique touche à l'intimité, la patiente est nue et devra répondre à des questions concernant son corps, sa sexualité et cette « mise à nu » n'est pas sans effet sur son ressenti et ses émotions. La pudeur liée au genre et à la sexualité incite la plupart des femmes à préférer une femme gynécologue. Le genre du gynécologue peut donc avoir son importance. La dimension genrée et potentiellement sexualisée de l'examen gynécologique ne peut être banalisée. Tout examen implique *a minima* une information sur son intérêt et la façon de procéder suivie de la recherche du consentement de la patiente avant de le réaliser : « le consentement aux examens vaginaux ou rectaux ne peut se présumer au seul fait d'avoir pris un rendez-vous gynécologique ». Le consentement doit être explicite et peut être retiré à tout moment. Pour autant, peut-on qualifier un examen médical non consenti de « viol » ? La Première ministre, Elisabeth Borne, à la suite de plaintes pour viols contre des gynéco-obstétriciens, a saisi le Comité Consultatif national d'éthique (CCNE) en juillet 2022. Le 29 mars 2023, le CCNE rendait son avis (Avis 142 du CCNE « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité ») et rappelait que « réaliser des examens médicaux touchant à l'intimité sans justification médicale, de manière brutale, sans information préalable, sans recueil de consentement et/ou sans respect des refus exprimés, constitue une violation du Code de déontologie médicale et des lois protégeant les droits des patient(e)s » « La spécificité et la sensibilité particulière des examens qui touchent à l'intimité physique et psychique des personnes renforce la nécessité de bâtir un cadre respectueux et sécurisant pour toutes et tous ». [221].

En 2018, des touchers vaginaux et rectaux étaient toujours faits par des étudiants sur des patientes endormies sans qu'elles n'aient préalablement donné leur consentement et ceci malgré le scandale de 2015. L'apprentissage par simulation n'est toujours pas pleinement adopté [222].

B. De même qu'il existe une « norme gynécologique », il existe une « **norme obstétricale** » en obstétrique pour assurer régulièrement le suivi de la grossesse, s'assurer de son bon déroulement, de la croissance du fœtus, envisager les modalités d'accouchement et prendre en charge le postpartum. La grossesse est un moment fort dans l'existence des femmes et n'est pas une maladie par définition. La femme enceinte est en général autonome. Hormis l'urgence ou certains contextes particuliers, elle attend, de ses consultations programmées, un temps d'échanges, d'information et que la pertinence des examens lui soit expliquée afin de pouvoir donner son consentement. Elle attend du professionnel médical qu'il connaisse son dossier, ses antécédents personnels, psycho-sociaux médicaux, gynéco-obstétricaux et qu'il redouble de vigilance en cas d'antécédents douloureux ou violents. Pour créer un climat de confiance, elle le voudrait disponible, à son écoute (mots et maux) et qu'elle ne soit pas juste un « ventre » qui contribue efficacement au bon développement du fœtus. Elle attend du respect, du tact, d'être prise au sérieux, que ses douleurs physiques, ses angoisses, ses peurs soient entendues. Elle voudrait une

alliance, pouvoir être associée aux décisions voire être participative lors de certains examens. Elle souhaite être rassurée pour elle et son bébé à naître, avoir des conseils et que d'éventuelles complications soient dépistées et gérées. En conclusion elle souhaite une prise en charge adaptée et bienveillante.

Parmi les violences spécifiques de genre se trouvent **les violences gynéco-obstétricales**, tabou social, largement passées sous silence et difficilement audibles. Ces violences touchent toutes les femmes quel que soit leur statut social ou leur origine ethnique.

La grossesse et le postpartum sont des périodes de particulières vulnérabilités. Rappelons qu'en France, sur la période 2013-2015, les suicides représentaient **la première cause connue de décès maternels en période périnatale** (13,4 % de l'ensemble des décès), soit 1,4 femme pour 100 000 naissances vivantes⁴¹.

Le terme de « violences gynéco-obstétricales » (VOG) est apparu pour la 1^{ère} fois en France en 2007 et des milliers de témoignages de femmes ont été recueillis via le blog « Marie accouche là », et en 2014 suite aux hashtags #PayeTonUtérus, #STOPVOG et bien d'autres, ...

Les associations dont celles de représentants d'usagers, collectifs, fondations, instituts et autres se mobilisent (« Toute.s contre les violences obstétricales et gynécologiques », @CollectifCIANE, Institut de Recherche et d'actions pour la santé des femmes (IRASF), Gynécologie sans frontières, violence sante femme.fr, Génération Solidarité Femmes etc.) La parole des femmes se libère et des pétitions suivies de propositions de loi (2023) sont déposées à l'Assemblée nationale afin qu'une loi soit votée pour que les violences obstétricales soient reconnues en France. La polémique autour des violences obstétricales devient une affaire d'État, et le HCE est sollicité [223].

Dans son rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018, le HCE définit les violences gynécologiques et obstétricales comme des actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes allant des remarques aux violences avec la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexism [224].

Le HCE mentionne « Les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement sont analysées comme s'inscrivant dans le prolongement des violations commises plus largement du fait des inégalités structurelles, de la discrimination et du patriarcat, et qui sont aussi la conséquence d'une sensibilisation et d'une formation insuffisantes et du non-respect de l'égalité de statut des femmes et de leurs droits ».

Il identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences : « Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ; propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ; injures sexistes ; actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ; actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ; violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol. »

Ce même rapport du HCE souligne que des caractéristiques sociales exposent particulièrement certaines femmes telles que l'âge, la classe sociale, l'origine socioculturelle, l'orientation sexuelle, le handicap, certaines pathologies, le statut marital, la prostitution, le statut migratoire... Ces

⁴¹ Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/517864/3816766?version=1>

femmes qu'elles soient migrantes, handicapées, LGBTI ou placées en établissement sont plus susceptibles de subir des violences et des formes croisées de violence :

- ❖ Priscilla SAUVEGRAIN, sociologue et Sage-femme à l'AP-HP écrivait dans un article de la revue Santé publique que les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France recevaient des « soins différenciés » avec un « accès différencié aux soins... ». Elles recevraient des soins obstétricaux de qualité moindre en France (le contexte dans lequel se trouve ces femmes n'est pas forcément pris en compte, idem pour les antécédents, leurs souhaits ...) Elles auraient un moindre accès aux soins du secteur libéral si elles ne sont pas bénéficiaires de la sécurité sociale générale ce qui pour, l'auteur, « souligne combien les discriminations de classe sont imbriquées dans les discriminations de race » [225]. La HAS a publié le 6 février 2020 de nouvelles recommandations pour dépister, protéger, orienter les femmes mutilées sexuellement. Selon une estimation de 2019, ce fléau toucherait 125 000 femmes vivant en France. La fédération GAMS, quant à elle, fait état des victimes parmi ces femmes, originaires de sociétés rurales et d'un faible niveau scolaire pour des raisons d'ordre coutumier. Elles ne sont plus maîtresses de leur corps (obligation de fournir un certificat de virginité obtenu contre leur gré en vue d'un mariage forcé, mutilations sexuelles féminines (MSF) telles que l'excision et l'infibulation qui génèrent de graves complications obstétricales, des déchirures graves, des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, des angoisses, des complications psychiatriques des dépressions. Rappelons que depuis août 2021, la loi interdit en France de rédiger des certificats aux fins d'établir la virginité d'une personne [226].
- ❖ Tiré du programme de formation des sages-femmes : « Les données de la littérature montrent que les femmes en situation de handicap ont un moindre accès aux soins courants gynécologiques et obstétricaux en raison de nombreux obstacles : une accessibilité limitée (accessibilité physique aux cabinets médicaux, une expression des besoins parfois difficile...), une situation socio-économique plus défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, l'offre du territoire, un manque de formation et de connaissance du handicap de la part des professionnels de santé. L'étude Handigynéco a montré que 58% des femmes en situation de handicap ont un suivi gynécologique, ce qui est inférieur à la population générale (77 % en 2008). Dans l'étude des soins courants en institution effectuée sur des personnes en situation de handicap, âgées de 20 à 59 ans de l'IRDES, publiée en juin 2015, portant sur 1 924 femmes, 34 % des femmes avaient eu un suivi chez un gynécologue au cours des douze derniers mois. Des études montrent également que la situation de handicap accroît le risque de violences. En France, 4 femmes en situation de handicap sur 5 subissent des violences et des maltraitances de tout type. En particulier, près de 90% des femmes avec un trouble du spectre de l'autisme subissent ou ont subi des violences sexuelles, dont 47 % avant 14 ans. Par ailleurs, 35 % des femmes en situation de handicap subissent des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire contre 19% des femmes valides [227].

La pandémie de Covid-19 a aussi eu un fort impact sur la santé des femmes enceintes et a accentué des vulnérabilités sociales. Elle a accentué des difficultés d'accès aux services des soins et a conduit à des pratiques médicales parfois abusives et disparates selon les établissements (port du masque en continu, césariennes ou extractions instrumentales chez les patientes positives au SARS-CoV-2 voire isolement du nouveau-né avec contre-indication à l'allaitement...). « Les suivis gynécologiques et obstétricaux pendant la crise de la COVID et leurs effets sur le vécu des femmes

et de leur famille méritent d'être documentés et analysés pour comprendre les impacts de la crise sanitaire et éviter que de telles violences se reproduisent » [228].

Sont donc considérés « violences gynéco-obstétricales » des propos, des attitudes, des comportements ou des pratiques médicales abusives, humiliantes, discriminatoires en gynécologie et en obstétrique qui ne seraient pas fondées sur les données actuelles de la science ou non-conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) et infligées à des femmes sans qu'elles n'en aient été informées ni qu'elles aient donné leur consentement libre et éclairé. Ces comportements, inappropriés ou non-justifiés, qualifiables d'actes sexistes, portent atteinte à la dignité des femmes et sont exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant, homme ou femme, sans qu'ils n'aient forcément l'intention d'être maltraitants. Ils s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale traversée par la volonté de « contrôler le corps des femmes » et de se l'approprier (médicalisation et technicisation de l'accouchement visant à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile). Depuis 2014, l'OMS reconnaît ce type de violences qui constituent une violation des droits des femmes et qui peuvent avoir un impact sur leur santé physique et mentale. Les violences obstétricales peuvent impacter la qualité de vie intime, sexuelle, familiale voire professionnelle des femmes qui en ont été victimes. Elles peuvent laisser des séquelles physiques et psychiques (perte d'estime de soi, dévalorisation, atteinte de l'image du corps jusqu'au stress post-traumatique voire suicide). La relation à l'enfant peut en être affectée. Certaines femmes peuvent décider par la suite de renoncer à tout suivi médical.

Nous pouvons nous étonner que 21 ans après la promulgation de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) de tels agissements soient encore possibles et que le non-respect des droits ne soit pas judiciarisé (le respect de la dignité, l'absence de discrimination, le droit de recevoir les soins les plus appropriés, la prévention et prise en charge de la douleur, le recueil du consentement libre et éclairé après que toute information loyale ait été délivrée). Cette loi peine à s'appliquer aux femmes ce qui constitue une réelle inégalité de genre dans l'accès aux soins. La bientraitance en maternité ou tout autre secteur de soins ne devrait pas relever d'un choix ou d'une démarche individuelle des professionnels de santé puisqu'elle fait loi [229].

Mais comment expliquer que certains professionnels de santé ne soient pas plus « hospitaliers » et restent dans une forme de toute-puissance (sachant/profane), inaccessibles et incompréhensibles du fait de leur jargon médical ? Comment accepter qu'ils puissent être blessants, humiliants, qu'ils déconsidèrent le ressenti des femmes, puissent minimiser la douleur (« ce n'est pas grand-chose », « c'est pour votre bien », « que vous êtes douillette » ! « Chochotte. ») et pour certains être à la limite de l'irrespect, du mépris et de la méchanceté ? N'est-il pas du devoir des soignants d'apprendre **à penser les mots avant de panser les maux** ? Réapprendre à communiquer, se remettre en cause et revisiter les modèles reçus, retisser les liens de confiance entre les usagers et les professionnels, créer un accompagnement au plus près des besoins et des attentes...un accouchement qui se passe bien n'est pas une finalité en soi, il y a aussi son vécu qui lui peut être douloureux. Il n'y a peut-être pas eu de violence (acte) mais l'attitude ou le comportement du professionnel a pu « faire violence » (contexte), l'absence de plainte ne signifie aucunement l'absence de souffrance. Il serait intéressant d'étudier, dans certaines structures, l'impact que la prise en charge concomitante des urgences obstétricales et des patients en Salle de Naissance (mère-nouveau-né(s)) par une même équipe médicale peut avoir sur le ressenti des personnes. Hormis l'incidence sur la qualité et la sécurité des soins, elle génère des temps d'attente difficilement acceptables qui peuvent susciter sentiments de négligence, de déconsidération voire des réactions violentes liées au stress, à

l'insatisfaction, à la colère... souvent imputable à un défaut de communication avant tout facteur systémique.

En tout état de cause, la patiente ne devrait pas être réduite à un corps réceptacle de soins : l'universalisme médical pourrait conduire à ne plus voir les genres, les particularités socio-culturelles qui interagissent sur la santé d'une personne et insidieusement objectiver le corps de la femme. Elle devient désexuée, dépersonnalisée...avec le risque de porter atteinte à sa pudeur et sa dignité. Une approche holistique, globale permet de prendre en compte le somatique et le psychisme.

Fort heureusement de nombreux professionnels en maternité exercent avec conscience professionnelle et sont bientraitants. Certains le font spontanément, d'autres ont été sensibilisés notamment à la recommandation de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) sur la bientraitance. Par ailleurs, de plus en plus de maternités ont obtenu le label Initiative Hôpital Ami des Bébés IHAB de l'OMS et de l'Unicef dont l'objectif est « d'améliorer l'accueil de tous les nouveau-nés et de fournir un environnement soutenant et un accompagnement bienveillant à tous les parents durant la grossesse, la naissance et pendant le séjour en maternité ».

Conséquences de la maltraitance obstétricale

« La période périnatale, comprenant la grossesse, la naissance et jusqu'à la première année post-partum, est une période de remaniements profonds sur les plans biologique, physiologique, social et émotionnel susceptible de rendre les femmes plus vulnérables à la survenue ou à l'aggravation de symptômes ou de troubles *psychiatriques...* » [230].

Les conséquences **de** toute forme de maltraitance **vécue** pendant cette période sensible et/ou se cumulant avec des vulnérabilités antérieures peuvent être délétères pour la mère (troubles anxieux, stress post-traumatique, dépression...) mais aussi pour l'enfant (difficulté à créer un lien d'attachement mère-enfant sécurisant, interactions précoces altérées, troubles du développement cognitif et moteur, troubles comportementaux).

Le 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle qu'en France, sur la période de 2013-2015, **les suicides représentaient la 1^{ère} cause connue de décès maternels** en période périnatale (13,4 % de l'ensemble des décès soit 1,4 femmes pour 100 000 naissances vivantes).

« La majorité des suicides (77 %) s'étaient produits après le 42^{ème} jour du postpartum et vers le 4^{ème} mois du postpartum. Parmi les facteurs de risques sont cités la précarité, l'isolement, des événements de vie douloureux, des antécédents psychiatriques et des **complications pendant la grossesse ou l'accouchement.** » [230].

Il apparaît très souhaitable de favoriser des réflexions pour humaniser la naissance, favoriser les maisons de naissance, créer des filières physiologiques-filières maïeutique au sein des maternités. Réfléchir au ratio sages-femmes – parturientes et à l'organisation des urgences obstétricales et gynécologiques. Donner une attention au dépistage du risque suicidaire et des entretiens postnataux mis en place en 2022⁴², favoriser dans les maternités, l'accès à des consultations de discussion dédiée au vécu de l'accouchement.

⁴² <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2023/03/CNSF-FP-EntretienPostnatal.pdf>

Conséquences des violences faites aux femmes

Conséquences parfois graves à long terme de la violence de genre sur la vie affective, familiale, professionnelle, sexuelle et reproductive ainsi que sur la santé physique et mentale des victimes (syndromes psycho traumatiques, détresse, dévalorisation, culpabilité, peur, isolement, colère, honte, « mort psychique ») d'où l'importance de prendre en compte le genre dans la santé, le genre étant un déterminant social de la santé. La violence à l'égard des femmes a des conséquences graves immédiates et à long terme sur leur santé mais aussi sur les enfants qui en sont témoins.

Les actes ou les menaces de violences ont un impact sur les femmes, sont à l'origine de peur, d'insécurité, limitent leur mobilité et leur accès aux ressources, aux activités essentielles, à la société active en général. La violence de genre est une violation des droits fondamentaux de la personne et une forme de discrimination sexuelle.

La violence à l'égard des femmes a un coût social, sanitaire et économique. En 2021, le coût de la violence basée sur le genre dans l'ensemble de l'Union européenne a été estimé à environ 366 milliards d'euros par an. La violence à l'égard des femmes représente 79 % de ce coût, soit 289 milliards d'euros(Soins de santé, coûts d'intervention policière et judiciaire, de perte de productivité et en coûts sociaux) [231].

Références

214. Ministère de l'intérieur. Panorama des violences en France métropolitaine : enquête Genese 2021 [Internet]. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Panorama-des-violences-en-France-metropolitaine-enquete-Genese-2021> [cité 2 avr 2024]. Disponible sur:
215. Maryse Jaspard et l'équipe Enveff. Population et Sociétés ; Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Population et Sociétés. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
216. European Commission. Gender equality strategy - European Commission [Internet]. Gender equality strategy. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en
217. Docteur Jean-Christophe MASSERON, Président SOS Médecins France, Madame Nathalie NION, Cadre Supérieure de Santé, APHP. Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf
218. Inégalités femmes-hommes à l'hôpital : des discriminations professionnelles toujours trop fréquentes et des violences sexistes banalisées | Ipsos [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/inegalites-femmes-hommes-lhopital-des-discriminations-professionnelles-toujours-trop-frequentes-et>
219. SanteMentale. Les managers de santé face aux comportements sexistes [Internet]. Santé Mentale. 2021 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/09/les-managers-de-sante-face-aux-comportements-sexistes/>
220. Poulin-Grégoire D, Martin P. [Effects of vertical violence on the work of nurses in hospital settings: An exploratory study]. Rech Soins Infirm. 2023;151(4):30-42.

221. Comité consultatif national d'Etique pour les sciences de la vie et de la Santé. Avis 142 Finalisé.pdf - Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
222. Lorriaux A. On apprend encore aux futurs gynécos à toucher les patientes endormies sans leur consentement [Internet]. Slate.fr. 2018 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/170400/gynecologues-probleme-consentement-apprentissage-externes-medecine-touchers-vaginaux-rectaux>
223. Gouvernement. OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - OUI à une loi pour reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques en France - Plateforme des pétitions de l'Assemblée nationale [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/1357>
224. Danielle BOUSQUET, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Geneviève COURAUD, rapporteure, Margaux COLLET, co-rapporteure, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme [Internet]. 2018 juin. Report No.: Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Disponible sur: https://www.haut-conseil-equalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
225. Santé Publique Catalogue en ligne IREPS ORS Pays de la Loire - revue Santé publique Volume 33/N°5 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=8
226. GAMS. Excision [Internet]. Fédération GAMS. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://federationgams.org/excision-2/>
227. ARS Ile de France. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap: un programme d'actions déployé en Ile-de-France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>
228. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. Sante Publique Vandoeuvre–Nancy Fr. 2022;33(5):629-34.
229. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
230. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Mortalité maternelle en France : accomplissements, inégalités, et défis à relever - BEH. 14 mars 2023;(N° 3-4). Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html
231. Costs of gender-based violence in the European Union | European Institute for Gender Equality [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://eige.europa.eu/gender-based-violence/costs-of-gender-based-violence?language_content_entity=en

Fiche n° 12 – Maltraitance envers les personnes en situation de handicap

1. Nature du sujet traité et contexte

Selon le CASF : « Constitue un Handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Comme pour la maltraitance les mots utilisés ont des résonnances différentes dans différents cadre d'utilisation (profane, juridique, scientifique, administratif et politique).

L'existence d'un handicap est considérée comme induisant ipso facto une situation de vulnérabilité et de dépendance, alors qu'en réalité les personnes ont des compétences et des capacités.

Ce sujet est socialement d'une importance considérable justifiant l'existence d'un Ministère dédié même s'il s'agit parfois d'un Secrétariat d'État ou d'un Ministre délégué. Le cas des personnes en situation de handicap avait été souligné lors des premières entrevues avec les commanditaires de cette saisine.

Dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) par le Comité des droits des personnes handicapées des Nations-Unies, du 18 au 23 août 2021, le Défenseur des droits a remis un rapport [232] y analysant entre autre l'article 16 faisant explicitement référence à la maltraitance.

La question de la place du handicap dans les politiques de lutte contre la maltraitance dans d'autres pays est analysé en partie dans l'annexe « Réponses institutionnelles à la maltraitance des adultes en Europe et aux États-Unis » (annexe 5).

En France, l'enquête du CREDOC de 2023 analysant la perception en population de cette question [233] la crainte de maltraitances était particulièrement prégnante pour les personnes malades et celles en situation de handicap : « 72 % des personnes en prise avec un handicap ou une maladie chronique sont inquiètes des risques de maltraitance pour elles ou leurs proches ».

De nombreuses institutions, groupes et associations interviennent sur ce sujet. Dans le cadre de la maltraitance on peut citer le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) créé en 1975, instance consultative placée auprès du ministre chargé des personnes handicapées. Cette institution a réalisé en mai 2023 une contribution aux États généraux des maltraitance [234].

On peut extraire leur Recommandation 1 : « Construire un repérage, en se servant de la définition de la loi du 7 février 2022, de toutes les formes de maltraitance chez les personnes handicapées, quel que soit leur âge, de manière transversale à tout le champ de l'action sociale et médico-sociale », qui insiste sur une approche transversale. Et la recommandation 2 : « Refaire, 20 ans plus tard, un rapport public sur l'état des maltraitances subies par les personnes handicapées, quel que soit leur âge, et leur situation, à domicile ou en établissement ou service, au regard de la nouvelle définition de la maltraitance. »

De mêmes que la maltraitance possède des invariants et des spécificités les handicaps sont multiples et parfois coexistent. Il existe plusieurs classifications (ou de modèle de construction) évoluant avec la terminologie (infirmes puis personnes handicapées puis personnes en situation de handicaps) [235]. Lors des auditions des parties prenantes ont souligné la pertinence d'une approche par besoins plus que par handicap. La recommandation 5.de la contribution de la CNCDPH aux États généraux des maltraitances porte sur ce point : « Construire un observatoire des besoins des personnes handicapées ».

Parmi les types de maltraitances outre les catégories transversal (physiques, psychologique, sexuelles...) une attention particulière peut être donnée pour certains handicap aux maltraitances par impossibilité d'accès aux soins (documenté sur le site de l'Assurance maladie) [236].

Lors des auditions des cas particuliers ont été signalé comme le cas du handicap en mental où coexiste plusieurs difficultés :

La capacité à consentir ;

La capacité à être en contact avec un tiers neutre « percevoir » ;

La capacité à être en contact avec un tiers neutre « actionnable » ;

La capacité à communiquer ({Oosterhoorn, 2001 #13331} [237]. ;

La capacité à être cru.

Toujours lors des auditions a été mentionné le cas des personne non-oralisantes pour lesquelles des outils « CAA » (Communication Améliorée et Alternative) sont utiles.

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) réalisé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2001 analyse le fonctionnement des individus mais ne les hiérarchise pas. La perspective est « systémique » avec plusieurs dimensions :

- Les fonctions organiques et les structures anatomiques
- Les activités des individus et les facteurs environnementaux qui impacte la capacité d'agir
- Les caractéristiques individuelles

Cette Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé marque un tournant important car le handicap devient une restriction de participation sociale **résultante d'une interaction** [238].

2. Place dans l'écosystème « maltraitance »

Le concept de handicap traverse l'ensemble des réflexions que cela soit les circonstances de manifestations, les facteurs favorisant, modalités d'identifications, mise en place d'actions de prévention.

Dans le cas de l'intersectionnalité, croisé avec l'âge, les personnes en situation de handicap induisent une spécificité particulière. Concernant le croisement avec l'âge il est souligné hétérogénéité de la prise en charge scolaire d'un côté et de l'autre l'arrêt brutal à l'âge de 16 ans.

3. Objectif de la fiche

Rappeler l'importance quantitative de ce sujet, son caractère protéiforme et la nécessité de mobiliser des ressources existantes dont le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) déjà cité et la Conférence Nationale du Handicap qui se tient tous les 3 ans dans le champ pour coconstruire des protocoles de recherche et d'actions d'interventions [239]. La participation réelle de toutes les parties prenantes est indispensable : « Rien pour nous sans nous » [240].

4. Constats (ce que l'on sait)

En 2021 le Premier ministre donnait quelques chiffres [241]: « Le handicap concerne 1 Français sur 5 et la proportion d'aidants est proche (1/6) (Ce chiffre comptabilise les proches âgés ou handicapés). Il existe 1 200 000 bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et les

Maisons Départementales des personnes handicapées (MDPH) gèrent chaque année plus de 4,5 millions de demandes (déposées par plus de 1,7 million de personnes) »

Des statistiques sont disponibles [242]. Le plan de ce rapport est à la fois centré sur les personnes et sur leur contexte :

1. Les enfants handicapés ;
2. Scolarisation des jeunes handicapés ;
3. Les adultes handicapés vivant à domicile ;
4. Les adultes handicapés dans les établissements et services ;
5. L'emploi des personnes handicapées ;
6. Prestations compensation et prestations de solidarité.

Une étude publiée par la DREES [243] en 2023 sur des données 2021, donne beaucoup d'indications chiffrées avec une analyse territoriale et croisée sur l'âge des personnes (qui impacte à la fois la fréquence et la gravité) et par exemple les types de limitations physiques : au moins une, sensorielle, cognitive, fortement... et les recours à une aide (technique ou humaine) ...

À noter que comme le montre la récente controverse aux États-Unis [244], le mode de mesure et d'évaluation est susceptible d'impacter de manière considérable ces chiffres.

5. Ce que l'on voudrait savoir et pistes pour la recherche

Bien que quelques publications donnent des informations sur le croisement de la nature des maltraitances et leur fréquence avec la nature des handicaps qui atteignent les personnes, des données plus systématiques et plus précises sont sans doute souhaitables.

Lors d'auditions concernant les structures d'accueil ou d'aide, si des statistiques d'offres sont disponibles, il manque des données sur les demandes et l'analyse des refus. Il existe des contre-exemple comme les données publiées par la Direction de l'Autonomie du département des Yvelines en 2022 sur des chiffres 2020. Cet outil fournit des informations extrêmement pertinentes à forte valeur opérationnelle du type : « Plus de la moitié des personnes en attente d'admission se situe sur le nord du département » ou « Avec un taux de rotation de 160 places par an en SESSAD, le délai d'admission se situe entre 4 et 5 ans ».

D'autres lacunes informationnelles importantes sont soulignées : concernant le huit clos familial, les lieux de privation de liberté, ou l'analyse de situation complexe (la sexualité ou l'absence de sexualité).

En ce qui concerne les personnes en situation de handicap l'opposition domicile institution est peu opérant (ces personnes étant exposées à des maltraitances dans leur vie quotidienne) [234].

Des analyses de type intersectorialité sont très souhaitables pour citer la CNCPh [234] : « Les personnes âgées sont fréquemment en situation de handicap... la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) explique en février 2021 que 19 % des personnes en situation de handicap vivent en dessous du seuil de pauvreté ».

Une attention particulière pourrait être donnée à l'analyse des situations rares ou non visibles [245] et comme le demande le Collectif Handicaps en 2023 [246] une meilleure analyse des connaissances concernant l'accompagnement de la fin de vie (sujet également évoqué lors des auditions).

Références

232. Rapport parallèle du Défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-parallele-du-defenseur-des-droits-dans-le-cadre-de-l-examen-du-rapport-initial-de-la-france>
233. La perception de la maltraitance par les Français [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/la-perception-de-la-maltraitance-par-les-francais>
234. Ministère des Solidarités et de la Famille. Etats généraux des maltraitances - Rapport de la concertation [Internet]. 2023 oct. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/291332.pdf>
235. Lespinet-Najib V, Belio C. Classification des handicaps : enjeux et controverses. Hermès Rev. 2013;66(2):104-10.
236. Handifaction - Le baromètre de l'accès aux soins du handicap [Internet]. Handifaction. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/>
237. Oosterhoorn R, Kendrick A. No sign of harm: Issues for disabled children communicating about abuse. Child Abuse Rev. 1 juill 2001;10:243-53.
238. Ravaud JF. [Definition, classification and epidemiology of disability]. Rev Prat. 20 oct 2009;59(8):1067-74.
239. Conférence nationale du handicap 2023 | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/conference-nationale-du-handicap-2023-lessentiel-retenir>
240. CNSA. Affirmer la citoyenneté de tous -Construire ensemble les politiques qui nous concernent [Internet]. 2013. Report No.: CNSA RAPPORT 2013 34. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/affirmer_la_citoyennete_de_tous_2013.pdf
241. Handicap : pour une société inclusive [Internet]. info.gouv.fr. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/handicap-pour-une-societe-inclusive>
242. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le handicap en chiffres [Internet]. DREES; 2023 Edition [cité 2 avr 2024]. (Panorama de la Drees Social). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>
243. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats - En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1254.pdf>
244. Wang HL. The Census Bureau is dropping a controversial proposal to change disability statistics. NPR [Internet]. 6 févr 2024 [cité 2 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.npr.org/2024/02/06/1229547255/census-bureau-survey-disabled-people-with-disabilities>

245. Hendry G, Wilson C, Orr M, Scullion R. « I Just Stay in the House So I Don't Need to Explain »: A Qualitative Investigation of Persons with Invisible Disabilities. *Disabilities*. mars 2022;2(1):145-63.

246. Handicap & Fin de vie : les réflexions du Collectif Handicaps [Internet]. Collectif Handicaps. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.collectifhandicaps.fr/publications/handicap-fin-de-vie-les-reflexions-du-collectif-handicaps/>

Fiche n° 13 – Quelques populations pouvant présenter des spécificités

Quelques populations peuvent présenter des spécificités.

Il ne s'agit pas là encore de vouloir établir une liste exhaustive des populations, des circonstances ni des cadres, mais de souligner la grande diversité des situations et des études.

À noter également que certaines populations auraient pu être rattachées à des circonstances autant qu'à des « populations ». Ainsi le personnel politique rattaché à une « population » aurait pu être décrit dans un contexte « Les activités politiques ».

1. Les personnes en situation d'obésité

Il est sans doute plus juste de parler de stigmatisation des personnes obèses, néanmoins les conséquences (remarques, moqueries, insultes...) se rapprochent de la maltraitance et la favorisent.

Il existe une sorte de relation entre le degré de stigmatisation et le degré d'excès pondéral avec un plateau au-delà d'un IMC (indice de masse corporelle) très élevé (40 kg/m^2)⁴³.

Il existe une forte interaction avec le genre et les pays⁴⁴ ainsi qu'en fonction de l'âge⁴⁵.

L'impact de l'obésité (et des stigmates associés) sur la qualité des soins qui pourrait être une maltraitance caractérisée n'est pas retrouvé de manière cohérente dans la littérature [247]⁴⁶. Une hypothèse serait que les causalités différentes des obésités [248] ainsi que les cofacteurs des victimes (niveau d'éducation, littératie...) entraînent des modifications importantes des estimations réalisées.

L'hypothèse d'une maltraitance liée à l'obésité est néanmoins très probable vu l'importance de la stigmatisation [249] et de l'autodépréciation par les personnes obèses elles-mêmes [250].

2. Le personnel soignant

On peut noter que la qualification de maltraitance est évoquée régulièrement concernant cette catégorie : La CGT dénonce la « maltraitance » du CHU de Nantes envers les patients et soignants et que constatant un allongement des délais de prise en charge des patients et l'épuisement du personnel, le syndicat a fait un signalement au procureur de la République [251]. Concernant un Grand Hôpital de l'Est francilien : des soignants saisissent la justice pour « maltraitance institutionnelle » [252].

Il existe une saisine du CNS suivi d'une réponse [253] concernant les violences à l'encontre des professionnels de santé. On y note que parfois « ...La violence à l'encontre des professionnels de

⁴³ [www.20minutes.fr \[Internet\]. 2022 \[cité 2 avr 2024\]. La CGT dénonce une « maltraitance institutionnelle » au CHU de Nantes. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/internet/20220420163742>](https://www.20minutes.fr/internet/2022/04/20/la-cgt-denonce-maltraitance-institutionnelle-chu-nantes-20220420163742)

⁴⁴ à 07h00 PMBLL 2 juin 2023. [leparisien.fr. 2023 \[cité 2 avr 2024\]. Grand Hôpital de l'Est francilien : des soignants saisissent la justice pour « maltraitance institutionnelle ». Disponible sur: <https://leparisien.fr/seine-et-marne-77/grand-hopital-de-lest-francilien-des-soignants-saisissent-la-justice-pour-maltraitance-institutionnelle-02-06-2023-AWIN2DSYDFAVPKDT6CQMVZ4ALM.php>](https://leparisien.fr/seine-et-marne-77/grand-hopital-de-lest-francilien-des-soignants-saisissent-la-justice-pour-maltraitance-institutionnelle-02-06-2023-AWIN2DSYDFAVPKDT6CQMVZ4ALM.php)

⁴⁵ Conférence nationale de santé. Avis de la Conférence nationale de santé du 14 juin 2023 relatif aux violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_violences_pro_sante_v_2023.0616_er_modif_2023_0620_220623-2.pdf

⁴⁶ à 20h47 PLPL 3 juin 2023. [leparisien.fr. 2023 \[cité 2 avr 2024\]. Mois des fiertés : 10 % des Français se disent LGBT +, selon un sondage. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/mois-des-fiertes-10-des-francais-se-disent-lgbt-+selon-un-sondage-03-06-2023-GJ35VGE66JHYNLRLSQ5SML2QLU.php>](https://www.leparisien.fr/societe/mois-des-fiertes-10-des-francais-se-disent-lgbt-+selon-un-sondage-03-06-2023-GJ35VGE66JHYNLRLSQ5SML2QLU.php)

santé peut être réactionnelle (bien que non acceptable) à des situations de violences ou de maltraitances exercées envers les patients ou usager... ».

3. Le personnel politique

Ce domaine n'est pas épargné [254]. Récemment, une des fondatrices de l'Observatoire des violences sexistes et sexuelles en politique, Mathilde Viot déclarait, deux ans après le lancement de #MeTooPolitique, que les violences sexistes et sexuelles en politique étaient « systémiques » et qu'elle allait promouvoir cette année, avec d'autres, un #MeTooPolitique européen. En regard des maltraitances sur d'autres lieux de travail, la spécificité de ce cas particulier est dans son caractère médiatisé (une fois connu) et peut être dans l'attente de la part de la population d'une forme d'exemplarité.

4. Les personnes étrangères

Les données disponibles sur ce sujet relèvent soit d'institution comme la Défenseure des droits (qui fait un focus dans son rapport 2022⁴⁷ sur la dégradation des droits fondamentaux des personnes étrangères), soit d'enquêtes souvent réalisées par des associations ou des équipes de recherche.

Il est difficile d'attribuer de manière simple une quantification de causalité entre les causes institutionnelles, individuelles de même que la part attribuable entre le statut d'étranger, la maîtrise de la langue et les modes d'hébergements sont complexe à quantifier.

La caractéristique « migrant » si elle joue un rôle ne doit pas clore l'analyse et la recherche d'autre facteurs face à une situation de maltraitance [255].

Pour autant, ces personnes sont très fréquemment victimes d'agressions. Dans une enquête à Marseille en 2022 : 26,3 % des femmes migrantes avaient été victimes de violence sexuelles, au cours de la dernière année en France, dont 4,8 % avaient été violées. L'absence d'aide à l'hébergement était associée à ces agressions sexuelles (OR = 2,6 [IC 95 %, 1,3-5,1]) [247].

5. Selon les orientations sexuelles

Concernant les individus LGBTQIA+ les travaux en France sont peu développés [256]. La littérature étrangère est plus riche en particulier sur l'intersection avec les catégories d'âges jeune [257] ou personnes âgées⁴⁸ ou de contextes spécifiques (exemple : sans domicile fixe [258]).

Il s'agit néanmoins de situations fréquentes. Un français sur dix s'identifie comme LGBT +, selon un sondage réalisé par Ipsos, à l'occasion du « mois des fiertés ». Ces chiffres marquent cependant de fortes disparités entre les générations : si la part de LGBT + atteint 19 % chez les personnes nées entre le milieu des années 1990 et le début des années 2010, elle n'est que de 4 % pour la génération du Baby-Boom. « Il y a en revanche peu d'écart entre femmes et hommes ou encore entre les catégories sociales et géographiques », note Ipsos [259].

Les professionnels de santé sont peu formés à différencier identité sexuelle, identité de genre, pratique sexuelle. Ils ont le plus souvent une approche hétéronormée des patients (« présomption

⁴⁷ (<https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-dactivite-2022-254>)

⁴⁸ Bédard M-È, Beaulieu M, Lemelin C, Chiasson M, Castonguay J, Lacasse R. Maltraitance envers les personnes LGB dans les habitations collectives pour aînés: Une réflexion basée sur leurs perspectives et expériences. Gérontologie et société. 2023;45(1):101-13.

d'hétérosexualité et de cisgenrité, cet étiquetage pouvant résulter en une absence de suivi ou en des prescriptions inadéquates ») [248].

Comme constaté pour toutes les minorités, les personnes LGBTI n'échappent pas aux projections, aux catégorisations, aux discriminations (homophobie, transphobie...), à la marginalisation voire l'invisibilisation et rencontrent des difficultés à l'accès à des soins adaptés et de qualité toutes circonstances pouvant être assimilées à de la maltraitance (individuel ou institutionnelle) [260].

En 2022, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 4 040 atteintes « anti-LGBT+ » dont 2 420 crimes ou délits sur l'ensemble du territoire français. Les atteintes « anti-LGBT+ » sont en légère hausse en 2022 (+3 %) versus + 13 % en 2021. Depuis 2016, les actes « anti-LGBT+ » enregistrés ont fortement augmenté : +129 % pour les crimes et délits.

Le dépôt de plainte reste néanmoins encore marginal parmi les victimes d'atteintes « anti-LGBT+ » :

20 % des victimes de menaces ou violence et seulement 5 % des victimes d'injures selon l'enquête Cadre de vie et sécurité (en moyenne entre 2012 et 2018). Ces atteintes « anti-LGBT+ » enregistrées prennent majoritairement la forme d'injures ou de diffamations (57 %). Le harcèlement et les atteintes à caractère sexuel représentent respectivement 5 % et 2 % des crimes ou délits (un peu moins de 200 infractions). Les mis en cause pour ces crimes ou délits sont aussi majoritairement des jeunes hommes : 35 % ont moins de 20 ans, dont 11 % ont moins de 15 ans ; 83 % sont des hommes [250].

Références

247. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. Lancet Reg Health Eur. nov 2023;34:100731.

248. Philippe Faucher, Danielle Hassoun, Thelma Linet. Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT | Livre | 9782294778162 [Internet]. Editeur : Elsevier Masson |; 2023. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/sante-sexuelle-et-reproductive-des-personnes-lgbt-9782294778162.html>

249. Santé LGBT. Les Minorités De Genre Et De Sexualité Face Aux Soins – Le Bord de l'Eau [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsbdl.com/produit/sante-lgbt-les-minorites-de-genre-et-de-sexualite-face-aux-soins/>

250. Ministère de l'intérieur. Info rapide n°25 Les atteintes anti LGBT enregistrées par les forces de sécurité augmentent légèrement en 2022 [Internet]. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-25-Les-atteintes-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite-augmentent-legerement-en-2022>. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-25-Les-atteintes-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite-augmentent-legerement-en-2022>

251. La CGT dénonce une « maltraitance institutionnelle » au CHU de Nantes [Internet]. www.20minutes.fr. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/4001673-20220920-cgt-denonce-maltraitance-chu-nantes-envers-patients-soignants>

252. à 07h00 PMBL 2 juin 2023. Grand Hôpital de l'Est francilien : des soignants saisissent la justice pour « maltraitance institutionnelle » [Internet]. leparisien.fr. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/grand-hopital-de-lest-francilien-des-soignants-saisissent-la-justice-pour-maltraitance-institutionnelle-02-06-2023-AWIN2DSYDFAVPKDT6CQMVZ4ALM.php>

253. Conférence nationale de santé. Avis de la Conférence nationale de santé du 14 juin 2023 relatif aux violences à l'encontre des professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_violences_pro_sante_v_2023.0616_er_modif_2023_0620_220623-2.pdf

254. Bullying and sexual harassment at the workplace, in public spaces, and political life in the EU | Think Tank | European Parliament [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU\(2018\)604949](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2018)604949)

255. Pannizzotto S. Maltraitance des enfants migrants : éléments de prise en charge et évaluation pédiatrique. Rev Médicale Liège [Internet]. 14 nov 2022 [cité 9 avr 2024];77. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/296492>

256. Meidani A, Arnaud A, Dubot M. Cancer, Minorités de Genre et de Sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTIQ ? 2019.

257. Hu E, Jones K, Bruce S. Child Maltreatment and Bullying: Examining the Experiences of LGB Children and Adolescents. J Trauma Stress Disord Treat. 1 janv 2013;02.

258. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Implications for Subsequent Internalizing and Externalizing Symptoms. J Youth Adolesc. mai 2012;41(5):544-60.

259. à 20h47 PLPL 3 juin 2023. Mois des fiertés : 10 % des Français se disent LGBT +, selon un sondage [Internet]. leparisien.fr. 2023 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/mois-des-fiertes-10-des-francais-se-disent-lgbt-selon-un-sondage-03-06-2023-GJ35VGE66JHYNLRLS05SML2QLU.php>

260. Baranska V, Alessandrini A., Dagorn J., Meidani A., Richard G. et Toulze M. (dir.) (2020), Santé LGBT, Les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Éditions Le bord de l'eau. Cah LCD. 2020;13(2):140-5.

246. La CGT dénonce une « maltraitance institutionnelle » au CHU de Nantes [Internet]. www.20minutes.fr. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/4001673-20220920-cgt-denonce-maltraitance-chu-nantes-envers-patients-soignants>

Fiche n° 14 – Justice restaurative

Il pourrait s'agir de la mise en place d'une cérémonie du pardon (équivalent de « l'apology cession » des anglo-saxons [261] qui a été envisagé en France [262] et ce dans les familles maltraitantes.

Plus complexe et plus théorisée, la justice restaurative est un nouvel outil de gestion potentiellement utile. En France, elle a été officiellement mise en place en 2014. Elle correspond à un mécanisme qui permet à la victime conjointement avec l'auteur de participer activement et en interaction à atténuer les conséquences d'une infraction [263].

Pour les mineurs en France elle aurait connu une mise en place expérimentale dès 2018 et de manière plus formelle en 2021 mais son développement (et ainsi son accès) semble limité [264].

Le récent rapport conjoint IGAS-IGJ (Missions aux fins d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes de faits d'incestes et de violences sexuelles pendant leur minorité) de novembre 2023 souligne sur ce sujet à la fois l'existence d'un référentiel et pratiques émergentes⁴⁹.

Références

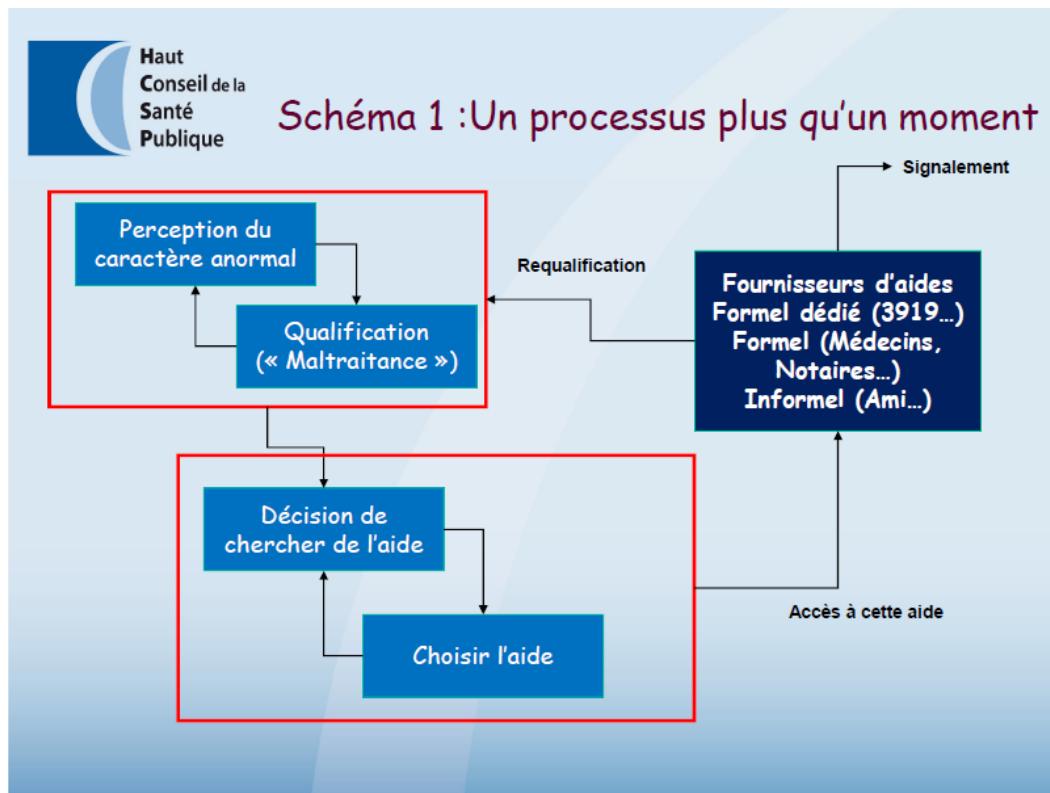
261. Trepper TS. The apology session. J Psychother Fam. 1986;2(2):93-101.
262. Salem G. Cérémonie du pardon dans la thérapie des familles maltraitantes. PSN. 1 févr 2008;6(1):9-16.
263. Béal C. Justice restaurative et justice pénale. Rue Descartes. 2018;93(1):58-71.
264. Filippi J. La justice restaurative des jeunes : un « droit » difficile d'accès. - Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec [Internet]. 2023 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://chairejeunesse.ca/documentation/la-justice-restaurative-des-jeunes-un-droit-difficile-d'accès/>

⁴⁹<https://www.igas.gouv.fr/Mission-aux-fins-d-amelioration-de-la-prise-en-charge-et-de-l-accompagnement.html#>

Fiche n° 15 – Recherche d'aide (« Help – seeking »)

L'un des points critiques pour les personnes en situation de maltraitance est, une fois qu'elles ont perçu qu'elles sont dans une telle situation, est d'identifier puis d'accéder à des ressources dont elles estiment qu'elles peuvent leur apporter de l'aide par rapport à cette situation de maltraitance.

On peut considérer qu'il s'agit plus d'un processus que d'un moment (cf. Schéma 1)



Il est difficile, notamment en raison du polymorphisme des situations de maltraitance et des ressources propres à chaque personne concernée, de définir simplement le type d'aide attendue. La première étape peut en effet consister en un simple contact avec une ressource (informel : personne de l'entourage, ou formel : institution, organisme...) qui n'est rien d'autre que cela : un contact, la reconnaissance de leur existence en tant que personne, et de leur situation particulière, et ce par un tiers. D'autres besoins ou attentes spécifiques peuvent alors être directement formulés plus ou moins explicites par la personne à la recherche d'aide. Le point critique réside ensuite dans la réception de ces demandes par l'écoute, la compréhension, la reformulation/qualification puis la proposition d'actions par la personne sollicitée.

Un premier contact manqué quel qu'en soit la cause, est un problème majeur en ce sens qu'il est probable que l'effort mobilisé, ou l'opportunité de se manifester par la personne se jugeant maltraitée, soit plus difficilement renouvelable.

L'aide attendue ou nécessaire peut revêtir plusieurs aspects non exclusifs : aide à comprendre la situation, déculpabilisation, besoins de repères différents, aide matérielle et financière, aide juridique, protection physique, demande d'éloignement, protection pour des tiers (enfants), orientation pour soins, aide professionnelle, orientation dans les possibilités d'aides institutionnelles. L'on est placé dans une situation assez similaire à celle rencontrée en santé des populations : une analyse des besoins exprimés, non exprimés et des besoins identifiés par les

aidants est nécessaire afin de concilier attentes de la personne, écoute et aide à la résolution au mieux de la situation, au regard des moyens disponibles.

Une différence majeure est liée au fait que les aidants se savent aidants alors que pour les personnes sollicitées dans le cadre de la maltraitance, deux situations peuvent exister : soit ils sont à l'origine de la discussion sur la maltraitance soit ils/elles sont « interpellé.e.s » et la qualité de leur réponse peut être atténuée par un effet de surprise risquant de favoriser le déni.

On peut de manière simplificatrice envisager trois types de réponses de la part d'un « aide » sollicité :

Le tiers (l'aidant) n'entend pas, ne voit pas, voire dénie

Le tiers entend, comprend, conseille et laisse la personne maltraitée arbitrer sur la suite à donner

Le tiers prend l'initiative du signalement. Dans ce cas il peut être en décalage voire en opposition avec la perception de la personne en situation probable de maltraitance peut avoir de sa situation, et de sa volonté quant à agir et selon quelle modalité.

Parmi les ressources disponibles, on peut préciser le rôle actuel ou envisageable de certaines d'entre elles. Dans le cas des violences conjugales, en particulier pour les femmes victimes de ces violences, on estime qu'elles finissent, tôt ou tard, pour 31,7 % d'entre elles à s'en ouvrir à quelqu'un, et majoritairement et en premier lieu, à des proches, ce qui souligne a priori l'importance de l'existence d'un entourage et à l'inverse, de la gravité l'isolement social dont elles peuvent être fréquemment l'objet [265]. Dans le cas plus spécifique des violences sexuelles, on sait que la réaction de l'entourage peut être contrastée ou équivoque, alors qu'un soutien est attendu : la réaction de la personne sollicitée peut être objectivement négative ou perçue subjectivement comme négative (dont le blâme de la la victime [266] ou non aidante, comme elle peut être bénéfique et aidante [267] [268]. En dehors de l'entourage, les ressources les plus fréquemment sollicitées pour la divulgation de ces violences sont en premier lieu le médecin, le fonctionnaire de police et le professionnel du droit. Toutefois, si comme déjà mentionné 31,7 % de l'ensemble des femmes victimes en parleront ; parmi elles, 35 % en parleront à un professionnel de santé [265].

Il est probable qu'au-delà des difficultés à identifier et à reconnaître la situation de violence par la personne elle-même, et la nécessité d'agir, le fait de solliciter telle ou telle ressource soit à mettre en relation avec le type d'aide attendue par cette personne, le niveau de confiance mis en cette ressource mais également la perception de ce qui pourra suivre cette première action : quelles seront les conséquences de la divulgation à un tiers ? En effet, des victimes de violence conjugale peuvent craindre l'absence d'effet bénéfique voire une complication de leur situation suite à leur sollicitation.

Des études étrangères (3)mettent en évidence des facteurs associés à la divulgation/recherche d'aide comme : un sentiment de honte, la perception de contrôle sur les maltraitances et la fréquence et la gravité et si ces violences ont des témoins. D'autres soulignent des freins (5): manque de conscientisation, difficultés d'accès, peur des conséquences de la divulgation, manque de ressources matérielles, obstacles personnels (maîtrise de la langue, ...), craintes de défaillances du « système ».

L'analyse du « soutien social » [269] des personnes maltraitées est donc très souhaitable. À noter qu'il existe des échelles publiées [270] [271].

Parmi les attentes placées spécifiquement dans le médecin par une victime qui le consulte, on note le souhait qu'il/elle réalise un écrit qui participera à attester de la réalité et de la temporalité de la situation vécue, et ce par la production d'un certificat médical (ou équivalent auprès d'un psychologue, d'une infirmière, parfois d'un kinésithérapeute ou autre professionnel de santé). Il est à noter au moins quatre éléments à ce titre :

- Les règles de rédaction d'un tel certificat, si elles sont connues et suivies, n'exposent pas un professionnel de santé à la problématique d'un signalement perçu comme « abusif » par une des parties concernées, ou à une ingérence dans la vie privée des parties.
- La HAS a produit en 2011 des recommandations à destination des professionnels de santé pour la rédaction des certificats pour motif de violences interpersonnelles⁵⁰ [272].
- La production d'un tel certificat est en soi importante : comme tout certificat médical, il permet à la personne concernée de revendiquer des droits particuliers
- Les dires de la personne sont aussi importants à rapporter dans un tel certificat que la mention de lésions traumatiques visibles, de même que l'ensemble du retentissement fonctionnel constaté, qu'il soit d'origine physique ou psychologique. Des violences rapportées « sans trace [physique] » n'ont que rarement aucun autre type de « trace » : des symptômes fonctionnels, douloureux notamment mais aussi et surtout d'ordre psychologique, sont en général présents et peuvent être rapportés.

La place du professionnel de santé en tant que ressource sollicitée et sollicitable est ainsi à conforter, à préciser et à étudier.

L'étude du processus de recherche d'aide est par nature plus aisée dans le cas de personnes autonomes et adultes, avec les ressources nécessaires pour prendre action elles-mêmes ; elle est plus compliquée dans d'autres cas, dont les cas pédiatriques, psychiatriques et gériatriques, de certains handicaps. Ici, nous avons donné des exemples documentés concernant qu'une partie des situations de maltraitance, principalement les situations de violences conjugales. Des études sont en cours concernant la perception et les trajectoires psycho socio judiciaires des victimes de violences sexuelles d'âge supérieur à 15 ans s'attellent notamment à ces aspects : perception et parole des victimes du trauma et du recours aux différentes ressources, expérience du recours à ces ressources, décalage entre attentes et ressources disponibles et pourraient être étendues et plus systématiques auprès des autres situations de maltraitance.

Pour les enfants la question est plus centrée sur les déficits d'identification ou de signalement (analysé dans la fiche « Enfants »). En effet on note une fréquence élevée de répétition des abus et de diagnostics manqués ou effectué avec des délais significatifs. Sheets *et al.*, dans le cadre d'une vaste étude rétrospective de 200 enfants diagnostiqués comme ayant subi des maltraitances, ont signalé des blessures "sentinelles" antérieures chez 28. Ces lésions étaient le plus souvent des ecchymoses (80 %).

Plus récemment, Letson *et al.* [273] ont étudié 232 enfants admis consécutivement avec un diagnostic de Trauma Crânien Non Accidentel (TCNA), dont 31 % d'entre eux ont eu un total de 120 "occasions de diagnostic manquées", dont 98 par un médecin. Une étude française en cas également de TCNA [274] donne également des chiffres élevés (79 % des cas).

⁵⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences

Un point particulièrement important mérite d'être souligné, il s'agit de la capacité opérationnelle des structures d'aides formels (numéro d'appel) ou de traitements des signalements à être réellement en capacité à répondre aux attentes des personnes maltraitées et ce d'autant plus que des campagnes de communication les auraient incités à chercher cette aide.

Concernant les appels téléphoniques on peut signaler au moins un exemple de saturation de la prise en charge. Parmi les slogans résumant l'ambition de la société face à la maltraitance celui de la CIIVISE apparaît comme particulièrement clair : « Je te crois, je te protège ». Encore faut-il pouvoir y ajouter « Je t'entends ». Ainsi il est préoccupant que le site web de la CIIVISE [148] apparaisse le message suivant :

Concernant la gestion des plaintes, dans un article du Monde du 27 octobre 2023⁵¹ il est fait état de 2,7 millions de procédures en souffrance dans les commissariats. Les journalistes auraient eu accès à un rapport d'inspection conjointe (Intérieur et Justice) et il est ainsi évoqué une incapacité à traiter « les flux entrants ».

Dans cet article les procédures concernent les délinquances du quotidien et les violences intrafamiliales sont explicitement citées. Il est souligné outre le sentiment d'impunité des délinquants et la perte de confiance de la population.

Parmi les causes il est cité en intitulé « le manque d'effectifs spécialisés » sans argument pour le justifier le qualificatif « spécialisés ».

Le rapport demanderait une hausse d'au moins 10 % des effectifs dans les services d'investigations et également de la gestion d'aval (capacité de traitement par les tribunaux). La littérature confirme l'importance de prendre en compte ces éléments : parmi les freins identifiés au signalement on note pour beaucoup de catégories/situations la crainte de la futilité/inefficacité de cette démarche cet élément a été évoqué lors de plusieurs auditions (dont l'Association Nationale des Assistants de Service Social et la CIIVISE) et se retrouve également dans la littérature [275] [276] avec des différences quantitatives liées au genre, à la sévérité de la maltraitance et/ou au contexte social [277]. Favoriser le signalement sans assurer une réponse satisfaisante est contre-productif. Un succès apparent immédiat peut se traduire à plus long terme par un échec.

Références

265. Barbier A, Lefèvre T. Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2021;30(3):35-44.
266. Maes J. Blaming the victim: Belief in control or belief in justice? *Soc Justice Res*. 1 mars 1994;7(1):69-90.
267. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. janv 2014;15(1):3-21.

⁵¹ https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/10/26/les-commissariats-de-police-satures-par-2-7-millions-de-procedures-en-souffrance_6196533_3224.html

268. Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, Lefèvre T, et al. Intimate Partner Sexual Assault: Traumatic Injuries, Psychological Symptoms, and Perceived Social Reactions. *Obstet Gynecol.* mars 2016;127(3):516-26.
269. Beauregard L, Dumont S. La mesure du soutien social. *Serv Soc.* 1996;45(3):55-76.
270. Dambi JM, Corten L, Chiwaridzo M, Jack H, Mlambo T, Jelsma J. A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health Qual Life Outcomes.* 2 mai 2018;16(1):80.
271. Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale | INSPQ [Internet]. Institut national de santé publique du Québec. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale>
272. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
273. Letson MM, Cooper JN, Deans KJ, Scribano PV, Makoroff KL, Feldman KW, et al. Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abuse Negl.* oct 2016;60:36-45.
274. Laurent-Vannier A, Bernard JY, Chevignard M. High Frequency of Previous Abuse and Missed Diagnoses Prior to Abusive Head Trauma: A Consecutive Case Series of 100 Forensic Examinations. *Child Abuse Rev.* 2020;29(3):231-41.
275. Adib M, Esmaeili M, Zakerimoghadam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatr Nurs N Y N.* 2019;40(6):565-71.
276. Beaulaurier RL, Seff LR, Newman FL. Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. *J Women Aging.* 2008;20(3-4):231-48.
277. Barrett BJ, Peirone A, Cheung CH. Help seeking experiences of survivors of intimate partner violence in Canada: The role of gender, violence severity, and social belonging. *J Fam Violence.* 2020;35(1):15-28.

Fiche n° 16 – L'Impact des représentations : le cas de l'Agisme

Pour le GT, cette fiche est importante car elle témoigne qu'au delà des facteurs individuels et organisationnels se pose la question des *a priori* et des représentations. De la même manière que les maltraitances sexuelles et sexistes ne peuvent se comprendre ni se combattre sans les mettre en perspective de stéréotypes.

Des modifications organisationnelles sans travail à long terme sur ces éléments seraient sans doute d'une efficacité fragile.

Introduction

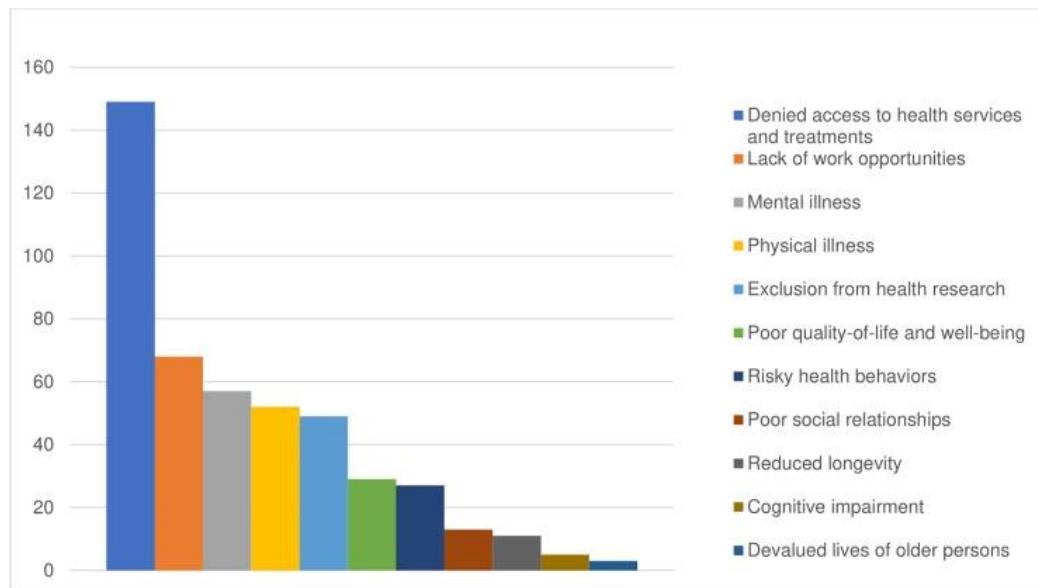
Selon la définition de l'OMS en 2021 « L'âgisme regroupe *les stéréotypes* (la façon d'envisager l'âge), *les préjugés* (ce qu'inspire l'âge) et *la discrimination* (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge ». L'âgisme apparaît lorsque l'âge est utilisé pour catégoriser et diviser les personnes d'une façon qui entraîne des préjugages, des désavantages et des injustices. Selon les Nations unies, une personne sur deux, dans le monde, aurait des attitudes « âgistes ». Il est ainsi si répandu, voire accepté – dans les attitudes et dans les politiques, les lois et les institutions – que souvent son effet néfaste n'est même pas reconnu. Il peut aussi bien toucher les personnes âgées que les plus jeunes. Seul l'âgisme envers les personnes âgées sera abordé ici.

Ce sujet est suffisamment important pour que le Conseil de l'Europe y consacre des travaux récents [278].

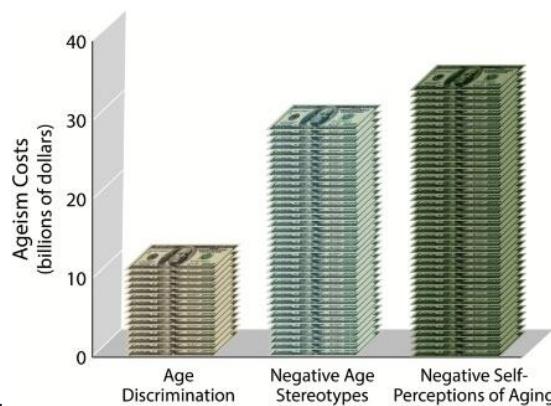
Les conséquences de l'âgisme sur la santé des personnes âgées Les trois composantes distinctes de l'âgisme qui ont été individualisées, sont aussi interdépendantes, et peuvent avoir un impact sur la santé. Ainsi la discrimination sur l'âge (c'est-à-dire des conséquences préjudiciable pour les personnes âgées) ; les stéréotypes négatifs liés à l'âge (c'est-à-dire les croyances à l'égard des personnes âgées en général) ; et les perceptions négatives du vieillissement (c'est-à-dire les croyances des personnes âgées au sujet de leur propre vieillissement) peuvent être psychologiques, comportementales et physiologiques [279].

Une revue systématique récente a confirmé l'influence néfaste de l'âgisme pour 95 % des 422 études retenues intéressant 45 pays et 11 domaines de santé avec en particulier le déclin cognitif, l'incidence des pathologies somatiques et psychologiques [280]. Cette étude a par ailleurs montré une aggravation de l'âgisme sur les 25 années considérées.

« Impact de l'âgisme sur 11 domaines de la santé » (Chang ES et coll Plos One 2020) [279] »



Dans un autre travail Lévy et al., ont étudié l'impact de l'âgisme ,et de ses 3 composantes, sur les surcoûts de dépenses de santé ainsi que sur différentes situations pathologiques aux États-Unis, sur une période de 12 mois , à partir de données de santé (*Institute for Health metrics and Evaluation-IHME 2018*).Il a pu être mis en évidence un surcoût respectivement de 11 billions de dollars (\$) pour la discrimination sur l'âge, de 28 billions de \$ pour les stéréotypes négatifs, et de 33,7 billions de \$ pour l'auto perception négative du vieillissement.



Les pathologies cardiovasculaires étaient les plus affectées suivies par les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales et le diabète [281].

Un travail réalisé pendant la pandémie de Covid-19, a envisagé l'impact de la stigmatisation des personnes âgées dans les médias traditionnels et sociaux à partir d'interventions basées sur les stéréotypes d'âge basées sur des reportages réels parus pendant la pandémie .Comme attendu, l'exposition des personnes âgées aux messages stéréotypés négatifs a conduit à une dégradation de la santé mentale (anxiété, sérénité), par rapport à un état neutre ;de façon intéressante , les interventions comportant des messages stéréotypés positifs par rapport à l'âge ont conduit à une santé mentale nettement meilleure (c'est-à-dire moins d'anxiété et plus de sérénité), par rapport à un état neutre [282].

Les stéréotypes

Les personnes âgées sont confrontées à des stéréotypes négatifs omniprésents selon lesquels la mémoire, et les autres fonctions cognitives, ainsi que les performances physiques diminuent avec l'âge (6). Ces stéréotypes les rendent plus vulnérables en particulier lorsqu'une personne âgée est confrontée à une situation qui l'expose au risque de confirmer un stéréotype négatif. Cette menace se traduit alors par une sous-performance dans les tâches pertinentes pour les stéréotypes.

Les stéréotypes négatifs liés au vieillissement concernent aussi l'infantilisation et le mépris [283]. Une étude récente ayant analysé 311 tweets liés à la maladie d'Alzheimer a révélé que 21 % d'entre eux avaient un contenu qui perpétuaient la stigmatisation et les stéréotypes négatifs [284]. Une autre étude, ayant évalué des tweets sur les personnes âgées au moment de la crise sanitaire du Covid-19 (Twitter) a trouvé une proportion similaire de tweets au contenu négatif (y compris des blagues offensantes ciblant les personnes âgées) [285].

La diffusion de stéréotypes négatifs n'est pas exclusive des médias sociaux. Des messages à caractère âgiste sont également retrouvés dans des publicités (radio, télévision...). Les films ou programmes de télévision excluent fréquemment les personnes âgées ou leur confient des rôles secondaires ou volontiers caricaturaux. La publicité anti-âge à visée commerciale est par ailleurs bien présente proposant d'effacer les effets liés à l'âge, considérés comme presque « anormaux » tels que les rides, ou pour certaines proposition d'assurances d'assimiler âge et perte d'autonomie ... Les stéréotypes négatifs assimilant grand âge avec perte d'autonomie peuvent être également véhiculés par des messages politiques, économiques, et même chez les professionnels de santé [286].

L'auto-perception négative

L'âgisme se manifeste à la fois au niveau structurel mais aussi individuel. Ainsi les institutions peuvent renforcer les préjugés systématiques d'une société à l'égard des personnes âgées, et au niveau individuel les personnes âgées peuvent, eux-mêmes, accepter les opinions négatives du vieillissement [287].

Une étude récente a révélé que les complications liées à l'infection Covid-19 étaient majorées chez les personnes âgées présentant des niveaux élevés d'âgisme autodirigé et une anxiété [288].

Une revue systématique, a examiné les conséquences de la perception de soi, concernant le vieillissement, chez les participants de 50 ans ou plus, en synthétisant 21 études menées dans cinq pays occidentaux et comportant un suivi. La perception par soi-même du vieillissement (*Self-Perception of Aging-SPA*) fait référence à l'estimation par une personne de son propre processus de vieillissement en reflétant les stéréotypes négatifs intériorisés du vieillissement, elles ont été évaluées dans ce travail par une échelle fiable de la SPA utilisée dans de nombreuses études longitudinales – l'échelle « Attitude Towards Own Aging (ATOA) ». Les résultats ont révélé qu'avoir une perception plus positive du vieillissement était systématiquement associé avec une plus grande longévité, moins d'états dépressifs et un meilleur fonctionnement cognitif [289].

De même, une méta-analyse regroupant 19 études longitudinales a révélé un discret effet significatif du vieillissement subjectif – opérationnalisé soit en tant qu'âge subjectif, soit en tant

qu'auto-perception du vieillissement – sur la santé, les comportements liés à la santé et la survie [290].

Une étude récente réalisée en Finlande visait à explorer les facteurs associés à l'âgisme autodirigé. Les résultats ont montré que le genre féminin, un niveau d'enseignement supérieur, le ressentiment d'une mauvaise qualité de vie ou d'une discrimination institutionnelle liée à la vieillesse ; étaient liés à des opinions négatives sur le vieillissement, tant à l'égard de la société qu'à l'égard de soi-même [291]. Ces constatations suggèrent que ce n'est pas seulement l'âge, mais aussi les circonstances structurelles et culturelles qui transforment les stéréotypes négatifs socialement partagés en auto-perceptions négatives du vieillissement.

La discrimination

Le rapport OMS (WHO 2021) [292] sur l'âgisme montre que la discrimination peut atteindre les personnes âgées dans les différents domaines dans la vie courante. Les personnes âgées peuvent aussi subir des discriminations au sein même des services de santé. En effet, selon l'OMS : « le rationnement des soins de santé sur des critères exclusifs d'âge » est répandu dans certains pays. Dans la revue systématique de Chang (déjà citée plus haut), outre un lien constant entre l'âgisme et les conséquences néfastes sur la santé, dans tous les pays étudiés, 49 études (100 %) ont montré une exclusion des sujets âgés des études cliniques dans diverses spécialités médicales et 141 (85 %) ont montré que les traitements ou procédures offrant le meilleur pronostic étaient moins souvent proposés aux sujets âgés, même s'ils pouvaient en bénéficier.

Un travail longitudinal avec un suivi de 4 ans, réalisé à partir de données de santé aux États-Unis sur une population représentative de 6017 adultes présentant un âge moyen de 67 ans, a envisagé la relation entre la discrimination en matière de soins et l'apparition ou l'aggravation d'un handicap. Cette étude a montré qu'un adulte de plus de 50 ans sur cinq est victime de discrimination dans les établissements de soins. Une personne sur 17 est fréquemment victime de discrimination en matière de soins, ce qui est associé à la survenue d'un handicap ou d'une aggravation à l'issue d'un suivi de 4 ans [293].

Les pistes d'intervention

L'âgisme a des implications désormais bien établies en termes de santé publique avec des effets négatifs sur la santé physique et mentale des personnes âgées.

Le Rapport mondial sur l'âgisme [294] identifie trois objectifs majeurs 1/mettre en place des stratégies efficaces pour prévenir et répondre à l'âgisme ; 2/, financer et améliorer la recherche et les données disponibles pour mieux comprendre et remédier à l'âgisme ;3/promouvoir une dynamique pour changer le discours sur l'âge et le vieillissement. Ainsi la promesse d'une décennie pour le « vieillissement en bonne santé » ne pourra se réaliser pleinement que si l'âgisme est reconnu comme un déterminant social de la santé et s'il est combattu [295].

Parmi les actions à déployer pour répondre à ces différents objectifs, indépendamment de la mise en place de politiques et lois pour lutter contre la discrimination liée à l'âge, une approche intégrative de lutte contre l'âgisme doit être développée afin de garantir des soins équitables, de prévenir l'âgisme autodirigé qui a des liens étroits avec la santé de la personne. Ainsi les interventions doivent également cibler les personnes âgées elles-mêmes [296].

Les interventions éducatives destinées à dissiper les croyances erronées sur l'âge et le vieillissement ainsi que les interventions visant à privilégier les contacts intergénérationnels pour

renforcer les liens ainsi que la compréhension entre les différentes cohortes d'âge sont les plus développées [295].

Une étude a visé à tester le modèle PEACE (*Positive Education about Aging and Contact Experiences*) sur 1354 étudiants de premier cycle, avec un groupe témoin. Deux facteurs clés pour réduire l'âgisme ont été envisagés : l'éducation sur le vieillissement avec pour objectif de fournir des informations précises sur le vieillissement et le développement de contacts intergénérationnels positifs, ainsi que leur effet combiné potentiel (éducation et contacts prolongés). Les résultats ont montré une amélioration des attitudes envers les personnes âgées avec moins d'attitudes négatives, et des connaissances sur le vieillissement [297].

Une méta-analyse a évalué les effets relatifs de 3 types d'intervention conçus pour réduire l'âgisme chez les jeunes et les adultes - éducation, contact intergénérationnel et éducation combinée et contact intergénérationnel. Les études retenues étaient celles qui (1) évaluaient une intervention conçue pour réduire l'âgisme (2) examinaient au moins un résultat de l'âgisme chez les personnes âgées (3) utilisaient un groupe de comparaison et (4) ont été publiés après 1970, lorsque le concept d'âgisme a été développé. Les principaux critères de jugement étaient les attitudes envers les personnes âgées et l'exactitude des connaissances sur le vieillissement et les personnes âgées. 63 études ont été éligibles (1976-2018) avec un échantillon total de 6 124 participants. Les interventions contre l'âgisme ont été regroupées en 3 catégories : pédagogie, contacts intergénérationnels, ou approches combinées ; elles ont montré un effet très significatif sur les attitudes ($[dD] = 0,33$; $P < 0,001$), les connaissances ($dD = 0,42$; $P < 0,001$) et le confort ($dD = 0,50$; $P < 0,001$), mais aucun effet significatif sur l'anxiété ($dD = 0,13$; $P = 0,33$) ou le travail avec des personnes âgées ($dD = -0,09$; $P = 0,40$). Les interventions combinées associant « éducation » et contacts intergénérationnels ont montré les effets les plus importants. Ces résultats suggèrent que des stratégies réalisables et relativement peu coûteuses impliquant l'éducation et les contacts intergénérationnels peuvent servir de base à des interventions efficaces pour réduire l'âgisme [298].

En conclusion, On ne dispose cependant pas de données suffisantes pour envisager à une large échelle, l'efficacité des différentes stratégies visant à réduire l'âgisme. La mise en place d'interventions ayant pour but une réduction substantielle de l'âgisme doit faire partie d'une stratégie nationale dans le cadre d'une collaboration internationale, afin d'améliorer la perception des personnes âgées, et de réduire les trois composantes de l'âgisme. Il est nécessaire de développer des travaux de recherche en plusieurs étapes afin d'implémenter des stratégies ayant fait la preuve de leur faisabilité et de leur efficacité, y compris sur le long terme.

Références

278. Conseil de l'Europe. Contre l'âgisme et pour une citoyenneté sociale active des personnes âgées - Droits sociaux - www.coe.int [Internet]. Droits sociaux. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/-/against-ageism-and-towards-active-social-citizenship-for-older-persons>
279. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PloS One. 2020;15(1):e0220857.

280. Levy B. Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 déc 2009;18(6):332-6.
281. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist.* 24 janv 2020;60(1):174-81.
282. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provolo N, Slade MD. Impact of Media-Based Negative and Positive Age Stereotypes on Older Individuals' Mental Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 avr 2022;77(4):e70-5.
283. Levy BR, Chung PH, Bedford T, Navrazhina K. Facebook as a site for negative age stereotypes. *The Gerontologist.* avr 2014;54(2):172-6.
284. Oscar N, Fox PA, Croucher R, Wernick R, Keune J, Hooker K. Machine Learning, Sentiment Analysis, and Tweets: An Examination of Alzheimer's Disease Stigma on Twitter. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 sept 2017;72(5):742-51.
285. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* août 2020;68(8):1661-5.
286. Loos E, Ivan L. Visual Ageism in the Media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, éditeurs. *Contemporary Perspectives on Ageism [Internet].* Cham: Springer International Publishing; 2018 [cité 10 avr 2024]. p. 163-76. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_11
287. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* avr 2020;17(7):2560.
288. Bergman YS, Cohen-Fridel S, Shrira A, Bodner E, Palgi Y. COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *Int Psychogeriatr.* nov 2020;32(11):1371-5.
289. Tully-Wilson C, Bojack R, Millear PM, Stallman HM, Allen A, Mason J. Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychol Aging.* nov 2021;36(7):773-89.
290. Westerhof GJ, Miche M, Brothers AF, Barrett AE, Diehl M, Montepare JM, et al. The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychol Aging.* déc 2014;29(4):793-802.
291. Ishikawa M. Internalization of negative societal views on old age into self-perceptions of aging: exploring factors associated with self-directed ageism. *Front Sociol.* 2023;8:1291325.
292. Organisation mondiale de la Santé. 2021 [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/campaigns/world-mental-health-day/2021>

293. Rogers SE, Thrasher AD, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Discrimination in Healthcare Settings is Associated with Disability in Older Adults: Health and Retirement Study, 2008-2012. *J Gen Intern Med.* oct 2015;30(10):1413-20.
294. World Health Organization. Global report on ageism [Internet]. 2021 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism>
295. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet Lond Engl.* 10 avr 2021;397(10282):1333-4.
296. Henry JD, Coundouris SP, Nangle MR. Breaking the links between ageism and health: An integrated perspective. *Ageing Res Rev.* mars 2024;95:102212.
297. Lytle A, Levy SR. Reducing Ageism: Education About Aging and Extended Contact With Older Adults. *The Gerontologist.* 17 mai 2019;59(3):580-8.
298. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health.* août 2019;109(8):e1-9.

Fiche n° 17 – Maltraitance et écrits des professionnels de santé (dont les certificats médicaux)

La production d'écrits par des professionnels de santé, dont le certificat médical, peut jouer un rôle à plusieurs niveaux dans le traitement des situations de maltraitance. Il existe plusieurs situations où de tels écrits prévus par la loi sont attendus. Ils ont une fonction bien identifiée et doivent respecter des exigences de forme et de fond. Nous excluons ici les informations relevant du dossier médical ou de santé en général, et considérons les écrits types certificats, permettant la reconnaissance d'un état ou l'ouverture de droits à la personne concernée ou ses ayant droits. Cela peut aller du certificat accompagnant un signalement ou une information préoccupante, jusqu'au certificat de décès, ou encore la rédaction de premières constatations lors de la découverte d'un corps sans vie (levée de corps), en passant par l'établissement de certificats médicaux initiaux descriptifs relatant les dires d'une personne, d'une victime et pouvant être complétés des données de l'examen clinique réalisé par le professionnel. Ces documents peuvent être réalisés dans différents contextes :

- À la demande de la personne concernée (la victime de maltraitance),
- À l'initiative du professionnel (information préoccupante pour la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes : CRIP, signalement à l'intention du procureur de la République), ou encore
- Dans le cadre d'une procédure judiciaire (demande d'examen pour maltraitance dans le cadre d'une enquête sur mineur, examen médico-légal en vue de déterminer une incapacité totale de travail : ITT...).

Les lieux et les temporalités peuvent être très différents selon les situations (un événement particulier amenant à consulter aux urgences, accumulation menant à s'ouvrir des maltraitances à un tiers de confiance, perception d'une situation de menace imminente, identification « fortuite », en début de maltraitance ou après des années...), qui sont autant d'opportunités de prendre acte et note des faits rapportés, et d'entrer dans une démarche pouvant permettre la reconnaissance de la situation de maltraitance.

Plusieurs éléments clés concernant ces écrits sont à souligner dans le contexte de la prise en compte de la maltraitance :

- L'opportunité de produire une trace écrite et circonstanciée par un tiers de confiance, et occupant une place identifiée, reconnue et donnant poids aux déclarations de la personne qui se présente comme une victime.
- La rédaction d'un certificat dûment sollicité dans les cas prévus par la loi, et permettant l'ouverture de droits à la personne concernée.
- La « valeur » accordée aux différents écrits et certificats médicaux est très variable selon le type de certificats, le contexte de production et le rédacteur, notamment par les officiers de police judiciaire et les magistrats ; cela peut donc influencer le parcours de la victime⁵².

⁵² Voir par exemple, « paroles de magistrats », de Guez S (<http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/big-data-drop-it-big-data-et-droit-penal-utilisation-comprehension-et-impact-des-techniques-predictives-etude-drop-it-exemple-de-levaluation-de-lincapacite-totale-de-travail-chez-les-victimes/>). Les magistrats de différentes juridictions et d'âge, sexe, expérience et lieux variés s'accordent sur le fait qu'ils ne considèrent pas de la même façon un certificat établi par un médecin légiste ou un certificat établi par un médecin non légiste quand il s'agit de circonstancer les situations de violence et d'en établir un retentissement fonctionnel chez la victime

- La qualité objective des certificats, selon leur type, le contexte de production et le rédacteur est elle aussi très variable, en termes de forme et de fond, ce qui peut là également influer sur leur caractère non seulement utile ou utilisable, et parfois, peut desservir le demandeur.

La littérature scientifique est assez riche en ce qui concerne la validité des certificats de décès, moins pour les autres certificats. Il faut noter qu'une partie de la problématique entourant les certificats de décès comme source d'information fiable vient du parcours et du devenir pluriel du certificat, ainsi que de la répartition des prérogatives entre médecine et justice : en l'absence de passage du corps en institut médico-légal (IML), la règle générale est la rédaction d'un unique certificat de décès, de plus ou moins bonne facture ; depuis quelques années, le passage secondaire en IML (examen externe de corps, analyses complémentaires, autopsies), soit il arrive que le premier certificat de décès soit remplacé par un second, soit de façon plus rigoureuse, il existe un volet médical complémentaire (VMC), renseignable par le médecin légiste. La partie causes médicales anonymisée est à destination d'une équipe Inserm (le CépiDc) qui les collecte sur l'ensemble du territoire et les analyse. En revanche, les conclusions médicales peuvent être différentes des décisions judiciaires. Ainsi, pour un même cas, le certificat médical peut indiquer homicide alors que l'autopsie, l'enquête de police et les investigations judiciaires permettront de conclure à un accident ou un suicide (ou inversement le certificat médical indique mort par accident ou suicide alors que les investigations judiciaires permettent de conclure à un homicide).

Les recherches académiques françaises sont peu fréquentes (en comparaison avec d'autres pays) mais explorent des champs variés. Certes ces études existent, mais très souvent le niveau qualitatif est hétérogène avec en particulier vu le caractère observationnel, non représentatif, elles ont une faible capacité à généralisation et transférabilité. Cette absence d'investissement en termes de recherche peut être expliquée soit par une concurrence avec d'autres priorités sur d'autres sujets, soit par déficit d'incitations soit enfin par une difficulté d'accès aux données.

Quelques exemples :

Analyse des certificats médicaux (ou équivalent)

Analyse de la qualité des certificats médicaux concernant la protection juridique [299] : 111 certificats médicaux circonstanciés ont été recueillis au greffe du Tribunal d'instance d'une seule ville (il existe plus de 700 000 majeurs protégés en France). Analyse sur la conformité (sans analyse de la validité) : seulement 57 % des certificats médicaux circonstanciés répondaient aux attentes de l'article 1219.

Analyse des causes de décès chez les enfants (avant l'âge de 1 an) en rapport avec les jugements judiciaires (considérer comme « le Gold Standard ») et ce pour estimer l'importance de la sous-estimation) [300] : 247 cas analysés à partir de 26 juridictions géographiques entre 1996 et 2000. Quatre-vingts décès ont été qualifiés d'homicides par les tribunaux. Les taux d'homicide identifié par les tribunaux sont 2 à 3,6 fois plus élevés que ceux des statistiques des certificats de mortalité. Près de 1/3 des décès "accidentels" et 1/4 des décès de cause inconnue dans les statistiques de mortalité sont qualifiés juridiquement d'homicides. À noter dans cette étude qu'après exclusion des infanticides à la naissance 25 des 53 enfants avaient des signes de maltraitance antérieures. Analyse des facteurs orientant le suivi d'enfants vu aux urgences vers une prise en charge administrative versus judiciaire [301] : 83 enfants. Des données intéressantes (d'amont) : savoir

ce qui oriente vers un signalement quel qu'il soit versus « pas de signalement » ne sont pas disponibles.

Références

299. Arcese G, Drunat O, Arbault S, Gonthier R. Evaluation of the quality of medical certificates in the context of the opening of a measure of legal protection for adults over 60 years of age. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2017;15(2):145-52.
300. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl*. juill 2010;34(7):534-44.
301. Bailhache M, Lerole A, Lagarde M, Richer O. Factors associated with the decision of a French hospital to report child abuse to judicial rather than administrative authorities. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. juill 2021;28(5):360-5.

Fiche n° 18 – Conséquences sociales et de santé de la maltraitance des enfants

1. Effets neurobiologiques

Malgré des arguments théoriques [302] les évidences scientifiques sur les impacts à long terme de la maltraitance sont toutefois considérées inconsistantes d'une étude à l'autre.

2. Principales conséquences à court et à long terme de la maltraitance suivant l'*INSPQ* [303]

- Les effets à court et à long termes de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants et ce, peu importe la forme
- Plus une forme de maltraitance est considérée comme sévère, qu'elle se présente tôt dans la vie de l'enfant, qu'elle est récurrente et qu'elle survient en cooccurrence avec d'autres formes, plus les impacts à court et à long termes sont importants et irréversibles au plan neurobiologique.

Domaine	Court terme (enfance)	Long terme (adolescence et âge adulte)
Socioaffectif	Troubles internalisés (ex. : faible estime de soi, isolement, anxiété, dépression) État de stress post-traumatique	
	Difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions Troubles externalisés (ex. : agressivité, conduite antisociale/délinquante, impulsivité, hyperactivité)	
	Faibles habiletés sociales	Antipathie Troubles de l'humeur
Comportemental		Abus de substances (ex. : drogues, alcool) Comportements sexuels à risque/ Infections transmises sexuellement (ITS)
Cognitif	Problèmes de langage (ex. : retard de langage, prononciation difficile) Déficits au niveau des fonctions cognitives (ex. : apprentissage, attention, mémoire, fonctions exécutives, fonctions visuo-spatiales, résolution de problèmes, raisonnement abstrait)	
	Difficultés scolaires	Décrochage scolaire
Neurobiologique	Dérèglement des systèmes biologiques de réponse au stress	
	Altération de la maturation du cerveau	Vulnérabilité au développement de maladies psychiatriques
Physique	Blessures physiques et retards de développement Troubles alimentaires (ex. : obésité, boulimie, retard de croissance) Maladies pulmonaires chroniques (ex. : asthme) Maladies cardiovasculaires (ex. : cardiopathies ischémiques) Syndrome du côlon irritable	

Tableau :Principales conséquences à court et à long termes de la maltraitance suivant l'OMS [304] [305]

Table 8. Summary of the strength of the evidence for related health outcomes.

Robust Evidence	Weak/Inconsistent Evidence	Limited Evidence
Physical abuse		
Depressive disorders	Cardiovascular diseases	Allergies
Anxiety disorders	Type 2 diabetes	Cancer
Eating disorders	Obesity	Neurological disorders
Childhood behavioural/conduct disorders	Hypertension	Underweight/malnutrition
Suicide attempt	Smoking	Uterine leiomyoma
Drug use	Ulcers	Chronic spinal pain
STIs/risky sexual behaviour	Headache/migraine	Schizophrenia
	Arthritis	Bronchitis/emphysema
	Alcohol problems	Asthma
Emotional abuse		
Depressive disorders	Eating disorders	Cardiovascular diseases
Anxiety disorders	Type 2 diabetes	Schizophrenia
Suicide attempt	Obesity	Headache/migraine
Drug use	Smoking	
STIs/risky sexual behaviour	Alcohol problems	
Neglect		
Depressive disorders	Eating disorders	Arthritis
Anxiety disorders	Childhood behavioural/conduct disorders	Headache/migraine
Suicide attempt	Cardiovascular diseases	Chronic spinal pain
Drug use	Type 2 diabetes	Smoking
STIs/risky sexual behaviour	Alcohol problems	
	Obesity	

doi:10.1371/journal.pmed.1001349.t008

3. Conséquences physiques

Décès

Il est largement admis que les enfants ayant subi des maltraitances sont plus à risque de développer des maladies psychologiques mais aussi des maladies physiques et ces individus ont par conséquence une mortalité prématurée [306].

Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les troubles alimentaires sont fréquents lors d'antécédents de maltraitance sexuelle. Mais aussi, la prévalence de négligence émotionnelle est de 53,3 %, alors que 45,4 % personnes présentant des troubles du comportement alimentaire ont déclaré avoir vécu de la négligence sur le plan physique. Ces résultats préliminaires confirment la prévalence élevée de la négligence (émotionnelle et physique) chez les personnes ayant un trouble du comportement alimentaire [307].

Cancer

Il a été observé un lien entre maltraitance infantile et incidence de cancer avant l'âge de 50 ans [308].

Maladies métaboliques et cardiovasculaires

La charge allostatique est associée à l'incidence de désordres métaboliques [309] [310].

4. Conséquences sur le développement

Santé mentale

Les enfants ayant souffert de maltraitance ont en moyenne 2 fois plus de risques de développer une maladie psychiatrique [311] [312].

Des troubles du comportement ont été décrits chez les enfants quel que soit l'âge auquel ils ont été victimes de maltraitance ou de négligence. Les effets sont cumulatifs et se manifestent tout au long de la vie. Il existe un lien dans l'enfance avec un comportement extériorisé ou agressif et un comportement intérieurisé ou anxio-dépressif et une probabilité accrue de développer des troubles du comportement dans l'enfance en cas de maltraitance physique et de négligence (odds ratio (OR) de 2,3 et 2 respectivement) [313].

Développement cognitif, langage, scolarité

Les impacts négatifs sur le fonctionnement cognitif peuvent, quant à eux, se faire sentir dès l'âge de 3 ans. La maltraitance est aussi associée au ralentissement du développement du langage et particulièrement dans les cas de négligence [314].

En outre, Manly *et al.* se sont intéressés à la performance académique chez les enfants d'un milieu à risque et rapportent que les enfants négligés à l'âge de 4 ans obtenaient des résultats académiques plus faibles en première année du primaire comparativement aux enfants qui n'étaient pas négligés [315].

Développement psycho-affectif

Sur le plan socio-affectif, la recherche démontre que les enfants qui sont négligés, abusés psychologiquement ou physiquement présentent davantage de retrait, d'évitement, de symptômes dépressifs, d'anxiété, et une faible estime de soi comparativement aux enfants n'ayant pas subi de maltraitance [316].

Conséquences des maltraitances sexuelles dans l'enfance et l'adolescence

« Les conséquences qu'entraînent les agressions sexuelles auprès des victimes sont multiples et peuvent perdurer tout au cours de la vie, et se poursuivre à travers les générations avec des effets néfastes sur la santé, l'éducation, l'emploi, la criminalité et l'économie des personnes qui en sont victimes, mais aussi de leur famille, des communautés et des sociétés.

Parmi les conséquences à court terme sur la santé physique, mentionnons les blessures au corps (ex. : ecchymoses, rougeurs, pétéchies) en cas de violence ou de contrainte physique, ainsi que des douleurs, saignements, lésions ou lacérations à la région génitale. Les jeunes victimes sont aussi susceptibles de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), et une grossesse peut survenir chez les filles pubères à la suite d'une agression sexuelle. Mais dans la majorité des situations d'agression sexuelle d'un enfant, aucun signe physique ne sera décelable. Les conséquences documentées sont avant tout psychologiques et concernent principalement les symptômes du trouble du stress post-traumatique, la détresse psychologique, la dépression, la dissociation ainsi que les comportements sexuels problématiques » [317], [318] [319].

5. Les conséquences qui se manifestent durant l'enfance et à l'adolescence [317]

Tableau 7 Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle auprès de mineurs manifestées dans l'enfance et à l'adolescence [13,65,68,69]

Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes dépressifs ■ Anxiété, peur, méfiance ■ Faible estime de soi ■ Retards développementaux ■ Comportements d'isolement social ■ Troubles alimentaires, tels que l'anorexie et la boulimie ■ Idéations suicidaires et tentatives de suicide ■ Consommation d'alcool et de drogues (adolescence) ■ Symptômes du trouble de stress post-traumatique ■ Symptômes de dissociation^a 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de comportement extériorisés (ex. : agressivité, opposition, problèmes d'attention) ■ Comportements sexuels problématiques non en lien avec le stade développemental (ex. : masturbation excessive, comportement sexuel intrusif envers un autre enfant) ■ Problèmes somatiques (ex. : énurésie, problèmes digestifs) ■ Revictimisation sexuelle ■ Victimisation et agression dans les fréquentations amoureuses ■ Comportements sexuels à risque, tels les activités sexuelles précoces et les partenaires sexuels multiples (adolescence) ■ Comportements autodestructeurs et automutilation

^a Fuite psychologique pouvant se traduire par des perturbations de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement.

- Les conséquences à l'âge adulte des maltraitances sexuelles dans l'enfance
 - Des perturbations de la vie sexuelle et reproductive : taux élevé d'IVG, violence entre partenaires à l'âge de 30 ans, IST⁵³,
 - Mauvais état général⁵⁴ (méta-analyse de Irish et al., 2010).
 - Fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance (Choquet et al., 1997 ; Darves-Bornoz et al., 1998) [320],
 - Antécédents de violences physiques et sexuelles subies par des adolescents criminels, eux-mêmes souvent condamnés pour violence sexuelle (Huerre P. et Huerre C., 2000) [321],
 - Plaintes somatiques : nausées et douleurs abdominales rapportées par des adolescentes ayant subi un viol dans leur enfance (Darves-Bornoz et al., 1998) [320].

Les violences physiques dans l'enfance sont plutôt associées à la délinquance et à la consommation de drogue ultérieure⁵⁵ (Silverman et al., 1996).

6. Conséquences intergénérationnelles

Enfin, les conséquences intergénérationnelles sont de plus en plus documentées [322] et mériteraient d'être mieux explorées.

⁵³ Boden J.-M., Fergusson D.-M., Horwood L.-J. (2009), « Experience of Sexual Abuse in Childhood and Abortion in Adolescence and Early Adulthood », Child Abuse and Neglect, décembre, vol. 33, no 12, p. 870-876.; Friesen M.-D., Woodward L.-J., Horwood L.-J., Fergusson D.-M. (2010), « Childhood Exposure to Sexual Abuse and Partnership Outcomes at Age 30 », Psychol Med, avril, vol. 40, no 4, p. 679-688.; Van Roode T., Dickson N., Herbison P., Paul C. (2009), « Child Sexual Abuse and Persistence of Risky Sexual Behaviors and Negative Sexual Outcomes over Adulthood: Findings from a Birth Cohort », Child Abuse and Neglect, mars, vol. 33, no 3, p. 161-172;

⁵⁴ Irish L., Kobayashi I., Delahanty D.-L. (2010), « Long-Term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: a Meta-Analytic Review », J Pediatr Psychol, juin, vol. 35, no 5, p. 450-461

⁵⁵ Silverman A.-B., Reinherz H.-Z., Giacopis R.-M. (1996), « The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse: a Longitudinal Community Study », Child Abuse and Neglect, no 20, p. 709-723

Références

302. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*. 2 mars 2016;89(5):892-909.
303. Marie-Ève Clément, Marie-Hélène Gagné, Sonia Hélie. La violence et la maltraitance envers les enfants | INSPQ [Internet]. 2018 mai [cité 3 avr 2024] p. Rapport québécois sur la violence et la santé, Chapitre 2(pp.21-54). Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants>
304. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
305. European report on preventing child maltreatment [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108627/e96928.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
306. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2006;256(3):174-86.
307. Pignatelli AM, Wampers M, Loriedo C, Biondi M, Vanderlinden J. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD*. 2017;18(1):100-15.
308. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol*. sept 2013;28(9):721-34.
309. Barboza Solís C, Kelly-Irving M, Fantin R, Darnaudéry M, Torrisani J, Lang T, et al. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 17 févr 2015;112(7):E738-746.
310. Guzylack-Piriou L, Ménard S. Early Life Exposure to Food Contaminants and Social Stress as Risk Factor for Metabolic Disorders Occurrence? An Overview. *Biomolecules*. 3 mai 2021;11(5):687.
311. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
312. Wade M, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Effect of Foster Care Intervention on Trajectories of General and Specific Psychopathology Among Children With Histories of Institutional Rearing: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2018;75(11):1137-45.
313. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*. août 2003;160(8):1453-60.
314. Sylvestre A, Bussières ÈL, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreat*. févr 2016;21(1):47-58.

315. Manly JT, Lynch M, Oshri A, Herzog M, Wortel SN. The Impact of Neglect on Initial Adaptation to School. *Child Maltreat.* août 2013;18(3):155-70.
316. Clarkson Freeman PA. Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Ment Health J.* 2014;35(6):544-54.
317. Julie Laforest, Pierre Maurice, Louise Marie Bouchard. Rapport québécois sur la VIOLENCE et la santé - Institut national du Québec, Direction du développement des individus et des communautés [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
318. L'agression sexuelle envers les enfants - Tome 1 [Internet]. 1re éd. Presses de l'Université du Québec; 2011 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv18ph3jb>
319. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol.* janv 2001;135(1):17-36.
320. Castagné R, Ménard S, Delpierre C. The epigenome as a biological candidate to incorporate the social environment over the life course and generations. *Epigenomics.* janv 2023;15(1):5-10.

Fiche n° 19 – Application à l'enfant du modèle éco-systémique

1. Facteurs de risque durant l'enfance dans une approche écosystémique

1.1. Ontosystème

1.2.1. Ontosystème concernant l'enfant

L'âge et les périodes sensibles sont décrits comme étant des facteurs de risque de maltraitance. Ainsi, la négligence est une problématique qui touche plus particulièrement les enfants âgés de moins de 3 ans [119]. L'exposition en bas âge à la négligence est un précurseur important des problèmes futurs. Le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable aux violences physiques [323] et pour rappel, le taux d'homicides le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 1 an.

- Être né(e) d'une mère de moins de 20 ans, grossesse adolescente.
- Être en situation de handicap ou présenter des troubles du développement (Haute Autorité de santé, 2022).
- Enfant ayant eu des problèmes périnataux/par ex : prématurité (Haute Autorité de Santé, 2022).
- Pour le syndrome du bébé secoué [185] souligne l'absence de rôle des facteurs socio-économiques, les facteurs psychoaffectifs prennent sur les facteurs socio-économiques.
- Sont aussi mentionnés : être un enfant qui ne vit pas avec ses deux parents biologiques, être perçu par les parents comme difficile. Quant au genre, les filles sont majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles [148].

Plus une forme de maltraitance est considérée comme sévère, plus elle se présente tôt dans la vie de l'enfant, est récurrente et survient en cooccurrence avec d'autres formes, plus les impacts à court et à long termes sont importants et irréversibles au plan neurobiologique [186].

1.2.2. Onto système concernant le parent

Plusieurs facteurs de risque concernent plus directement l'onto système parental :

- Durant l'enfance du parent, sont retrouvées des « histoires de maltraitance et de négligence », des trajectoires de « transmission du contexte » qui se répètent de génération en génération
 - Traumatismes divers dans l'enfance : Abus émotionnel/psychologique/sexuel d'un membre du couple dans l'enfance
 - Carence en soins parentaux/ Parentage insensible/Négligence
 - Placement(s)
 - Attachement insécurisé
 - Grossesses non planifiées et/ou précoces (avant l'âge de 20 ans)
 - Monoparentalité (associée à des conditions de pauvreté et au nombre d'enfants)

Cette recherche s'appuie sur les données de trois études longitudinales distinctes pour identifier les facteurs de risque et de protection associés à la négligence ultérieure pendant la petite enfance. Les trois études (*Fragile Families and Child Wellbeing* [FFCW] ; *Healthy Families New York* [HFNY] ; *Illinois Families Study-Child Wellbeing* [IFS]) portent sur des échantillons ou sous-

échantillons probabilistes de familles à faible revenu ayant de jeunes enfants. Plus précisément, des constantes sont apparues en ce qui concerne les indicateurs de ressources et de difficultés économiques, le bien-être des parents et l'éducation des enfants [120].

Ainsi, plusieurs études [311] [324] [325] pointent dans une direction particulière : les figures parentales impliquées dans les situations de maltraitances doivent composer elles-mêmes avec des obstacles majeurs à l'intérieur de leur propre vie. Ces obstacles dans la vie des parents peuvent provenir de leur **histoire personnelle ou sociale**.

Les obstacles développementaux et contextuels dans la vie des parents nuisent considérablement à leur bien-être personnel à travers la manifestation de problèmes de santé mentale ou de dépendance à l'alcool ou aux psychotropes ainsi qu'à l'exercice des responsabilités affectives, éducatives et socio-émotionnelles dans leur relation à l'enfant et au maintien de relations avec les autres personnes de leur entourage.

Peuvent ainsi être déclinés plusieurs facteurs de risque concernant le ou les parents [326]

- Stress parental lié à toutes sortes de difficultés (financières, addictions, etc.)
- Connaissances du développement de l'enfant inadéquates et/ou insuffisantes (souvent associées à un déficit cognitif (Pernel & Garret-Gloane, 2022) [119]
- Nombre d'enfants dans la famille
- Niveau d'éducation faible
- Difficultés économiques / Difficultés financières à long-terme/ Périodes de chômage
- Abus/dépendance/addiction d'un parent à une drogue/alcool/jeux vidéo
- Psychopathologie d'un des membres de la famille (symptomatologie dépressive (+pauvreté), troubles de la personnalité, problèmes de santé mentale, conduite de vie marginalisée, etc.)
- Maladie médicale familiale sévère/handicap qui impacte la vie de la famille
- Criminalité d'un parent/Incarcération d'un ou des deux parents.

2. Des microsystèmes qui peinent à remplir leur fonction développementale

2.1. Relations entre enfant et parents

Une grande partie des travaux de recherche ont examiné le sous-système mère-enfant. Ils montrent que celui-ci a des difficultés à prendre en compte les besoins des enfants et/ou pour répondre de façon adéquate.

Dans les négligences, on note le peu de disponibilité émotionnelle, d'empathie et d'attention à l'autre/au tout-petit pour répondre à ses besoins. L'ensemble entraîne des interactions peu soutenantes et peu sécurisantes. De façon concomitante, les pratiques maternelles peuvent être lacunaires (pas de règles claires établies), aléatoires avec des alternances de rigidité et de conduites punitives et ne peuvent assurer le méta-besoin de sécurité (Martin-Blachais, 2017). Or, il s'agit bien de répondre aux besoins affectifs, relationnels, de santé du jeune enfant, essentiels au cours des premières années de vie, y compris durant la grossesse. La présence, la vigilance, la sensibilité, la disponibilité et la responsabilité de la figure maternelle dans sa vie font défaut

entraînant un attachement insécurisé, voire désorganisé (cf. théorie de l'attachement et modèle des besoins fondamentaux).

- Les difficultés voire l'incapacité en cas de négligences à répondre aux besoins fondamentaux du tout-petit et des enfants entraînent un attachement parent-enfant insécurisé (cf. théorie de l'attachement et modèle des besoins fondamentaux ; Martin-Blachais, 2017)

- Difficulté à répondre aux besoins de l'enfant et/ou de les prendre en compte avant les leurs

- Pratiques parentales lacunaires/aléatoires/rigides et punitives

- Interactions peu soutenantes et peu contenantes : peu de disponibilité émotionnelle/empathie (attention à l'autre) pour répondre aux besoins des enfants : ne comprennent pas le signal, ne savent pas y répondre, le comprennent mais ne savent pas comment y répondre, s'en détournent...

Même si de nombreux travaux pointent la nécessité d'analyser les interactions mère-bébé, pour autant, le bébé, l'enfant qui grandit et l'adolescent disposent d'autres « moteurs » relationnels dans leur développement, et ceux-ci contribuent à compenser (ou protéger contre) les difficultés qui peuvent être présentes dans la relation de l'enfant avec chacune de ces personnes prises individuellement. Mais, en plus de l'accumulation de facteurs de risque, les enfants bénéficient de peu de facteurs de protection dans leur développement individuel (Lacharité *et al.*, 2006).

2.1.2. Relations entre les parents

Les facteurs de risque les plus marquants réfèrent aux :

- Violences conjugales

- Divorce ou séparation parental(e) hautement conflictuel(le)

- Perte ou séparation familiale par divorce, décès, emprisonnement d'un des parents, changement de résidence d'un des parents, etc.

- Rapports sociaux de sexe : dominance masculine, autorité patriarcale, soumission passive de la femme, etc.

2.1.3. Place des exosystèmes

Plusieurs exosystèmes affectent les familles et entraînent de nombreux facteurs de risque de négligences et de maltraitances envers les enfants.

- Être une famille isolée et loin de sa propre famille élargie,

- Bénéficier de peu d'accès aux systèmes de soins et aux divers services sociaux

- Être peu intégré dans l'espace social sans liens sociaux et amicaux

- Subir des discriminations raciales et/ou religieuses

- Habiter dans un quartier dans lequel se déroulent des scènes de violence voire de criminalité et où l'usage et le trafic de drogue sont omniprésents, habiter dans un habitat indigne (bruit, violence, insécurité, surpopulation, promiscuité, dangerosité), etc. constituent un ensemble d'éléments qui concernent ce qu'une société offre – ou n'offre pas - aux familles en termes de conditions de vie, de logement, d'accès aux soins, à la culture, etc. [326].

Les relations avec les professionnels peuvent aussi être impactées. En effet, les multiples difficultés des enfants compliquent la tâche des professionnels réduisant alors les bénéfices développementaux qu'ils pourraient retirer des interactions extrafamiliales, en particulier lorsque professionnel.le.s sont isolé.e.s, ont peu de formation et disposent de peu de soutien institutionnel. Certaines pratiques professionnelles arrivent très peu à apporter un soutien pertinent et opportun pour les parents qui se sentent plutôt inscrits dans un dispositif de surveillance, de contrôle, de suspicion, de blâme et de sanction (Tanner et Turney, 2003 ; Turney et Tanner, 2010).

2.1.4. Le phénomène des maltraitances inscrit dans le macrosystème

« La croyance sociale en la responsabilité de l'individu augmente les risques de négligence... » (Petitpas et al., 2019, p. 43), implique d'interroger le macrosystème dans lequel s'inscrit le phénomène de maltraitances. **Les systèmes politique, socio-culturel, socio-économique doivent prendre soin des familles et des enfants, donner le cadre de protection nécessaire à leur bien-être en étant porteur de valeurs partagées, assumer la responsabilité étatique et ne pas se contenter de pointer la seule responsabilité individuelle parentale.** Cette perspective permet de mieux appréhender les perturbations et difficultés qui existent entre l'individu et la collectivité avant de pointer celles qui se réalisent dans la relation parent-enfant au sein de l'espace privé que constitue la famille.

Ainsi, parmi les caractéristiques de l'environnement figurent, entre autres⁵⁶ :

- Les inégalités sexuelles ou sociales ;
- Le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et aux institutions ;
- Les taux de chômage élevés ou la pauvreté ;
- La facilité d'accès à l'alcool et aux drogues ;
- Des politiques et programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants, la pornographie enfantine, la prostitution et le travail des enfants ;
- Des normes sociales et culturelles qui encouragent ou glorifient la violence envers autrui, y compris l'usage des châtiments corporels, exigent un respect absolu des rôles sociaux dévolus à chaque sexe ou amoindriscent le statut de l'enfant dans les relations parents-enfants ;
- Des politiques sociales, économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vie peu élevés, ou à des inégalités ou une précarité socio-économiques.

Nous illustrerons cette approche macrosystémique à partir du Rapport Borne, concernant la protection de l'enfance [327].

Il est précisé en avant-propos du premier, que le bilan annuel de l'application des lois classe la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance parmi les textes à l'application réglementaire la plus lacunaire. Plus d'un an après sa promulgation, au 31 mars 2023, seules 37 % des mesures réglementaires attendues avaient été prises... et que, en adoptant toutefois le point de vue des enfants, ainsi que l'invite Gautier Arnaud-Melchiorre, l'inapplication des lois visant à répondre à leurs besoins fondamentaux amoindrit la protection que le législateur a souhaité pour eux.

L'article 22 prévoit que le projet de chaque établissement médico-social doit formaliser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel et de contrôle. Ce projet devra désigner une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le préfet

⁵⁶ Organisation mondiale de la santé. Maltraitance des enfants [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

et l'agence régionale de santé (ARS). En cas de difficulté, les personnes accueillies peuvent se tourner vers cette autorité qui, par ailleurs, est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Un décret doit définir le contenu minimal du projet, des modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration, ainsi que des conditions de sa diffusion une fois établi. Ce décret, pourtant indispensable à l'application de la loi, n'a pas été publié. Le rapport mentionne, entre autres, un décalage entre l'ambition des lois et leur mise en œuvre qui s'accentue.

Plusieurs éléments relevant des écosystèmes et du macro système sont ainsi déclinés dans ce rapport. Nous relevons, entre autres :

- Pour l'accueil en protection de l'enfance, il est indiqué une dégradation de la situation malgré une prise de conscience salutaire sur l'accueil dans les hôtels.
- La prévention des maltraitances et violences sexuelles en protection de l'enfance est un chantier inachevé.
- Des avancées législatives toujours plus ambitieuses mais une concrétisation très lente pour la prise en charge à la hauteur des besoins fondamentaux de l'enfant. Appliquer les lois doit être une priorité devant irriguer chaque échelon de la protection de l'enfance. Le législateur ne doit plus engager une nouvelle réforme structurelle avant que les lois en vigueur ne soient mises en œuvre.
- La protection de l'enfance ne peut être une compétence négligée par les départements.

Un autre exemple, concernant les MNA, pourrait être fourni [327].

Ce rapport souligne :

- un coût financier important pour les départements et une couverture par l'état insuffisante
- la saturation du dispositif de mise à l'abri
- les difficultés de l'évaluation des personnes se présentant comme MNA
- un dispositif à perfectionner et à sécuriser pour les jeunes

Le rapport indique 30 propositions pour accompagner ces jeunes que nous ne reprendrons dans ce rapport.

2.2.5. L'importance spécifique du chronosystème

La temporalité interroge la transmission intergénérationnelle et les « histoires de maltraitances et de négligences » qui se répètent de génération en génération. L'approche par le chronosystème interroge aussi les effets à court, moyen et long terme des négligences et des maltraitances.

Selon la HAS (2023) [328], les facteurs de risque « peuvent varier au fil du temps et ne doivent en aucune manière être considérés comme des facteurs prédictifs ».

En effet, il existe de fortes associations entre l'exposition persistante des jeunes enfants aux négligences et les expériences défavorables/inadaptations à l'adolescence et à l'âge adulte. Ces associations sont graduellement linéaires ce qui indique la probabilité d'une association dose-effet ; ainsi, plus la négligence est grave plus la trajectoire de vie sera impactée. Mais elles sont aussi probabilistes et non déterministes. Un nombre d'enfants dits « à risque » n'empruntent pas forcément ces trajectoires préjudiciables, ce qui peut être expliqué par la présence de facteurs de protection et de processus psychologiques soutenants en termes de prévention, de repérage précoce, d'accompagnement et de soins le plus tôt possible dans la vie du tout-petit. Ces

différences de réactions des individus face aux négligences précoce sont influencées par une combinaison de facteurs propres à chacune et chacun et à son environnement, et les impacts varient selon un large spectre de facteurs allant des gènes au soutien social dans l'environnement proche ou plus distal dans une approche épigénétique (Castagné *et al.*, 2020 ; 2023)⁵⁷. Ainsi, une situation psychologiquement toxique influence l'enfant selon la nature, le moment d'apparition de ces maltraitances, leur fréquence et intensité, leur effet cumulé avec d'autres adversités de la vie (situation de pauvreté, situation de handicap, maladie, etc.), la vulnérabilité de l'individu face aux risques perçus, ou encore les facteurs de protection ou de risque qui existent dans son environnement (situation familiale, conditions de vie, logement, accès aux services, etc.).

L'attention doit être portée sur un faisceau de facteurs de risques et de facteurs de protection qui peuvent faire défaut pour aider l'enfant à se construire. Par exemple, le fait d'être un tout petit, en situation de handicap au sein d'une famille nombreuse constitue un cumul de facteurs de risque d'exposition à la maltraitance. Ainsi, les facteurs de risque sont multiples, ils sont liés à la personne et à son environnement et ne sont pertinents qu'à la lecture d'une analyse en faisceau. On parlera de facteurs cumulés de risque liés à un état de vulnérabilité.

Les facteurs de protection, quant à eux, même s'ils ne répondent pas un à un à chacun des facteurs de risque, peuvent se décliner de la même manière dans un contexte écosystémique. Nous prendrons pour illustration le phénomène de négligences proposé par Pernel et Garret-Gloane (2022, 6).

Références

323. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
185. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>
148. CIIVISE. Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/>
186. Effets À Court Et À Long Terme de La Maltraitance Infantile Sur Le Développement de La Personne | PDF | Abus sur mineur | Traumatisme psychologique [Internet]. Scribd. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/622722043/Effets-a-Court-Et-a-Long-Terme-de-La-Maltraitance-Infantile-Sur-Le-Développement-de-La-Personne>
120. Risk And Protective Factors For Child Neglect During Early Childhood: A Cross-Study Comparison | Future of Families and Child Wellbeing Study [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://ffcws.princeton.edu/publications/risk-and-protective-factors-child-neglect-during-early-childhood-cross-study>

⁵⁷ Raphaële CASTAGNÉ - Publications - UMR 1295 Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (inserm.fr)

311. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet Lond Engl. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
324. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN. Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. Child Maltreat. févr 2009;14(1):73-88.
325. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Clin Chem. juin 2011;57(6):e1-47.
326. Judith Petitpas, Robert Pauzé, Joanie Alber, Catherine Julien. Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence, les conséquences possibles sur les enfants et sur les interventions - APPR,CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval [Internet]. 2016 mars.
327. Mineurs non-accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe [Internet]. Sénat. 2023 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-598.html>
328. Isabelle V. Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité. 2023;

7. ANNEXES

- 1 Saisine
- 2 Composition du GT
- 3 Liste des personnes et structures auditionnées
- 4 Les types de la maltraitance
- 5 Les réponses institutionnelles adultes en Europe
- 6 Organisation des États généraux des maltraitances 2023
- 7 Méthodologie Travail enfant
- 8 Fréquence des maltraitances Intrafamiliales
- 9 Stratégies de prévention et de réponse
- 10 Rapports des États généraux des maltraitances
- 11 Classement des pays par nombre de publications
- 12 Programmes de Recherche Prioritaire Autonomie
- 13 Place possible des IREPS (Promotion de la santé)
- 14 Liste des numéros d'appel téléphonique proposant une aide
- 15 Auteurs-Effecteurs des maltraitances
- 16 Tableau récapitulatif Recherche Évaluation
- 17 Tableau récapitulatif Niveau Individuel
- 18 Tableau récapitulatif Niveau Institutionnel
- 19 Tableau récapitulatif Repérage
- 20 Tableau récapitulatif Identification Gestion

7.1 Annexe 1 : Saisine



Paris, le 23 NOV. 2022

Le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées
La Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées
La Secrétaire d'Etat chargée de l'Enfance

Monsieur le Président du Haut
Conseil de la Santé Publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

OBJET : Saisine du Haut Conseil de la santé publique relative à la politique nationale de lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité.

Dans le cadre de la préparation du plan violence et santé, le Haut Comité de santé publique avait été saisi en 2003 sur le sujet afin de « *mener une réflexion sur les moyens d'améliorer la connaissance et la prévention des phénomènes liés à la violence et de renforcer l'efficacité des politiques de santé publique dans ce domaine.* » Depuis cette date, aucune saisine n'a été faite sur le sujet spécifique de la violence et de son impact en santé publique, de plus dans un champ aussi large en termes de populations concernées.

Entre temps, la sensibilité sociale sur la question de la maltraitance et en particulier envers les plus vulnérables a considérablement augmenté, percutée par des scandales et faits divers largement médiatisés mais aussi des rapports à la fois nationaux et internationaux.

Depuis février 2022, la France dispose d'une définition législative de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité (article 23). Toutefois, il n'existe aucune revue de la littérature scientifique ni état des connaissances exhaustifs sur la question en France, non seulement parce que la définition est récente, mais parce qu'elle s'écarte de la caractérisation traditionnellement sectorielle de la question dans les textes juridiques et dans la littérature scientifique internationale.

Pour autant, il importe que la politique de lutte contre les maltraitances puisse s'envisager autrement que comme une réponse circonstancielle à une crise à haute intensité médiatique et à fort retentissement dans l'opinion publique. Et il importe que cette politique, tant en matière de prévention que de réponse, ne privilégie pas un public en situation de vulnérabilité plutôt qu'un autre, car toutes les maltraitances sont inacceptables.

La stratégie de lutte contre les maltraitances doit pouvoir s'appuyer sur des données et des stratégies validées par des données/expériences qui seront classées en probantes, prometteuses, expérimentales ou inefficaces en précisant les publics concernés.

Nous souhaitons par la présente vous confier la réalisation d'un état des lieux des connaissances disponibles sur le sujet des maltraitances envers les publics en situation de vulnérabilité (enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation de précarité) en se référant pour caractériser les situations de vulnérabilité aux travaux de la commission nationale pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Les travaux porteront à la fois sur les maltraitances intrafamiliales et celles qui sont constatées au sein des institutions. Pour le champ des mineurs, vous veillerez à ce que le cadrage des travaux soit concerté avec l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance, afin de ne pas être redondant avec leurs productions passées ou à venir, mais au contraire de vous inscrire en complémentarité de celles-ci.

Tél. 01 40 56 50 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rapci-cab@ddc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Il vous est demandé :

- d'apprécier l'état de la production scientifique française et internationale concernant les facteurs de risque de maltraitance et les conséquences des maltraitances envers tous les publics en situation de vulnérabilité, étant entendu que les disciplines concernées par cette investigation sont du registre de la santé publique, mais aussi des sciences sociales et de toute autre discipline que vous jugerez opportune ;
- de faire apparaître les stratégies de prévention et de réponse à la maltraitance issues de cette production scientifique pour les publics qu'ils concernent ;
- de faire apparaître d'éventuelles lacunes dans les productions scientifiques permettant de fonder des stratégies de prévention et de réponse ;
- et de faire des préconisations en matière de lutte contre les maltraitances, mais aussi, le cas échéant, de production scientifique permettant de baser ces dernières sur l'ensemble des données nécessaires.

En tant que de besoin, le Haut Conseil veillera à associer à sa réflexion les Directions d'administration centrale, les sociétés savantes, l'Inserm, Santé Publique France, la CIASE (Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église), la CIVISE (Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants), l'ONPE (Observatoire national de la protection de l'Enfance), les associations mobilisées sur le sujet en particulier auprès des personnes victimes ainsi que toute autre instance ou expertise utile.

Si besoin vous aurez des interactions avec la CNS (Conférence nationale de santé) et les corps d'inspection qui ont respectivement la mission de se mettre en lien avec les CRSA (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), les conférences territoriales de santé et les départements d'une part, et d'analyser les circuits, outils et systèmes d'information de réception et de partage des alertes d'autre part.

Nous souhaitons que le Haut Conseil fasse part de ses travaux sur les connaissances disponibles et sur les stratégies de prévention fondées sur des données probantes dans une note intermédiaire remise à l'été 2023, et dans un rapport final pour la fin de l'année 2023.

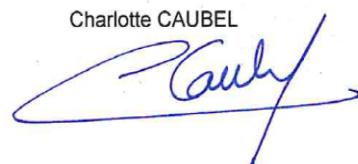
Jean Christophe COMBE



Geneviève DARRIEUSSECQ



Charlotte CAUBEL



7.2 Annexe 2 : Composition du groupe de travail

Experts membres du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Laetitia ATLANI-DUAULT, vice-présidente du HCSP, pilote du GT jusqu'au 14 décembre 2023

François EISINGER, président de la Cs DSMNT du HCSP, co-pilote du GT, puis pilote du GT à compter du 14 décembre 2023

Frédérique CLAUDOT, membre de la Cs 3SP du HCSP, co-pilote du GT à compter du 14 décembre 2023

Marc BONNEFOY, membre de la Cs DSMNT du HCSP

Cécile DIEUDONNÉ, membre de la Cs 3SP du HCSP, a intégré le GT le 01 septembre 2023 et quitté le GT le 18 mars 2024

Elodie FAURE, membre du la Cs SEJAP du HCSP

Nicole GARRET-GLOANEC, membre du la Cs SEJAP du HCSP, a quitté le GT le 18 janvier 2024

Véronique GILLERON, Présidente de la Cs 3SP du HCSP

Thomas LEFÈVRE, membre du Collège du HCSP

Sandrine MENARD, membre du la Cs SEJAP du HCSP, a quitté le GT le 05 décembre 2023

Michel SETBON, membre de la CsRE du HCSP, a quitté le GT le 14 décembre 2023

Blandine VACQUIER, membre de la CsRE du HCSP

France WALLET, membre de la CsRE du HCSP

Yacoubou Abdou OMOROU, membre de la Cs DSMNT du HCSP

Chantal ZAOUCHÉ-GAUDRON, membre de la CsSEJAP du HCSP

Experts extérieurs au HCSP

Eric BILLAUD, praticien hospitalier en maladies infectieuses au CHU de Nantes.

Patrick CASTEL, directeur de recherches en sociologie à Sciences Po.

Secrétariat général du HCSP

Emma MUNGANGA-MANGAÏ, coordinatrice du GT

Assistance à maîtrise d'ouvrage

Caroline WEILL GIES, jusqu'au 31 décembre 2023

Selecture :

Rémi LAPORTE, membre de la CsRE du HCSP

Didier LEPELLETIER, président du Haut Conseil de la santé publique

7.3 Annexe 3 : Liste des personnes et structures auditionnées

Parties prenantes mobilisées

Deux groupes de travail ont été constitués : le premier groupe sur le repérage précoce et l'orientation des personnes victimes de maltraitance à domicile. Il était composé de représentants d'établissements (HAD de Lorient, Centre Hospitalier de Narbonne), d'associations (France Alzheimer, Petits Frères des Pauvres, AMADPA, Psycom - Santé mentale info, Bailleurs social Les résidences) et de fédérations du secteur (Fédération 3977, UNIOPSS, FESP, UNCCAS, FNATH), ainsi que de représentants de l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens. Le second groupe sur la thématique de la sécurité des adultes vulnérables. Il était composé de représentants du Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR), de la police nationale, de la gendarmerie nationale, de représentants des élus locaux (Association des Maires de France et Association des Maires Ruraux de France), de deux magistrats du parquet de Paris, ainsi que de représentants d'associations (France Victimes, Old Up, Association Vieillir ensemble en citoyens, Fédération nationale des associations et Familles de Personnes Agées (FNAPAEF), Cercle des Proches Aidants en EHPAD (CPAE).

Trois contributions institutionnelles ont également été réalisées par le Haut Conseil de la Famille l'Enfance et l'Âge, le Comité National Consultatif des Personnes Handicapées, et le Haut-Conseil du Travail Social et les constats et propositions des représentants des syndicats d'étudiants en médecine, d'étudiants infirmiers et chirurgiens-dentistes, et des ordres nationaux des médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pédicures-podologues, ainsi que de la fédération nationale des aides-soignants.

Auditions

Pr Marie BEAULIEU, ancienne titulaire de la chaire de lutte contre la maltraitance des aînés à l'université de Sherbrooke, Québec, Canada

Sergent Sébastien HÉBERT, conseiller maltraitance aîné & adulte situation de vulnérabilité à Division de la prévention et de la sécurité urbaine de la police de Montréal, Québec, Canada

Pr Christopher MIKTON, chercheur, Organisation mondiale de la santé

En audition collective pour le projet de recherche action Traitement des Alertes de Maltraitance en Concertation sur les Territoires (TACT)

Emmanuelle JOUET, directrice du laboratoire de recherche en santé mentale et en sciences humaines et sociales du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Guillaume JAUBERT, maître de conférences à l'Institut de formation régional des organisations sanitaires et sociales (IFROSS)

Alis MONTOIS, chercheure au laboratoire de recherche en santé mentale et en SHS du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Léa RENOUF, docteure en psychologie clinique et coordinatrice de la recherche action TACT

Claudia KELBANI, directrice nationale du réseau HAD et SSIAD, groupe INICEA

Frank BELLIVIER, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

Isabelle RICHARD, directrice de l'École des Hautes Études en Santé Publique

Adrien BEAUMEL, directeur du DAC-Santé 77 Nord et président de la fédération des DAC d'Île-de-France

Laurent PUECH, directeur de l'association nationale des intervenants sociaux en commissariats et gendarmeries

Joran LE GALL, président de l'Association Nationale des Assistants de Service Social

Clémence PAJOT, directrice Générale de la Fédération Nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF) et Christine PASSAGNE, conseillère technique

Peggy MONTESINOS, notaire associé et membre de la section famille de l'Institut d'Etudes juridiques du Conseil supérieur du notariat (CSN)

Dominique LANGHENDRIES, directeur de Respect Seniors, Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés, Belgique

Pr Benoît VEBER, président de la Conférence nationale des Doyens de Médecine

Dorothée MERCIER, magistrate coordonnatrice de la formation continue à l'Ecole nationale de la magistrature

Philippe GUILLAUMOT, psychiatre du sujet âgé, thérapeute familial, ancien président de l'antenne Allo Maltraitance Personnes Agées Personnes Handicapées des Pyrénées Atlantiques

Fabienne BRÉGY, responsable produit Mémo de Vie, Association France Victimes

Jean WILS, bénévole, ALMA Paris

Période de juin-juillet-août 2023

Pr Martine BALANÇON, pédiatre-médecin légiste, Expert près de la cour d'appel de Rennes, Membre du CNPE. Société française de pédiatrie médicolégale (présidente)

Pr Bridget PENHALE, experte britannique de la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées

Anne DEVREESE, présidente du Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE)

Flore CAPELIER, directrice de l'observatoire national sur la protection de l'enfance (ONPE)

Pr Elise LAUNAY, Pédiatrie générale et infectiologie pédiatrique, service de pédiatrie générale, Hôpital mère-enfant, CHU Nantes, Université de Nantes

Pr Hilary BROWN, Ancienne experte auprès du Conseil de l'Europe sur les maltraitances envers les personnes handicapées

Claire HEDON Défenseure des droits

Pr Guillaume BRONSARD, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent au CHRU de Brest, Président de l'Association Nationale de Maisons des Adolescents

Monsieur Amar MAÏMOUN, directeur d'établissement médico-social APEI. Il a été expert HAS et a récemment travaillé sur la maltraitance dans les ESMS

Période septembre-octobre-novembre-décembre 2023

Pr David COHEN, professor, Sorbonne Université, Head, Department of Child and Adolescent Psychiatry, GH Pitié-Salpêtrière, APHP"

Nadège SEVERAC, Sociologue, membre du conseil scientifique de l'ONPE

Pr Carl LACHARITE, professeur en Psychologie, Université du Québec

Lydie VIGOUREUX, Chargée de projet POPSPE (populations spécifiques) à l'Ireps Guadeloupe-Saint-Martin-Saint-Barthélémy)

Hervé STRILKA, Chargé de projets en promotion de la santé, IREPS Bretagne

Dominique SIMONNOT, Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Pr Gisèle APTER, Professeur d'Université, Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Pr Sabine VAN TUYLL VAN SEROOSKERKE RAKOTOMALALA, département Prévention de la violence et des traumatismes, OMS

Collectif HANDICAPS

Martine MANNEVILLE, membre du CNPE

Monsieur Lyes LOUFFOK, membre du CNPE, militant des droits de l'enfant et essayiste français

Monsieur Edouard DURAND, Juge des enfants – CIIVISE

Janvier 2024

Laetitia HUIART, directrice scientifique à Santé publique France

Pierre ARWIDSON, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Thierry CARDOSO, responsable de l'unité interactions précoces/1 000 premiers jours à la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), Santé publique France.

Michel VERNAY, épidémiologiste de formation, est directeur de la DMNTT, Santé publique France.

7.4 Annexe 4 : Les formes de la maltraitance à partir des travaux de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (CNLCMPB)

(<https://solidarites.gouv.fr/commission-pour-la-lutte-contre-la-maltraitance-et-la-promotion-de-la-bientraitance>)

Si la typologie des formes de la maltraitance établie par la CNLCMPB renvoie à une classification largement partagée à l'international, elle se caractérise par un caractère inclusif, par son extension et sa précision dans le détail des formes de maltraitance :

- a) **Maltraitances physiques**, notamment châtiments corporels, agressions physiques, gestes brutaux, enfermement (y compris au domicile), usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous-médication, usage de traitements à mauvais escient, intervention médicale sans consentement éclairé, ...
- b) **Maltraitances sexuelles**, notamment viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles, embrigadement dans la pornographie et la prostitution, attentats à la pudeur...
- c) **Maltraitances psychologiques**, notamment insulte, intimidation, harcèlement, humiliation, menace de sanctions ou d'abandon, mise à l'écart, relégation des espaces de vie ou des activités familiaux dans la vie quotidienne (repas, loisirs, fêtes, vacances...), chantage affectif, recours à l'arbitraire, déni du statut d'adulte, infantilisation, usage d'un vocabulaire dégradant, indifférence, silence systématisé, contraintes ou limitations alimentaires injustifiées, imposition de règles d'utilisation de moyens de communication empêchant le maintien des liens sociaux et familiaux, privation d'équipements ou d'activités destinés à favoriser le développement et/ou les relations sociales de la personne, emprise mentale, déni du statut d'enfant et parentification (inversion des rôles entre l'adulte et l'enfant, attitude consistant à confier à un mineur des responsabilités inadaptées à son âge, notamment pour satisfaire aux besoins des adultes qui l'entourent), sous ou surprotection entravant l'exercice et le développement de l'autonomie...
- d) **Maltraitances matérielles et financières**, notamment fraude, vol d'effets personnels, d'argent ou de biens, privation de gestion de ses ressources ou d'accès à ses comptes bancaires, confiscation de cadeaux, dégradation des biens d'une personne, racket...
- e) **Négligences, abandons, privations** : notamment défaut, qui peut être répété, de soins, défaut d'adaptation de la prise en charge de la personne au regard de son diagnostic médical, absence de recherche d'un consentement éclairé pour toute décision qui concerne la personne (hors situation d'urgence), privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, obstruction ou restrictions abusives à l'égard des visites ou des contacts avec les proches, négligence éducative, négligence de l'hygiène personnelle, inaction conduisant à laisser la personne dans un état de dénuement ou d'isolement, absence de recherche de relai ou de continuité d'intervention suite à un départ ou une rupture de prise en charge, en particulier à domicile, entrave ou insuffisance des moyens mis en œuvre pour permettre l'exercice du droit de vote ou l'accès à une aide, à une prestation, entrave ou refus de reconnaître le droit à vivre librement sa sexualité (dans les limites de l'âge et de la faculté de compréhension)...

Cette *définition, comme celle des maltraitances psychologiques, frappe par son caractère extrêmement détaillé, visant à ne rien omettre, dans des domaines où la caractérisation des faits sur le terrain peut être particulièrement délicate.*

- f) **Discriminations** : notamment accès difficile, dégradé ou impossible aux droits, au logement, aux soins, à l'éducation, au travail, aux prestations sociales, à une information loyale et compréhensible... qui survient notamment sur le fondement d'une particulière vulnérabilité

résultant de la situation économique, de l'apparence physique, de l'âge, d'une situation de handicap, de l'état de santé, de la perte d'autonomie...

g) **Exposition à un environnement violent** : environnement familial ou institutionnel violent dans lequel la personne, mineure ou majeure, est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement.

7.5 Annexe 5 : Réponses institutionnelles à la maltraitance des adultes⁵⁸ en Europe et aux États-Unis

Le 14 mars 2023, le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a interrogé le réseau des conseillers pour les affaires sociales à l'étranger sur la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité, en leur demandant de répondre à un questionnaire concernant tous les publics d'adultes en situation de vulnérabilité (pauvreté, précarité, handicap et avancée en âge).

Ce questionnaire comportait 7 questions concernant respectivement :

- Les obligations de signalement
- Les institutions pour la prise en charge
- Les dispositifs d'alerte téléphonique
- Les liens créés éventuellement entre ces dispositifs généraux et ceux dédiés pour les violences faites aux femmes
- Les textes réglementaires majeurs
- L'impact repéré, le cas échéant, de la crise COVID sur les dispositifs en place (qui ne sera pas repris ici)
- Les traitements médiatiques.

Les réponses à ce questionnaire sont parvenues des conseillers sociaux de 6 pays européens : Allemagne, Suède, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni ainsi que des États Unis.

La synthèse suivante permet de pointer un certain nombre d'éléments :

- Aucun de ces pays ne dispose aujourd'hui d'une stratégie nationale et globale de lutte contre les maltraitances.
- Il n'existe aucun pays de définition transversale de la maltraitance, celle-ci étant assimilée principalement à la violence envers les personnes vulnérables. Lorsque la maltraitance est ciblée en tant que telle, elle l'est par référence à la définition proposée par l'OMS.
- Il n'existe pas non plus dans ces pays d'organisation spécifique dédiée à la prise en charge de la maltraitance traitée globalement. Les politiques, lois et actions concernent chacune des cibles identifiées par leur vulnérabilité (personnes âgées, femmes, personne en situation de handicap ...)
- Le thème de la maltraitance paraît traité essentiellement dans les différents pays dans le cadre institutionnel ; les niveaux nationaux définissent des stratégies et fournissent des ressources, le niveau local étant le niveau opérationnel ; les actions (sensibilisation, formation, ...) et obligations (signalement ...) envisagées s'adressent d'abord aux professionnels (santé, social, police, ...) plutôt qu'à la population générale (conscientisation).
- La population des personnes âgées dépendantes vivant en institution est particulièrement ciblée, sans être exclusive : les violences contre les femmes font néanmoins l'objet, en Suède, d'une priorité assumée et le Royaume-Uni développe, avec les MARAC, un plan de gestion des risques de violence à domicile.
- Sur le plan des technologies, au-delà des services téléphoniques, la mise à disposition des publics vulnérables de dispositifs d'alerte immédiate et discrète, de maniement facile (presse-bouton) permettant des interventions rapides, fondé sur des technologies

⁵⁸ Pour mémoire en ce qui concerne les enfants et leurs protections, il existe un programme européen « DataCare » en cours (<https://www.eurochild.org/initiative/datacare/>) visant à réaliser une cartographie complète des systèmes de données dans les 27 États-membres de l'Union européenne et au Royaume-Uni.

innovantes (capture d'image, transmission instantanée, géolocalisation, mémoire ...) se développe dans plusieurs pays.

1 Analyse transversale par pays des 6 questions posées

1.1. Les obligations de signalement :

La situation varie selon le pays.

Au Danemark, au Royaume-Uni, aux États-Unis, il n'existe pas d'obligation de signalement concernant les adultes ; toute démarche de signalement auprès de la police ou des services sociaux est donc volontaire.

Toutefois :

Au Royaume-Uni, les recommandations et autres bonnes pratiques (disponibles sur le site du National Institutes of Health NIH) encouragent l'identification et le signalement de maltraitance, en particulier pour les professionnels de la santé et du médico-social en précisant également les procédures à suivre ;

Aux États-Unis : La situation varie selon les états. 15 états ont mis en place un système de signalement universel, qui oblige toute personne résidente à signaler les cas dont elle serait témoin, selon la définition de l'État.

Au Danemark, un signalement à la municipalité est obligatoire en cas de soupçon concernant des violences ou des abus sexuels sur les enfants.

En Allemagne : le signalement à la police n'est obligatoire que pour les faits délictueux projetés ; les médecins n'ont pas l'obligation légale de signaler les mauvais traitements aux enfants, bien que leur inaction en cas de maltraitance prévisible puisse les rendre responsables par omission

À l'inverse, en Espagne, en Suède, et en Italie, l'obligation de signalement existe mais elle est de portée variable ; elle concerne par ailleurs principalement les professionnels.

En Italie, les agents publics sont tenus de signaler tout type de délit constaté durant l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, il n'existe pas d'obligation de signalement des violences sur adultes vulnérables sauf dans l'hypothèse d'un attentat ou d'une action terroriste.

En Suède, l'obligation de signalement concerne les professionnels des services sociaux et services associés ; toute personne y travaillant est tenue de signaler immédiatement toute faute concernant les personnes recevant des interventions dans le cadre des services d'aide à domicile ou d'hébergement en institution spécialisée, y compris s'il s'agit d'un manque de respect de la personne concernant son autonomie, sa sécurité et sa dignité. Certaines mauvaises pratiques de travail peuvent suffire à justifier un signalement (ex : manque de personnel durant plus de 24h). Les professionnels de santé sont tenus de rompre le secret médical afin de signaler les infractions présumées commises à l'encontre d'un adulte en situation de vulnérabilité ; en revanche, les tuteurs ne sont pas tenus de signaler les cas de maltraitance.

C'est en Espagne que l'obligation est la plus large puisque toute personne qui constate une situation de maltraitance doit la dénoncer auprès de la police, de la Guardia Civil ou via un numéro d'appel d'urgence dédié. Les professionnels de la santé ou du médico-social sont requis de signaler

aux services sociaux municipaux ou régionaux concernés, au numéro dédié (112), à la police ou la *Guardia Civil*, voire à des associations concernées.

1.2. Les institutions en charge

Dans aucun des pays concernés par l'enquête on ne trouve (à la connaissance des différents postes) d'institution spécifiquement dédiée à la question de la maltraitance ni le plus souvent de protocole formalisé pour traiter cette question. Par ailleurs, il s'agit le plus souvent d'organisations et de services orientés vers la question de la violence à laquelle celle de la maltraitance se trouve assimilée. Celle-ci est traitée institutionnellement de manière classique, les institutions nationales fournissant le cadre, les orientations et les ressources. Le niveau local est partout le niveau opérationnel, en lien avec diverses associations d'intérêt national ou local, agissant pour telle ou telle thématique ou cible.

Les institutions concernées au niveau national sont au premier chef les ministères en charge de la santé et des services sociaux et médico-sociaux, ainsi que les ministères de la justice et ceux chargés de la police, avec souvent plusieurs services impliqués et plus ou moins coordonnés.

En Allemagne, le traitement de la maltraitance relève d'une « approche pragmatique associant les politiques publiques et les réseaux associatifs »

Au Danemark, des plans d'action réguliers concernant le traitement de la violence sont élaborés par l'Autorité danoise des Affaires sociales, avec une implication particulière des organisations dédiées aux droits de l'homme, au niveau national et local.

Au Royaume-Uni, on ne trouve pas non plus d'institution dédiée à la question de la maltraitance, on peut noter la création en 2018 d'un Secrétariat d'Etat à la solitude créée en 2018. Les collectivités locales sont en charge du grand âge et de la dépendance.

En Suède : les instances publiques concernées diffèrent selon le niveau de gravité de la situation de maltraitance et selon la cible. Les municipalités sont légalement tenues de protéger toutes les victimes exposées à la violence ; elles sont également chargées de mener une enquête sur la situation signalée. L'Inspection des services médicaux et sociaux est chargée de la du travail des services vis-à-vis prévention des violences à l'échelle nationale) ; le Conseil national de la santé et de la protection sociale est en charge du traitement des signalements en cas de faute grave et des risques tangibles de faute grave, notamment si un professionnel du médico-social est concerné ; le Conseil national de prévention du crime (« Bra ») est en charge du traitement des retombées judiciaires, et le médiateur du handicap peut être saisi si une personne en situation de handicap est concernée.

1.3. Les dispositifs d'alerte téléphonique

Tous les pays ayant répondu à l'enquête ont mis à la disposition des personnes des numéros d'appel d'urgence destinés aux personnes victimes d'agression, généralistes ou dédiés à telle ou telle cible vulnérable. Il peut s'agir de dispositifs publics ou relevant d'associations dédiées. Les personnes âgées et les femmes sont les cibles les plus concernées.

Des dispositifs d'assistance téléphonique d'urgence associés à des applications permettant le transfert d'image, la géolocalisation en temps réel, accessibles 24x24, permettant une intervention rapide voire immédiate sont mis en place en Espagne (StopMaltrato+65), au Royaume Uni : AgeK, Hourglass, en Suède : ligne téléphonique pour la paix des femmes, anonyme, 24x24, réponse

infirmier ; association TRIS pour les personnes en situation de handicap : urgence et tchat ; aux États-Unis, *the deaf hotline* : assistance juridique en cas de maltraitance/malentendants, en langue des signes

1.4. Liens avec dispositifs dédiés pour les violences faites aux femmes ?

Dans aucun des pays documentés un lien entre les dispositifs concernant la maltraitance /violence et ceux dédiés pour les violences faites aux femmes n'a été particulièrement établi. Toutefois, il est clair que les dispositifs d'alerte destinés aux personnes âgées en cas d'urgence peuvent également servir en cas de violence domestique.

Au Royaume-Uni, les MARAC, (*multi-agency risk assessment conferences*) réunissent les services de police et justice, les professionnels santé, de l'aide sociale et les associations afin de mettre en commun des informations sur les cas de violence et abus domestiques à haut risque, et de mettre au point d'un plan de gestion des risques. Il en existe 290 sur le territoire.

En Suède, l'élimination de la violence des hommes envers les femmes est un objectif national et c'est sur cette problématique qu'est principalement mis l'accent, avec une stratégie nationale de prévention de la violence contre les femmes et l'instauration d'un coordinateur national contre la violence domestique (détail : voir 4.2)

1.5. Les textes réglementaires majeurs

En Allemagne : le code pénal prévoit une peine d'emprisonnement en cas de mauvais traitement (sévices, brutalité, négligences délibérées) contre les personnes vulnérables (définies comme des personnes sans capacité juridique, y compris les enfants, et incluant la maltraitance par un enseignant) et en cas de tentative. Le délit est aggravé en cas de danger de mort ou d'atteinte grave au développement ; le texte prend également en compte la maltraitance par omission.

Au Danemark, il n'y a pas de texte majeur visant la maltraitance mais des plans d'action locaux ou nationaux concernant au premier chef les violences contre les femmes et les enfants

Espagne : Il n'y a pas de législation spécifique sur la maltraitance des adultes vulnérables ; des protocoles ou des guides ont été établis par les administrations publiques mais plus de la moitié des régions n'auraient pas de protocole d'action à ce sujet

Italie : Le fait qu'une victime soit handicapée est une circonstance aggravante en cas de crime ou délit ; la loi 69/2019 dite « *Codice Rosso* » prévoit le renforcement de la lutte contre les violences faites aux personnes vulnérables, notamment renforcement des sanctions

Au Royaume-Uni, la maltraitance des personnes vulnérables n'est pas définie en droit britannique mais le *Domestic abuse Act 2021* comporte une définition des actes de maltraitance (victime âgée de plus de 16 ans ; la victime et l'auteur sont liés par un lien quelconque ; une comportement physique ou sexuel abusif, un comportement violent ou menaçant, contrôlant ou coercitif, un abus économique, physique ou émotionnel de l'auteur sur la victime doivent pouvoir être identifiés) . Cependant, mis à part des règlements ou des guides dont la mise en œuvre revient aux autorités locales, aucun règlement n'a été rédigé à l'appui du DAA, sauf concernant la protection financière des personnes âgées.

Le Care Act 2014 propose de protéger les personnes vulnérables en faisant obligation aux autorités locales d'enquêter en cas de soupçon de violence ou de négligence ; un Comité de protection des adultes vulnérables (*safeguarding adults boards*) a été créé, chargé d'enquêter sur les cas de

violence contre personnes vulnérables ; le Care Act prévoit également l'obligation de protéger les biens des adultes vulnérable lorsqu'elles ont quitté durablement leur domicile; un standard de qualité des soins a été défini, contrôlé par une commission de surveillance.

Le Care Act a été précisé par une Statutory guidance, qui prévoit les catégories de personnes et les formes d'abus concernées, y compris la négligence et la maltraitance, et inclut la question de la violence institutionnelle. Cependant, plus de la moitié des régions n'ont pas adopté de protocole ad hoc pour la mise en pratique de ces dispositions.

Aux États-Unis et en Suède, il n'y a pas d'approche globale mais une série de textes visant des cibles particulières : personnes âgées, personnes en situation de handicap, femmes, ou des situations spécifiques (en Suède, loi sur les services sociaux prévoyant l'obligation pour le personnel de veiller au bien-être et à la sécurité des personnes et de signaler toute faute professionnel ou risque de faute , loi contre les violences dans les relations intimes, qui traite de la prévention des violences dans le cadre des soins de santé, violence dans le cadre des institutions ..).

Dans ce cas, il n'existe pas de procédures générales et uniformes pour signaler des actes de violence ou négligence mais des procédures décentralisées spécifiques, dont tous les états américains et toutes les municipalités suédoises toutes les municipalités ne se sont pas dotées. En Suède, une réflexion est en cours sur une approche globale par le Conseil national de la santé et du bien-être, avec des relances budgétaires ciblées pour encourager les municipalités.

1.6 Traitement médiatique

Dans tous les pays pour lesquels il a été répondu à l'enquête, le traitement médiatique de la maltraitance est lié à des scandales spécifiques, concernant en particulier les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (aux États-Unis : abus physiques et sexuels + fraudes financières commis par les employés des EHPAD), mais également des établissements recevant des personnes avec un handicap mental (en Allemagne) ou des quartiers en difficulté (violence dans les quartiers les plus en situation de précarité de Stockholm) ; .

D'une manière générale, les conseillers sociaux de signalent pas de traitement médiatique systématique ou systémique mais la couverture ponctuelle, voire répétée, de situations précises faisant scandale.

2 Les réponses institutionnelles concernant les personnes âgées

2.1 Les stratégies préconisées par les institutions internationales

ONU⁵⁹ : identification des facteurs explicatifs de la faible priorité donnée à la maltraitance des personnes âgées dans le monde, sur la base d'un examen systématique de la littérature et d'entretiens avec des informateurs clés⁶⁰.

⁵⁹ Cinq priorités pour la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030), ISBN 978-92-4-005732-6 (version électronique) ISBN 978-92-4-005733-3 (version imprimée) © organisation mondiale de la Santé 2022 <https://www.who.int/teams/ageing-and-health/WHO-UN-Global-Strategic-Plan-for-the-Vieillissement-2021-2030>

⁶⁰ Mikton CR, Campo-Tena L, Yon Y, Beaulieu M, Shawar YR. Understanding the factors shaping the global political priority of addressing elder abuse. SSRN Electronic J. 2022;4011904 (<https://doi.org/10.2139/ssrn.4011904>)

- De nombreux types de maltraitances subies par les personnes âgées et des différences en fonction des cultures ;
- Les préjugés : l'âgisme ;
- Honte et stigmatisation associées à la maltraitance des personnes âgées ;
- Manque de sensibilisation et doutes sur la validité des estimations actuelles de la prévalence de la maltraitance chez les personnes âgées ; « À l'heure actuelle, presque aucune intervention ne s'est révélée efficace lors d'évaluations de haute qualité »
- La conjoncture et les processus politiques tels que les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 et la pandémie de COVID-19 n'ont pas été exploités.
- Difficulté de parvenir à une compréhension commune du problème de la maltraitance des personnes âgées et des solutions à ce problème : à la fois question de droits de la personne et question de santé publique, les synergies potentielles de ces deux approches n'ont pas été étudiées ;
- Aucun rapprochement effectué avec d'autres sujets, tels que d'autres formes de prévention de la violence, l'âgisme, le handicap et la démence ;
- Manque de financements

Les interventions et stratégies prometteuses pour prévenir la maltraitance des personnes âgées et y répondre selon l'OMS⁶¹

Les interventions préconisées :

- Interventions auprès des aidants, afin de leur fournir des services pour alléger le poids que représentent les soins ;
- Des programmes de gestion de l'argent destinés aux personnes âgées vulnérables à l'exploitation financière ;
- Des services téléphoniques d'assistance et des abris d'urgence ;
- Des équipes multidisciplinaires, dans la mesure où les réponses qu'il faut apporter sont souvent à la croisée de plusieurs systèmes, comme la justice pénale, les soins de santé, les soins de santé mentale, les services de protection des adultes et les soins de longue durée ».

Cinq stratégies prometteuses identifiées sont les suivantes⁶²:

- Soutien aux aidants,
- Aide à la gestion financière des personnes âgées ;
- Refuges ;
- Hotlines (type ALMA);
- Équipes pluridisciplinaires

⁶¹ [Maltraitance des personnes âgées \(who.int\)](#)

⁶² *Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies, Literature Review* ; Karl Pillemer, David Burnes, Catherine Riffin, and Mark S. Lachs, ; Received June 11, 2015; Accepted November 20, 2015, (cite as: Gerontologist, 2016, Vol. 56, No. S2, S194–S205 doi:10.1093/geront/gnw004)

2.2 Les plans d'action gouvernementaux au Canada (Québec)

Trois plans d'action gouvernemental successifs ont été élaborés pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, chacun pour une périodicité de cinq ans.

2.2.1. le plan 2010-2015⁶³, prolongé jusqu'en 2017

Ce plan est porté par le Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui met en évidence le fait que la Famille est un cadre important de lutte contre les différentes formes de maltraitances (visant les personnes ainées, les violences conjugales, l'enfant...)

Le fait que le Ministère de la Santé soit également celui des services sociaux facilite de manière structurelle une approche systémique que l'on doit favoriser dans un pays comme le nôtre où les deux ministères sont différents (mais dans le même bâtiment).

Quatre mesures structurantes ont été mises en place :

- Campagne de sensibilisation grand public (conscientisation)
- Création d'une chaire de recherche universitaire sur la maltraitance (favoriser, structurer, coordonner la recherche)
- Création d'une ligne téléphonique nationale d'écoute et de référence (écoute, analyse)
- Mise en place de coordonnateurs dans toutes les régions du Québec (offre territoriale, spécialisation, coordination)

Ces structures de coordinations pourraient allier la diversité nécessaire des expertises et la possibilité pour une personne maltraitée d'avoir un correspondant en charge de suivre les parcours.

2.2.2 Le plan 2017-2022⁶⁴

À l'inverse du précédent, ce plan a été présenté par le Premier ministre soulignant ainsi l'importance du sujet et/ou sa transversalité. Il a été porté par le Ministre de responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation avec la participation dans la conception du Ministère de la Famille (Secrétariat aux ainés) et du ministère de l'Éducation et de l'enseignement.

À noter dans les principes directeurs : « *L'équilibre entre le besoin de protection de la personne aînée et le respect de son autodétermination doit être visé dans toute situation* ».

À noter également parmi les 4 grandes orientations : « **Favoriser et faciliter la divulgation⁶⁵** des situations de maltraitance, notamment les situations de maltraitance matérielle et financière » et « **Développer les connaissances et améliorer le transfert des savoirs** ».

2.2.3. Le plan 2022-2027⁶⁶ : Reconnaître et agir ensemble

⁶³ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-10.pdf>

⁶⁴ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>

⁶⁵ Par des tiers (obligation, levée de la confidentialité...)

⁶⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5212-MSSS-17.pdf>

Ce troisième plan, présenté par le Premier ministre, est porté par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ainés et proches aidants. La formulation de ce plan atteste de ce que, 12 ans après le début du premier plan, la nécessité de continuer à structurer cette lutte s'impose encore.

Il insiste sur l'importance de la cohérence et la complémentarité des actions entourant la lutte contre la maltraitance.

Les objectifs visés sont de :

- Aider chaque Québécoise et Québécois à reconnaître et dénoncer toute forme de maltraitance. ;
- Poursuivre et intensifier les efforts du gouvernement en matière repérage, de prévention, de sensibilisation et d'intervention. ;
- Assurer le développement des connaissances nécessaires au déploiement d'initiatives gouvernementales appuyées par des données probantes.

Le plan s'articule autour d'une vision globale : Renforcer la cohérence et la complémentarité des actions entourant la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées pour mieux la prévenir et intervenir dans ces situations tout en faisant la promotion de la bientraitance.

Il comporte cinq orientations dont la quatrième, « Améliorer la gestion des situations de maltraitance » concentre 62 % du budget global.

- Orientation 1 : prévenir la maltraitance en misant sur une sensibilisation accrue de la population
- Orientation 2 : développer, promouvoir et mettre en œuvre des pratiques favorisant la bientraitance
- Orientation 3 : sensibiliser et former différents acteurs et milieux au phénomène de la maltraitance
- Orientation 4 : améliorer la gestion des situations de maltraitance
- Orientation 5 : développer et diffuser des connaissances liées à la maltraitance

Certaines thématiques sont particulièrement mises en avant dont :

- La recherche (acquisition/diffusion des connaissances),
- La coordination de différents secteurs et
- La gestion des cas.

3. Les stratégies visant les violences contre les femmes

3.1 OMS, Violence à l'encontre des femmes, 9 mars 2021⁶⁷

En 2019, l'OMS et ONU-Femmes, avec l'appui de 12 autres organismes bilatéraux et des Nations Unies, ont publié RESPECT women – un cadre pour prévenir la violence à l'égard des femmes destiné aux responsables de l'élaboration des politiques.

Chaque lettre du mot « RESPECT » représente (en anglais) l'une des sept stratégies, à savoir :

⁶⁷ [Violence à l'encontre des femmes \(who.int\)](https://www.who.int/womenViolence/en)

- Le renforcement des compétences relationnelles ;
- L'autonomisation des femmes ;
- La fourniture de services ;
- La réduction de la pauvreté ;
- La création d'environnements favorables (à l'école, sur le lieu de travail ou dans les espaces publics) ;
- La prévention de la maltraitance à l'égard des enfants et des adolescents ;
- La transformation des attitudes, des croyances et des normes.

(...)

Exemples d'interventions prometteuses :

- Le soutien psychosocial et les interventions psychologiques destinés aux survivantes de violences conjugales ;
- Des programmes d'autonomisation économique et sociale ;
- Les transferts de fonds ;
- Le travail aux côtés des couples pour améliorer la communication et les compétences relationnelles ;
- Des interventions de mobilisation communautaire pour faire évoluer les normes de genre inégales ;
- Des programmes visant à améliorer la sécurité dans les écoles, à réduire ou éliminer les sanctions sévères contre les élèves et à instaurer des programmes scolaires qui remettent en question les stéréotypes de genre au profit de relations fondées sur l'égalité et le consentement ;
- L'organisation de séances d'apprentissage actif en groupes constitués de femmes et d'hommes afin d'engager une réflexion critique sur les rapports de force inégaux entre les sexes.

Le rapport RESPECT met par ailleurs l'accent sur le fait que les interventions réussies sont celles qui font de la sécurité des femmes une priorité et qui s'appuient sur une remise en question des rapports de force inégaux entre les sexes, ainsi que les interventions participatives, les interventions qui s'attaquent à des facteurs de risque multiples au moyen d'une programmation combinée et les interventions qui débutent à un âge précoce.

Pour instaurer un changement durable, il importe de promulguer des textes législatifs et de les faire appliquer et d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques visant à promouvoir l'égalité des sexes, d'allouer des ressources aux activités de prévention et d'intervention, et d'investir dans les organisations de défense des droits des femmes.

Rôle du secteur de la santé

Tandis qu'une approche multisectorielle s'impose pour prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes, le secteur de la santé a un rôle important à jouer, notamment pour :

- Faire prendre conscience du caractère inacceptable de la violence à l'égard des femmes et lui conférer le statut de problème de santé publique.

- Offrir des services complets, de qualité et axés sur les survivantes, sensibiliser les prestataires de soins de santé et les former de sorte qu'ils puissent répondre aux besoins des survivantes avec empathie et sans porter de jugements moraux.
- Prévenir la résurgence de la violence en détectant au plus tôt les femmes et les enfants qui la subissent et en leur proposant une prise en charge, un aiguillage et un soutien adéquats ;
- Promouvoir l'égalité des sexes auprès des jeunes dans le cadre de la transmission de compétences pratiques et de programmes approfondis d'éducation sexuelle.
- Produire des données factuelles sur les méthodes concluantes et sur l'ampleur du problème en menant des enquêtes auprès de la population ou en incorporant la violence à l'égard des femmes dans les enquêtes démographiques et de santé conduites auprès de la population, ainsi que dans les systèmes de veille et d'information sanitaire.

3.2 La lutte contre les violences faites aux femmes en Suède

La lutte contre la violence des hommes envers les femmes est une priorité du Gouvernement suédois qui a mis en place en 2016 une stratégie nationale intersectorielle sur dix ans.

Cette stratégie saluée comme exemplaire par les différentes instances internationales comporte 40 mesures destinées à prévenir le recours à la violence et soutenir les victimes, ainsi que par une loi plus stricte permettant de poursuivre les délinquants qui ont usé de violence contre leur partenaire ou ex-partenaire.

Extrait de la réponse du conseiller social en Suède au questionnaire du 14 mars 2023

« Dans le cadre de sa feuille de route pour l'égalité des genres, le gouvernement suédois s'est fixé comme objectif d'éliminer la violence des hommes envers les femmes.

Il a notamment mis en place des mesures visant à **renforcer la connaissance** de la vulnérabilité des femmes âgées face à la violence. **Un coordinateur national contre la violence domestique** coordonne et soutient les autorités compétentes les municipalités, les conseils de comtés et les associations ; il prend en compte la situation des femmes vulnérables. **Le Conseil de la santé et de la protection sociale**, responsable du traitement des signalements de fautes graves impliquant des professionnels doit accorder une attention particulière aux violences genrées.

Le gouvernement soutient les initiatives de formation des professionnels des services sociaux et de santé pour une meilleure prise en charge des victimes de violence appartenant à des groupes vulnérables : femmes âgées, femmes handicapées, femmes toxicomanes, femmes d'origine étrangère, femmes en situation de précarité).

7.6. Annexe 6 : Organisation des États généraux des maltraitances

Parties prenantes mobilisées

Deux groupes de travail ont été constitués : Le premier groupe sur le repérage précoce et l'orientation des personnes victimes de maltraitance à domicile. Il était composé de représentants d'établissements (HAD de Lorient, Centre Hospitalier de Narbonne), d'associations (France Alzheimer, Petits Frères des Pauvres, AMADPA, Psycom - Santé mentale info, Bailleurs social Les résidences) et de fédérations du secteur (Fédération 3977, UNIOPSS, FESP, UNCCAS, FNATH), ainsi que de représentants de l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens. Le second groupe sur la thématique de la sécurité des adultes vulnérables. Il était composé de représentants du Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR), de la police nationale, de la gendarmerie nationale, de représentants des élus locaux (Association des Maires de France et Association des Maires Ruraux de France), de deux magistrats du parquet de Paris, ainsi que de représentants d'associations (France Victimes, Old Up, Association Vieillir ensemble en citoyens, FNAPAEF, CPAE).

Trois contributions institutionnelles ont également été réalisées par le Haut Conseil de la Famille l'Enfance et l'Âge, le Comité National Consultatif des Personnes Handicapées, et le Haut-Conseil du Travail Social et les constats et propositions des représentants des syndicats d'étudiants en médecine, d'étudiants infirmiers et chirurgiens-dentistes, et des ordres nationaux des médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pédicures-podologues, ainsi que de la fédération nationale des aides-soignants.

Auditions

Pr Marie BEAULIEU, ancienne titulaire de la chaire de lutte contre la maltraitance des aînés à l'université de Sherbrooke, Québec, Canada

Sergent Sébastien HÉBERT, conseiller maltraitance aîné & adulte situation de vulnérabilité à Division de la prévention et de la sécurité urbaine de la police de Montréal, Québec, Canada

Pr Christopher MIKTON, chercheur, Organisation mondiale de la santé

En audition collective pour le projet de recherche action Traitement des Alertes de Maltraitance en Concertation sur les Territoires (TACT)

Emmanuelle JOUET, directrice du laboratoire de recherche en santé mentale et en sciences humaines et sociales du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Guillaume JAUBERT, maître de conférences à l'Institut de formation régional des organisations sanitaires et sociales (IFROSS)

Alis MONTOIS, chercheure au laboratoire de recherche en santé mentale et en SHS du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Léa RENOUF, docteure en psychologie clinique et coordinatrice de la recherche action TACT

Claudia KELBANI, directrice nationale du réseau HAD et SSIAD, groupe INICEA

Frank BELLIVIER, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

Isabelle RICHARD, directrice de l'École des Hautes Études en Santé Publique

Adrien BEAUMEL, directeur du DAC-Santé 77 Nord et président de la fédération des DAC d'Île-de-France

Laurent PUECH, directeur de l'association nationale des intervenants sociaux en commissariats et gendarmeries

Joran LE GALL, président de l'Association Nationale des Assistants de Service Social

Clémence PAJOT, directrice Générale de la Fédération Nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF) et Christine PASSAGNE, conseillère technique

Peggy MONTESINOS, notaire associé et membre de la section famille de l'Institut d'Etudes juridiques du Conseil supérieur du notariat (CSN)

Dominique LANGHENDRIES, directeur de Respect Seniors, Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés, Belgique

Pr Benoît VEBER, président de la Conférence nationale des Doyens de Médecine

Dorothée MERCIER, magistrate coordonnatrice de la formation continue à l'Ecole nationale de la magistrature

Philippe GUILLAUMOT, psychiatre du sujet âgé, thérapeute familial, ancien président de l'antenne Allo Maltraitance Personnes Agées Personnes Handicapées des Pyrénées Atlantiques

Fabienne BRÉGY, responsable produit Mémo de Vie, Association France Victimes

Jean WILS, bénévole, ALMA Paris

7.7 Annexe 7 : Méthodologie de Travail enfant

Ce travail a été fait à partir de publications originales à comité de lecture. Il a aussi bénéficié de la bibliographie fournie par des experts du sujet, auditionnés par le GT maltraitances du HCSP. La revue de la littérature exploitée est anglophone et les mots de recherche de maltraitance chez les enfants ont été *Adverse Childhood Experiences (ACEs) (Center on the Developing Child HARvArd UNIVERSITY)*.

Il comprend des études épidémiologiques rétrospectives et prospectives réalisées mondialement. Certaines sont issus d'équipes de recherche Françaises, les cohortes utilisées sont mondiales.

Des ressources bibliographiques annexes ont également été utilisées :

OECD : Children Well Being (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CWB>)

Les conséquences peuvent être étudiées à partir de cohortes statistiques (avec les difficultés de telles approches, les données pouvant être solidifiées par des méta-analyses). Elles peuvent l'être aussi en étudiant l'histoire des enfants, adolescents adultes présentant des symptômes (somatiques : arrivée aux urgences pédiatriques), des pathologies, des troubles, des comportements délictuels par ex ou accueillis dans des institutions spécifiques (études et auditions des Prs. Bronsard et Cohen, Dr. Rousseau), enfin dans des études rétrospectives à partir des populations d'adultes présentant soit des pathologies somatiques (cancer, pathologie cardiaque, pathologies pendant la grossesse ou en périnatal), des pathologies mentales comme des troubles de la personnalité, pathologie borderline, addictions, comportements suicidaires, des déficits mentaux (cognitifs, du langage, moteurs).

Les résultats n'ont pas la même force mais ils se croisent et permettent de construire des grandes catégories qui sont à considérer malgré l'insuffisance de solidité de chaque étude prise séparément.

7.8 Annexe 8 : Fréquence des maltraitances intrafamiliales

Les maltraitances intrafamiliales se caractérisent par la multiplicité des interactions maltraitantes (entre conjoints, parents envers les enfants, enfants envers les parents, voire au-delà cousins, cousines, oncles...). Ainsi la gestion de contextes favorisant la maltraitance intrafamiliale peut avoir un effet amplifié par la multiplicité des impacts (y compris sur des phénomènes induits hors cercle familial (Valido, 2021)[329].

Il s'agit de situations fréquentes et sans doute très sous-estimées en raison du « huis clos » et de la norme de solidarité intrafamiliale (Cunnington, 2023) [330] .

Des données et des informations sont cependant disponibles.

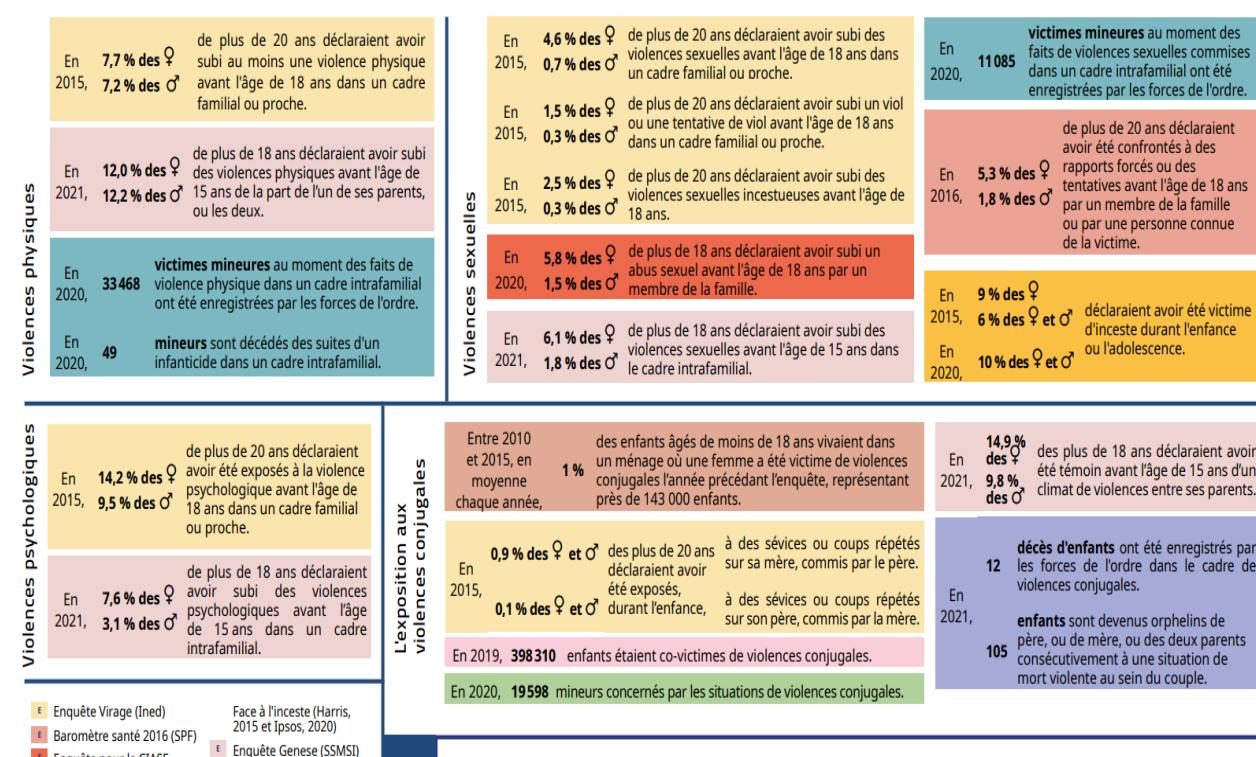
Pour l'ONPE, La quantification des maltraitances infantiles intrafamiliales soulève des enjeux multiples à la fois dans la construction de la donnée, son explicitation et son utilisation.

« **La quantification des maltraitances intrafamiliales se caractérise par l'absence d'un chiffre unique et global :** Ce chiffre ne peut pas exister car la diversité des maltraitances ne permet pas d'avoir une lecture unique de ses différentes composantes. Leur représentation est fonction de la période et du contexte dans lesquels elles sont observées. La connaissance des maltraitances est liée à ce que chaque chiffre s'attache à décrire et présente une faiblesse : la sous-estimation de l'ampleur du phénomène observé.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des données disponibles concernant la maltraitance intrafamiliale en France en 2022.

Sources utilisées :

- Enquête Virage (Ined)
- Baromètre santé 2016 (SPF)
- Enquête pour la CIASE (Inserm)
- Enquête Cadre de Vie et Sécurité, calculs réalisés par l'ONVF
- Enquête Cadre de Vie et Sécurité, calculs réalisés par l'ONVF Enquête Cadre de Vie et Sécurité et données de l'Insee (2019), calculs réalisés par le HCE
- Sondages réalisés pour Face à l'inceste (Harris, 2015 et Ipsos, 2020)
- Enquête Genese (SSMSI)
- Données issues du SSMSI Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple (DAV)
- Données issues des appels au 3919 (FNSF)
- Données d'enquêtes
- Données administratives

**FOCUS****Les maltraitances chez les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance**

Ces enfants sont particulièrement susceptibles d'avoir été ou d'être exposés à la maltraitance intrafamiliale puisqu'ils sont par définition en danger ou en risque de l'être (art. L221-1 du CASF). Pour autant, les données disponibles en la matière manquent pour mesurer précisément la part et les besoins des enfants concernés. Une recherche¹ réalisée en 2007-2008 dans deux départements à partir de l'étude de dossiers d'enfants ayant connu au moins un placement, montre que 45 % des 809 enfants de la cohorte étudiée ont subi au moins un type de maltraitance. Les violences ont pu être révélées en amont de la prise en charge, la justifiant, ou au cours de la prise en charge entraînant ou non une modification de celle-ci. L'étude montre que bien souvent, la maltraitance subie par les enfants protégés est révélée non pas à l'entrée du dispositif de protection de l'enfance mais au cours de la prise en charge.

1. Frechon, I. (dir.). *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoire des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Paris : INED, 2009.

INSEE, violences au sein de la famille, Sécurité et société – Edition 2021

En 2019, 44 % des plaintes pour violences physiques ou sexuelles enregistrées par les services de sécurité concernent des violences commises au sein de la famille, (160 000 victimes ; 119 000 majeures et 41 000 mineures), ces plaintes sont en augmentation.

Les victimes de violences intrafamiliales subissent presque exclusivement des violences physiques (96 %) de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint (90 %) lorsqu'elles sont majeures, alors que les violences sexuelles sont plus fréquentes à l'encontre des mineurs (23 % des violences intrafamiliales sur mineur).

La majorité de ces victimes sont des femmes : 77 % lorsqu'il s'agit de violences physiques et 85 % pour les violences sexuelles. Cependant, avant 15 ans, les garçons sont légèrement plus nombreux à subir des violences physiques

Au sein de la famille, les victimes de violences sexuelles sont particulièrement jeunes : 60 % ont moins de 15 ans contre 18 % des victimes de violences physiques ; pour ces dernières, les plus exposées sont les femmes de 20 à 39 ans (42 % de l'ensemble des victimes)

En 2019, 115 000 personnes ont été mises en cause pour des violences intrafamiliales, majoritairement des hommes (83 %). Les mis en cause sont quasi exclusivement des hommes pour les violences sexuelles sur majeur (99 %) et sur mineur (95 %). Dans les violences physiques, leur part est moins importante lorsque la victime a moins de 15 ans (59 %).

Les services de police et gendarmerie n'enregistrent qu'une faible part des violences intrafamiliales.

ALMA centre d'étude sur la maltraitance 3977⁶⁸.

- Les violences envers les personnes âgées sont principalement commises par l'entourage familial (67 %) puis par l'entourage non familial (13 %).
- En institution : c'est l'entourage professionnel qui est auteur de violences à 79 % et 10 % des violences sont liées aux familles.

Certains départements mettent en place des observatoires transversaux aux femmes et aux enfants⁶⁹.

Références

329. Valido A, Ingram K, Espelage DL, Torgal C, Merrin GJ, Davis JP. Intra-familial violence and peer aggression among early adolescents: Moderating role of school sense of belonging. *J Fam Violence*. 2021;36(1):87-98.

330. The national domestic abuse and sexual violence support line - 3919 - is now available in 185 languages - Women For Women France [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.womenforwomenfrance.org/en/about-us/news/the-national-domestic-abuse-and-sexual-violence-support-line-3919-is-now-available-in-185-languages>

⁶⁸ <https://alma-paris.org/>

⁶⁹ <https://www.allier.fr/116-ovff03.htm>

7.9 Annexe 9 : Quelques stratégies de prévention et de réponse

Il ne s'agit là que de lister des exemples par grand axe d'actions ou de thématiques (Recommandations institutionnelles, Formation, Campagnes de sensibilisation, Manifestations, Labellisations, Orientations stratégiques)

Ce que l'on peut retenir des éléments qui suivent est la très grande diversité des sites où chercher soit une formation, soit des outils, soit des interventions. La très grande diversité des outils (témoignant de l'intérêt pour le sujet) et du caractère complexe du sujet. L'absence fréquente de description fine des interventions probantes ou prometteuses facilement accessible. L'absence fréquente d'information sur la pertinence (Utilité selon les objectifs et les contextes). L'absence fréquente d'évaluation.

1 Recommandations institutionnelles

HAS 2014 Repérage signalement enfant⁷⁰)

OMS 2021 Violence à l'encontre des femmes⁷¹ associé au programme RESPECT⁷²

OMS 2022 Maltraitance personnes âgées

OMS 2022 Maltraitance des enfants⁷³

2 Formations Où l'utilisation de média facilitant la communication facile à comprendre et souvent préconisé exemple : utilisation de « Santébd »⁷⁴.

2.1 Traditionnelle

Centre National de la Formation-Conseil en Entreprise (CNFCE) Maltraitance et bientraitance à destination des professionnels de santé (2 jours).

EHESP⁷⁵ réflexions sur la Maltraitance et personnes âgées : enjeux et prévention des risques lors de sa cession inter écoles.

EHESEP formation initial des élèves directrices et directeurs d'établissements sanitaire, social et médico-social DESSMS 2023-2024⁷⁶. Renforcement prévu (Audition)

2.2 MOOC et en ligne

Ministère des Solidarités et des Familles⁷⁷. Ce kit a été construit de manière à pouvoir être utilisé par les enfants en danger, personnes âgées et personnes en situation de handicap.

⁷⁰https://www.has-sante.fr/jcms/c_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-proteger

⁷¹<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

⁷²<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332890/WHO-RHR-18.19-fre.pdf?sequence=1>

⁷³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>) associé au programme INSPIRE (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/inspire-infographic-fr.pdf?sfvrsn=cc61d642_2

⁷⁴<https://santebd.org>

⁷⁵<https://www.ehesp.fr/2019/03/18/27emes-sessions-inter-ecoles-sie-a-lehesp-1er-au-5-avril-2019/>

⁷⁶<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2023/07/Plaquette-D3S-23-24.pdf>

⁷⁷ <https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>). Ce

Kit de formation (e-learning) décrit dans le rapport d'activité de l'Ecole Normale de la Magistrature (ENM) de 2020⁷⁸.

Visant : « Le traitement judiciaire de la maltraitance intrafamiliale envers les enfants », coconstruit entre le Ministère de la Justice, l'ONPE, La DGCS et l'ENM.

Département de Gironde et Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille sur facteurs de risque de maltraitance, sémiologie et conséquences⁷⁹.

2.3 CD et DVD

Des plumes et des voix...pour réchauffer les maux (2009)

Protection de l'enfance. Suivez Arthur ! (2006)

La maltraitance des personnes âgées (2000)

Comment maltrater un vieillard à domicile en 10 leçons (2005)

2.4 Jeux

Quels sont nos droits (Unicef)

Je le dis, nous le disons, ils écoutent » : jeu éducatif sur la maltraitance des enfants (CRDP de l'Oise 2003).

2.5 Malette pédagogique

Douleur et bientraitance de la personne âgée à domicile (Soc Fr Gériatrie et gérontologie 2013)

3 Campagnes de sensibilisation

Ministérielle sur le syndrome du bébé secoué⁸⁰.

Dans le domaine de la santé, au cours des dernières années, de nombreuses interventions (campagnes de marketing social, « nudges » ...) ont été développées pour prendre en compte et corriger les écarts (ou biais) observés dans les décisions et actions des individus par rapport au modèle rationnel (*l'homo economicus*). Ce type d'interventions a pu être expérimenté pour lutter contre la maltraitance.

Si certaines interventions ont connu des succès certains, ces approches actuellement sont l'objet de critiques théoriques (Bergeron, 2018) [331], morales (de manipulation) (Cambon, 2011) [332] et d'interrogations sur le niveau d'efficacité dans selon les circonstances en particulier en ce qui concerne les maltraitances chez les enfants (Horsfall, 2010).

Il est vraisemblable néanmoins qu'il existe, en ce qui concerne la maltraitance, un impact (Gagné, 2014) [333] dont l'ampleur dépend de l'inclusion de ces interventions dans des programmes plus vastes (Orchowski, 2023) [334]ne se limitant pas à des actions très focales.

Par ailleurs il est très probable que le contexte culturel impacte l'efficacité et nécessite des tests de transférabilité d'un pays à un autre.

⁷⁸ <https://www.enm.justice.fr/api/getFile/sites/default/files/2023-03/rappa-ENM-2020v2.pdf>

⁷⁹ <https://www.gironde.fr/espace-presse/un-mooc-pour-former-les-professionnels-de-sante-aux-signes-de-maltraitance-infantile>

⁸⁰ <https://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>

Manifestations

Journée Mondiale de sensibilisation à la Maltraitance des personnes âgées⁸¹.

Colloque INSERM : Prévenir la Maltraitance par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels⁸².

Exposition : Lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles (CD Eure 2018)

5 Labellisations

Cahier des charges pour des associations menant des actions de sensibilisation sur les maltraitances sexuelles (milieu scolaire)⁸³.

6 Principes d'actions et les stratégies à partir des travaux de l'OMS 2022

6.1 Pour les personnes âgées⁸⁴

Cibler les aidants,
Alléger la charge que représente la prestation de soins ;
Créer des programmes de gestion des finances pour les personnes âgées vulnérables à l'exploitation financière ;
Rendre disponible des lignes d'assistance téléphonique
Avoir des foyers d'accueil d'urgence ;
Structurer des équipes pluridisciplinaires, car les réponses à apporter relèvent souvent de différents systèmes »

À souligner que selon l'OMS : « « *De nombreuses stratégies ont été mises en œuvre pour prévenir la maltraitance des personnes âgées et lutter contre celle-ci. Toutefois, à l'heure actuelle, on dispose de peu de données quant à l'efficacité de la plupart de ces interventions.*»

De même, la Cochrane en 2016 [335] concernant les interventions pour prévenir la maltraitance des personnes âgées considère que le niveau de preuve est faible « ...Pas suffisamment de preuves fiables... sur l'apparition ou la récurrence...Il n'est pas certain que les interventions éducatives améliorent les connaissances et les attitudes de soignants... des recherches futures sont justifiées... avec une analyse médico-économiques et une attention à l'équité ». Position réaffirmé en 2020 (Cochrane nurse) [336] « ... Pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux effets des interventions par rapport aux populations contrôles... Néanmoins les interventions visant les membres de la famille des personnes atteintes de démence sont prometteuses... Évaluation attentive car risque de préjudices involontaires »

⁸¹ <https://solidarites.gouv.fr/jeudi-15-juin-2023-journee-mondiale-de-sensibilisation-la-maltraitance-des-personnes-agees>

⁸² <https://www.inserm.fr/rapport/prevenir-la-maltraitance-des-enfants-par-le-renforcement-du-role-des-medecins-et-de-la-coordination-entre-secteurs-professionnels-juin-2013/>

⁸³ <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexe-appel-a-projets-11042022.pdf>

⁸⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

6.2 Pour les enfants⁸⁵

Les interventions efficaces et prometteuses sont notamment les suivantes. Les 7 priorités du programme INSPIRE sont les suivantes :

- Mise en œuvre et en application des lois existantes
- Réorienter les normes et les valeurs de la société
- Rendre les environnements plus sûrs
- Appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants
- Assurer des revenus suffisant (renforcement économique)
- Avoir des services de lutte et d'appui
- Education et savoir-faire pratiques

6.3 Pour les femmes (2021)⁸⁶

Le programme RESPECT met en avant 7 stratégies

- Renforcer l'autonomisation
- Encourager les relations interpersonnelles égalitaires
- Sécuriser les cadres de vie
- Procurer des services dans différents secteurs
- Eliminer les abus envers les enfants et les adolescents
- Contenir la pauvreté
- Transformer les attitudes croyances et normes

Références

331. Bergeron H, Castel P, Dubuisson-Quellier S, Lazarus J, Nouguez É, Pilmiss O. Le biais comportementaliste [Internet]. [http://journals.openedition.org/lectures. Sciences Po \(Les Presses de\);](http://journals.openedition.org/lectures. Sciences Po (Les Presses de);) [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/27845>
332. CAMBON L, Ferron C. Opinion de la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé sur le Rapport « Nouvelles approches de la prévention en santé publique ». Santé Publique. 23 juin 2011;23:143.
333. Gagné MH, Lachance V, Thomas F, Brunson L, Clément ME. Prévenir la maltraitance envers les enfants au moyen du marketing social. Can J Commun Ment Health. 1 déc 2014;33:85-107.
334. Orchowski LM, Malone S, Sokolovsky AW, Pearlman DN, Rizzo C, Zlotnick C, et al. Preventing sexual violence among high school students through norms correction and bystander intervention: A school-based cluster trial of Your Voice Your View. J Community Psychol. sept 2023;51(7):2861-86.
335. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 16 août 2016;2016(8):CD010321.
336. Kennedy C, Will J. Interventions for preventing abuse in the elderly. Int J Nurs Pract. févr 2021;27(1):e12870.

⁸⁵ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

⁸⁶ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332890/WHO-RHR-18.19-fre.pdf?ua=1>

7.10 Annexe 10 : Rapport des États généraux des maltraitances

[Rapport des États généraux de la maltraitance \(vie-publique.fr\)](#)

7.11 Annexe 11 : Classement des pays par nombre de publications

Publications 2012 – 2021

Classement des pays par nombre de publications décroissant

<i>Country/Region</i>	<i>Scholarly Output</i>	<i>Views Count</i>	<i>Field-Weighted Citation Impact</i>	<i>Citation Count</i>
United States	940	26382	1,07	12546
United Kingdom	180	6603	1,09	2613
Canada	138	5140	1,17	2326
Australia	134	5497	0,93	1635
India	70	1494	0,74	403
Brazil	58	2409	0,56	411
Spain	51	2656	0,67	602
Italy	46	2186	0,83	612
Portugal	46	2186	0,86	649
Iran	44	2224	0,57	261
Germany	40	1487	0,56	482
Israel	40	1382	0,57	366
Malaysia	37	1578	0,99	455
China	34	1409	1,23	645
Sweden	32	1452	0,89	537
Ireland	31	1236	0,87	429
Hong Kong	30	1208	0,96	539
<i>France</i>	<u>29</u>	<u>708</u>	<u>0,44</u>	<u>103</u>
Turkey	29	564	0,41	113
Japan	28	665	0,49	189
South Korea	21	503	0,7	157
Lithuania	19	1041	0,96	398
Switzerland	19	789	1,63	325
Netherlands	18	845	0,5	148
South Africa	18	287	0,47	101
Greece	17	1036	0,93	371
Norway	17	720	1,29	212
Mexico	15	574	0,67	160

7.12 Annexe 12 : Programmes de Recherche Prioritaire Autonomie

Lauréat des Programmes de Recherche Prioritaire Autonomie 2022-2023⁸⁷ et l'ANR⁸⁸.

Première vague

Projet AtOrl – Caractérisation des interventions autonomisantes dans l'accompagnement des personnes âgées et handicapées (Mme Olivia Gross, Université Sorbonne Paris Nord)

Projet Aurelia – Régimes d'autonomie dans le soin de longue durée : instrumentation et territoires (M. Loïc Trabut, Institut national d'études démographiques-Ined)

Projet COMPAC – Approches comparées des politiques de l'autonomie (M. Philippe Martin, Université de Bordeaux)

Projet KAPPA – Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie Origines, implications et perspectives d'évolution de la segmentation par âge (M. Roméo Fontaine, Institut national d'études démographiques-Ined.)

Deuxième vague

Projet AUVI Anchoring Autonomy of Life: A pragmatic approach through human rights (M. Benoit Eyraud CNRS)

Projet HILAUSENIORS Intermediate housing – Housing – Autonomy – Older People (M. Laurent Nowik CNAV)

Projet INNOVCARE Care-led innovation: the case of eldercare in France and in Japan (M Sébastien Lechevallier EHESS)

Projet LivACT Living and Ageing with chronic conditions and Technological devices: Meanings, Practices and Recomposition of Autonomy Through Time (Mme Lucie Dalibert UCB Lyon 1)

Projet Models_Of_Autonomy A social, economic, and mathematical approach to autonomy in ageing (Mme Archana Singh-Manoux Université Paris-Cité)

Projet Pré.S.Age Personalized prevention program for loss of autonomy in elderly: accessibility, empowerment, and environmental adaptations (M Raphael Zory Université Côte d'Azur)

⁸⁷ https://ppr-autonomie.com/wp-content/uploads/2023/09/PPRA_AAP1_laureats_resumes-1.pdf

⁸⁸ <https://anr.fr/fileadmin/aap/2022/selection/france2030-PPR-Autonomie-AAP-vague2-Compte-rendu.pdf>

7.13 Annexe 13 : Place possible des IREPS (Promotion de la santé)

Comment les associations du Réseau Promotion Santé peuvent-elles contribuer à l'efficacité de la prévention de la maltraitance ?

RETOUR D'EXPERIENCE DE PROMOTION SANTE GRAND-EST

(ex IREPS Grand-Est)

*Document rédigé à partir d'une contribution écrite de
Marie Persiani, directrice générale : m.persiani@promotion-sante-grandest.org*

Le réseau des associations Promotion Santé régionales et la Fédération Promotion Santé contribuent à améliorer la santé des populations, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la charge sur le système de soin, grâce à la mise en œuvre des stratégies de la promotion de la santé. Ces stratégies basées sur des données probantes⁸⁹ reposent sur une vision globale et positive de la santé intégrant des dimensions physiques, psychologiques et sociales, au-delà de l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être et la qualité de vie des populations, et prend donc en compte les environnements de vie, les conditions de travail, le logement, l'insertion dans un réseau social, l'accès à l'éducation et à la culture... Cette approche méthodologique peut être thématique, populationnelle ou encore par milieu (scolaire, pénitentiaire, travail, etc.), mais s'inscrit toujours dans une démarche pluridimensionnelle. Ainsi la Promotion de la santé et ses acteurs peuvent jouer un rôle pertinent dans l'écosystème de la lutte contre la maltraitance.

À titre d'exemple, Promotion Santé Grand-Est peut témoigner de plusieurs expériences sur la prévention de la maltraitance : accompagnement d'Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans l'élaboration de leur CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), élaboration et mise en œuvre d'un colloque sur la bientraitance, accompagnement à la prévention des risques psychosociaux en entreprise, appui au déploiement d'un programme d'accompagnement à la parentalité. L'objet de cette fiche est de partager quelques réflexions issues du terrain.

1. En établissement médico-social

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance nécessitent une intervention transversale auprès des différentes parties prenantes : la personne, son entourage, les professionnels qui l'accompagnent et la direction de l'établissement, et à plusieurs niveaux que nous allons présenter ci-dessous.

De manière générale les structures Promotion Santé peuvent aider à identifier les niveaux sur lesquels intervenir, ainsi que les pistes de travail les plus pertinentes. Pour cela, il est souvent nécessaire de passer par une étape locale de diagnostic, de priorisation et de plan d'actions et une phase d'appropriation des définitions et des concepts.

a. Améliorer les conditions de travail pour les rendre elles-mêmes bientraitantes

Pourquoi ? « Le prendre soin est une activité éminemment contextuelle, dont la qualité dépend du discernement, de la sensibilité et de l'inventivité pratique des soignants. On ne peut donc pas

⁸⁹ Hamant C, Delescluse T, Ferron C. Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Note pédagogique. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé ; 2022. 37 p. (Collection Fnés)

prescrire le bon soin ; en revanche, on peut chercher à mettre en place les conditions qui permettront aux soignants de le mettre en œuvre » (Deliot, Garrau, 2014, p. 124).

Ainsi, les associations Promotion Santé peuvent accompagner les établissements à réfléchir sur les conditions et l'organisation de travail des professionnels.

- En particulier (sans être exhaustif) renforcer l'autonomie des personnels soignants en limitant la tendance à l'encadrement et au contrôle strict de leurs pratiques.
- Mettre en place des processus d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels

b. Intégrer l'établissement dans le parcours de soins sur le territoire afin d'éviter les ruptures de parcours ; sources de mal-être des résidents, de leur entourage et des équipes

Pourquoi : L'intégration de l'établissement sur son territoire est un facteur protecteur de la maltraitance. Il limite ainsi les ruptures de parcours engendrant des situations humaines et d'accompagnement complexes ; souvent sources de tensions et de mal-être au travail pouvant ainsi générer des situations de maltraitance.

Il semble ainsi indispensable que les établissements puissent, en prévention de cela :

- Structurer le parcours d'accompagnement de la personne lors des situations de transition, pour prévenir les ruptures (domicile vers établissement, changement d'établissement, hôpital vers établissement) :
- Assurer l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes en travaillant sur la protocolisation de la transition des structures médico-sociales vers l'EHPAD ; nécessitant un travail en collaboration étroite avec les établissements médico-sociaux du champ du handicap
- Assurer la continuité de l'accompagnement médical par les soignants, en lien avec l'équipe mobile HAD (hospitalisation à domicile)
- Créer les conditions de la coordination médico-psychosociale pour éviter les ruptures dans le suivi de la personne et de son entourage
- Animer des temps de réflexion entre professionnels, de façon interdisciplinaire, voire intersectorielle idéalement, pour améliorer le parcours de la personne.

c. Anticiper et accompagner la fin de vie afin d'assurer dignité, respect et sécurisation des résidents

Pourquoi : permettre aux personnes de se projeter jusqu'à la fin de leur vie en étant assurées de ne disposer de personnes qui s'assureront du respect de leur dignité et de leurs souhaits assure un climat bienveillant, serein et sécurisant pour la personne, ce qui contribue à la bientraitance.

d. Développer des pratiques innovantes permettant d'améliorer la qualité de l'accompagnement dans un contexte d'équipes en tensions

Pourquoi : les pratiques innovantes permettent de redonner des moyens humains, notamment aux secteurs du soin et médico-social en tension, et contribuent donc à la bientraitance en redonnant du temps de soin et d'accompagnement auprès des personnes.

e. Accompagner la pratique des professionnels permettant une prise en charge reposant sur le respect des droits et le consentement des personnes prises en charge

Pourquoi : le respect des droits et l'assurance du consentement de la personne contribuent à sa bientraitance.

f. Renforcer la participation des usagers pour améliorer le pouvoir d'agir individuel et collectif ; facteur essentiel de bientraitance

Pourquoi ? Parce que cela améliore le pouvoir d'agir des personnes ; condition favorable à la prévention de la maltraitance. Par ailleurs, cela améliore l'efficience et l'efficacité des services proposés, contribue à la réduction des inégalités sociales de santé, et renforce la légitimité des institutions auprès des usagers⁹⁰. En outre, les institutions doivent créer et faire vivre des instances collectives comme les CVS (conseils de la vie sociale), mais la mobilisation des usagers est difficile. Les personnes peuvent ne pas vouloir se mobiliser, auquel cas cette volonté est à respecter. Cependant, assez souvent, elles peuvent aussi ne pas oser se mobiliser, leur participation nécessitant des compétences dans l'expression de leurs besoins, de leurs idées, et dans la prise de parole en public.

« La participation des proches aux soins et à l'accompagnement du patient ou du résident se fait dans le respect de ses choix et de son éventuel refus » (HAS, 2012, p. 15).

g. Ouvrir l'établissement vers l'extérieur pour éviter l'isolement social

Pourquoi ? Parce que le renforcement du lien social est protecteur de la santé mentale de la personne et contribue à son bien-être

- Développer un projet d'animation, en favorisant la réflexion sur les facteurs protecteurs en matière de santé mentale.
- Créer la possibilité pour les résidents de maintenir des liens sociaux et d'en créer des nouveaux dans et hors de l'établissement, de s'investir dans la vie sociale et culturelle de l'établissement ou du territoire
- Permettre la connaissance et l'accès à une offre socioculturelle, sportive, de loisirs...
- Développer des offres de maintien et de création de liens sociaux (au travers d'offres socioculturelle, sportive, de loisirs par exemple) au sein de l'établissement
- Sur la création d'outils ou de moyens permettant à la personne d'exercer sa citoyenneté,
- Sur l'élaboration de solutions pour permettre aux personnes d'aller voter, et d'être informées sur la vie publique.

h. Développer une approche soutenante de l'entourage familial

Pourquoi ? Cela contribue à un climat serein entre institution, famille et personne en institution.

Pouvoir recueillir les préoccupations de l'entourage (des aidants) concernant la personne en institution, mais aussi les propres inquiétudes des aidants, ou encore les effets négatifs du rôle d'aidant naturel ou familial, tels que la fatigue, le stress, les possibles difficultés de communication inter personnelles avec la personne placée, etc. participe à un environnement bientraitant pour la personne.

- Recueillir leurs besoins et les réponses déjà existantes
- Renforcer leur accompagnement et leur orientation vers les dispositifs de prévention, de soutien ou de répit
- Animer des temps spécifiquement pour les aidants, en leur permettant de formuler leurs besoins, leurs préoccupations via des espaces de parole, et permettre, en animant des espaces de partage d'initiatives, de trouver leurs propres solutions pour les situations qu'ils rencontrent. Les associations Promotion Santé peuvent identifier les axes d'amélioration à mettre en œuvre. Elles peuvent accompagner les établissements à se rapprocher des aidants pour mieux identifier leurs demandes et les réponses qui pourraient être ainsi mises en place.

⁹⁰ <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/187/1/6-19-1160-20061013-1.pdf>

i. Développer un cadre de vie agréable et respectueux des droits et des besoins au sein de l'établissement

Pourquoi ? L'environnement physique est un des trois déterminants de la santé, du bien-être et de la qualité de vie, les deux autres étant l'environnement social/le lien social et le comportement de la personne/son mode de vie. Il est donc essentiel d'agir sur le lieu de vie que constituent les locaux, leur aménagement, les équipements, les espaces collectifs et aussi personnels, les espaces extérieurs, leur accessibilité notamment physique, etc. car ils contribuent au confort de la personne, au respect de sa dignité, de son intimité, de sa liberté de déplacement, et répond à plusieurs besoins : de sécurité, de lien social, de divertissement, tous ces facteurs étant contributifs de la bientraitance.

Après la démarche proposée en institution, nous illustrons à partir de notre expérience les stratégies de prévention de la maltraitance en milieu du travail.

2. Concernant le milieu du travail

Nous n'avons pas, à Promotion Santé Grand-Est, travaillé spécifiquement sur la maltraitance, mais sur les risques psychosociaux en entreprise.

D'ailleurs, en milieu du travail, le terme de « maltraitance » est peu évoqué et on parle plutôt de « violence ». Néanmoins, le terme « maltraitance » est parfois utilisé pour évoquer un *management maltristant*⁹¹, soit un management qui conduit les professionnels à produire de la maltraitance. Il peut faire également référence à la maltraitance directement subie par les professionnels, comme dans le cadre d'un rapport sur l'entreprise France Telecom⁹², intitulé « *De l'art de programmer la maltraitance au travail* ». Il y est fait référence à des pratiques (techniques de gestion du personnel orientées vers une mobilité forcée, du harcèlement...) qui ont conduit à une dégradation générale des conditions de travail et des rapports sociaux internes à l'entreprise.

Nous définissons la violence en milieu de travail comme « **toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail** », Bureau international du travail (2003).

Cette violence au travail peut se produire entre personnes appartenant à la même organisation ou être commise à l'endroit d'un travailleur par une personne sans lien d'emploi avec l'organisation. Elle peut à la fois se manifester par des agressions de nature physique⁹³, sexuelle, verbale ou psychologique (harcèlement notamment). Les conséquences de celles-ci sont nombreuses : troubles anxiodépressifs, burn out, accidents de travail, troubles musculosquelettiques, maladies cardiovasculaires, climat social dégradé. Généralement, les secteurs les plus concernés sont : la santé, l'éducation, le travail auprès du public et le travail domestique (INSPQ, 2018).

Une attention particulière doit être portée aux inégalités sociales qui sont également observées dans ce champ des violences au travail. En effet, **les femmes sont beaucoup plus ciblées par le**

⁹¹ Afin de décrire les pratiques de management qui ont une incidence néfaste sur les professionnels (et non les usagers), il est plutôt question de « **management pathogène** » (rélié à quatre types de violation du droit : détournement du lien de subordination, détournement des règles disciplinaires, détournement du pouvoir de direction, détournement du pouvoir d'organisation).

⁹² <https://hal.science/hal-01967958/document>

⁹³ Les accidents du travail peuvent également être abordés comme une forme de violence physique (Grenier-Pezé, 2014).

harcèlement psychologique et le harcèlement sexuel. De plus, pour les hommes, la position occupée dans la hiérarchie est protectrice en matière de harcèlement psychologique, contrairement aux femmes.

À partir de ces constats, comment peut-on œuvrer à réduire cette violence dans le milieu du travail ?

- Au niveau de la politique de l'entreprise

Dans le cadre du soin, la restructuration des services de santé et une dynamique de rationalisation sont identifiées comme étant susceptibles d'expliquer en partie l'augmentation des cas de violence à l'encontre des professionnels de la santé. Ainsi cela fait état de l'importance de la politique de l'entreprise (ou du milieu employeur), dans son organisation, sur la violence au travail.

- Au niveau de l'organisation de travail

Plusieurs facteurs sont associés à la violence en milieu de travail : la charge de travail élevée, le faible soutien des supérieurs ou des collègues, les contrats de travail atypiques (générant une insécurité de l'emploi) ou encore la normalisation de la violence dans la culture organisationnelle. Ces facteurs sont des risques psychosociaux (RPS), générateurs de souffrance au travail.

Six grandes familles de facteurs de RPS sont à distinguer :

- intensité du travail et temps de travail ;
- exigences émotionnelles ;
- faible autonomie au travail ;
- rapports sociaux au travail dégradés ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de la situation de travail (Gollac et Bodier, 2011) [337].

C'est donc la structuration de l'organisation de travail et les conditions de travail (RPS) qui peuvent conduire les travailleurs à vivre ou commettre de la violence.

Ainsi, **une organisation et des conditions de travail dégradées sont non seulement néfastes pour la santé physique et psychologique des travailleurs, mais impactent également négativement la capacité des travailleurs à fournir un travail de qualité** (ce qui participe à dégrader la santé psychologique des travailleurs). Dans certains secteurs, cela peut conduire à des actes de maltraitance du professionnel envers l'usager.

« Selon une enquête de la DGAS (Direction générale de l'action sociale), l'origine de faits de maltraitance constatés remonte pour 70 % des cas à un dysfonctionnement organisationnel (cité par le rapport Juilhard, Sénat, 2002). Ces carences organisationnelles peuvent prendre plusieurs formes, qu'il s'agisse de la faiblesse du projet d'établissement, de l'opacité de l'organisation, du glissement des tâches entre professionnels ou encore de l'absence de fonctionnement clair et structuré. » (Pioversan & Garcia, 2008)[338].

« Dans les soins, la violence peut apparaître comme une solution rationnelle par rapport à la charge de travail. Lorsqu'il y a vingt toilettes de vieillards déments à faire en trois heures, la violence est un moyen efficace d'accélérer le travail. La surcharge de travail ou, ce qui revient au même, le manque de personnel, constitue un élément organisationnel qui catalyse la violence contre les malades. » (Grenier-Pezé, 2014)[339].

Pour promouvoir la bienveillance en milieu de travail, il faut lutter contre les RPS par un travail de prévention ciblée ou par une démarche plus globale de promotion de la santé en milieu de travail.

La littérature montre que les interventions organisationnelles sont préférables aux interventions ciblant les individus, ce qui relève d'une approche par le milieu qui est au cœur de la promotion de la santé.

Plus précisément, plusieurs leviers sont à actionner :

- la réglementation ;
- la culture organisationnelle ;
- les conditions d'emploi ;
- le management ;
- le climat social ;
- l'organisation du travail.

Concernant spécifiquement les violences externes au travail, et sur la base des préconisations de l'INRS⁹⁴, plusieurs actions sont à envisager, notamment :

- retravailler les modes de fonctionnement de la structure et l'organisation du travail ;
- renforcer les compétences des salariés et de l'encadrement (formation) ;
- renforcer le lien et la participation des salariés ;
- aménager les locaux (espaces d'accueil, de pause, etc.) ;
- renforcer la visibilité et la lisibilité de l'offre proposée et des engagements de la structure envers les salariés.

À titre d'illustration, une démarche d'accompagnement d'une organisation de travail par Promotion Santé pourrait être celle-ci :

- Par une démarche de diagnostic, identifier les risques et les facteurs de protection relatifs aux situations de travail et les besoins des travailleurs pour promouvoir la bientraitance dans leur milieu de travail (et globalement, une meilleure santé) via un diagnostic participatif. (au travers d'entretiens avec les professionnels et avec la direction et les responsables et/ou questionnaires et/ou d'observation de postes).
- Sur la base du diagnostic, accompagner une réflexion collective sur l'organisation du travail pour définir les priorités, les objectifs et coconstruire un plan d'action spécifique à l'organisation accompagnée (utilisation de techniques d'animation par les associations Promotion Santé). Cela peut se concrétiser par la mise en place d'un groupe de travail paritaire incluant la direction, les services de santé au travail, le CSE (comité social et économique) et les professionnels volontaires.
- Organiser avec le groupe de travail la mise en œuvre du plan d'action et son évaluation.
- À distance, une fois le plan d'action mis en place, accompagner l'évaluation et les perspectives d'ajustement du plan d'action.

3. Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP), validé en situation expérimentale

Nous présentons, dans ce troisième et dernier exemple, les enseignements que nous pouvons tirer du déploiement d'un Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP). Ce programme a pour visée l'amélioration des relations parents-enfants et par conséquent la promotion de la bientraitance.

La mission assignée à Promotion Santé Grand-Est a consisté à accompagner l'implantation du programme PSFP et sa mise en œuvre, mais également la pérennisation d'une dynamique de

⁹⁴ <https://www.inrs.fr/publications/essentiels/violence-externe.html>.

prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance dans les structures porteuses du programme et sur les territoires.

Les retours sur cette expérimentation ont fait apparaître plusieurs éléments facilitant l'appropriation de ce programme par les différents acteurs et donc son efficacité sur la promotion de la bientraitance :

Tout d'abord, nous avons constaté que ce programme a été particulièrement bien accueilli lorsqu'il répondait à des besoins exprimés par les professionnels travaillant sur l'accompagnement à la parentalité. En effet, dans les territoires où il existait :

- une envie partagée de mettre en œuvre ce programme par l'ensemble des partenaires du projet - que ceux-ci soient territoriaux, institutionnels, sociaux, médico-sociaux, sanitaires, éducatifs ou associatifs –
- ou encore la volonté de travailler ensemble sur une approche positive de la parentalité et de la famille, et ceci notamment pour les professionnels ayant parfois le sentiment de gérer des situations dans l'urgence, ou de façon trop tardive ou partielle.

Ce programme arrivait comme une réponse à des besoins et il facilitait la mobilisation des différents acteurs œuvrant sur la parentalité.

À la suite de cette expérience, une équipe projet a pu être constituée avec des professionnels en lien avec des parents.

Cette équipe s'est saisie de l'approche positive du programme pour en faire le plaidoyer auprès d'autres acteurs sur les territoires mobilisés dans ce programme.

Ainsi, un groupe expert élargi, dépassant ce qui était prévu dans le programme, a ainsi pu être mobilisé sur ces territoires. En outre, une culture commune autour de la parentalité a été définie avec l'aide de Promotion Santé. L'orientation choisie par ce groupe de travail est une approche positive de la parentalité basée sur le renforcement des facteurs de protection vis-à-vis de la maltraitance des enfants. Par la suite, les acteurs ont pu travailler sur la communication du projet auprès de la population de cette manière.

Enfin, Promotion Santé, dans sa mission d'observation, de co-animation et de suivi du groupe familles, a pu se mobiliser autour de familles qui souhaitaient arrêter le programme, en proposant des entretiens téléphoniques complémentaires.

Ce lien qui a été développé avec les familles a participé à la réussite du programme. Cela a eu des effets positifs sur l'implication et la confiance des familles, notamment pour exprimer leurs craintes et difficultés éventuelles, mais aussi pour répondre aux questionnaires et entretiens de satisfaction.

Le 2^{ème} élément facilitateur a été l'implication forte et décisive de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand-Est pour l'expérimentation PSFP dans la région. Ce facteur rejoint le 1^{er} axe de la promotion de la santé⁹⁵, à savoir « développer une politique soutenante ». L'agence a donné des moyens aux porteurs du programme pour mobiliser des ressources humaines et matérielles et disposer de l'appui méthodologique de Promotion Santé Grand-Est à toutes les étapes de déploiement du programme. Cette mobilisation du financeur de la politique de santé à l'échelle régionale a été fédératrice. Sur plusieurs territoires, cela a favorisé l'implication des villes et des Maisons des Solidarités.

⁹⁵ Selon la Charte d'Ottawa de l'OMS

Cette mobilisation collective tant partenariale que politique a permis un environnement favorable et une implantation pérenne ; élément clé pour que ce programme ait un impact sur la bientraitance.

Promotion Santé a pu élaborer un certain nombre de recommandations pour l'implantation de ce programme et son efficacité en matière de promotion de la bientraitance : un aménagement du temps de travail doit être prévu pour que le temps mobilisé sur PSFP ne se fasse pas au détriment des autres missions pour chaque professionnel ; l'anticipation de cette organisation est à prévoir dans le calendrier de mise en œuvre.

Le deuxième principe repose sur la question de l'accessibilité des familles au programme et leur « sélection ». Notre expérience nous a appris qu'il est nécessaire d'accompagner les professionnels pour qu'ils soient en mesure d'expliquer aux familles les raisons pour lesquelles certaines familles sont sélectionnées et pas d'autres. Sans cette préparation des acteurs, les réponses apportées peuvent disqualifier certaines familles, les stigmatiser, ce qui nuit bien évidemment à la promotion de la bientraitance. L'appui de Promotion Santé Grand-Est à la mobilisation des familles est donc nécessaire, et c'est aussi une action délicate pour les animateurs qui ont parfois des difficultés à aller au-delà des problématiques connues pour chaque famille et à envisager leur intégration dans le programme comme une opportunité plutôt qu'une difficulté.

Comme un programme standardisé/généraliste ne peut pas tenir compte des spécificités des familles, les familles les plus en difficulté/ayant le moins de ressources en termes de soutien social, d'accès aux professionnels etc. ont eu plus de mal à assurer leur suivi du programme dans le temps. Face à ce problème Promotion Santé a proposé aux décideurs et financeurs des stratégies complémentaires permettant davantage d'universalisme proportionné, et résitant les programmes comme des outils, non pas exhaustifs de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, mais faisant partie d'un panel plus large de moyens d'actions. Les partenariats pré-établis ont ainsi permis de poursuivre l'accompagnement de ces familles avec d'autres offres, mieux adaptées aux demandes de réponses parfois plus immédiates des familles, et graduées selon les besoins.

Le troisième et dernier principe concerne l'évaluation du dispositif ou du programme et son coût financier et humain.

En effet, c'est un investissement au départ qu'il faut prendre en compte.

Les élus et techniciens de certaines villes et Maisons des Solidarités du territoire ont exprimé que PSFP est un programme qui demande du temps et des ressources humaines et financières importantes, notamment pour une ville de taille moyenne et pour une première implantation. Les implantations futures pourront bénéficier de cet investissement : personnel déjà formé, connaissance du programme, expérience de la mise en œuvre, mobilisation des familles bénéficiaires... Le déploiement de ce type de programme n'a donc d'intérêt que s'il est mis en œuvre dans son intégralité, c'est-à-dire sur la durée, de façon récurrente, et s'il devient un outil à part entière et intégré dans la politique d'accompagnement à la parentalité d'un territoire.

Dans ce cadre, le rôle de Promotion Santé a été plus spécifiquement de faire le plaidoyer de la mise en place d'une démarche de projet dans son intégralité, où le programme PSFP serait un des leviers de la bientraitance. Ce travail était plus que nécessaire dans la mesure où certains professionnels n'adhèrent pas au contenu de ce type de programmes s'il est trop centré sur le changement de comportements des parents (Delawarde *et al.* (2014). Pour eux, l'aide à la parentalité dans une perspective préventive nécessite tout d'abord de garantir une protection sociale à toutes les familles, et d'améliorer les conditions de vie et de logement des familles en situation de précarité. Dès lors, le soutien à la parentalité est, pour ces professionnels, avant tout

un soutien matériel à apporter : aménagements urbains, prestations sociales, transports en commun... Le soutien à la parentalité doit penser des politiques en ce sens.

Il s'agit donc de rendre accessibles à tous, géographiquement, socio-culturellement et financièrement, les dispositifs de droit commun pouvant jouer un rôle en prévention de la maltraitance et en promotion de la bientraitance et de valoriser les pratiques déjà existantes sur le terrain, en augmentant les aides publiques accordées aux structures associées (Protection Maternelle Infantile, REAAP – réseaux d'appui d'écoute et d'accompagnement des parents, lieux d'accueil parents-enfants, etc.).

Bibliographie colloque Bientraitance

- Anesm (2008), *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 51 p.
- Beaulieu M., Le Borgne-Uguen F. (2022), « La maltraitance envers les aînés : définitions, action publique et expériences des acteurs », *Gérontologie et société*, n° 168, Volume 44.
- Deliot C., Garrau M. (2014), *Les ambivalences de la bientraitance, Rapport de recherches sur l'émergence, la signification et les effets de la notion de bientraitance dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux*, Groupe de protection sociale Humanis, 140 p.
- Ethier S., Gagnon E., Couture M. et al. (2020), *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*, Rapport de recherche, Programme actions concertées, Fonds de recherche Société et Culture Québec, Université de Laval, 56 p.
- Fournier E. (2020), « Bientraitance : une tentation équivoque de l'éthique », *La santé en action*, n° 453, septembre, pp. 10-12.
- Haute Autorité de Santé (2012), *Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissement de santé et Ehpad*, HAS – Groupe Bientraitance Forap – HAS, 36 p.
- Haut Conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge (HCEFA) (2023), *Pour une stratégie ambitieuse de prévention et de lutte contre les maltraitances envers les personnes et personnes âgées vulnérables*, Avis du Haut Conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge, 28 p.
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) (2019), *Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie*, HCFEA – Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, 117 p.
- Moulias R., Moulias S., Busby F. et al. (2010), « Edito. La bientraitance » : qu'est-ce que c'est ?, *Gérontologie et société*, n° 133, pp. 10-21.
- Organisation mondiale de la santé (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une nouvelle santé publique », 17-21 novembre 1986.
- Svandra, P. (2010), « Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? », *Gérontologie et Société*, n° 133, pp. 23-31.
- Rapoport D. (2010), « De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant », *Informations sociales*, 2010/4, n° 160, pp. 114-122.

Bibliographie milieu du travail

Bureau international du travail. *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*. Genève : Organisation internationale du travail, 2003.

Bureau international du travail. *Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail*. Genève : Organisation internationale du travail, 2016.

Burgi N., Crinon M., Fayman S. *De l'art de programmer la maltraitance au travail*. [Rapport de recherche] Observatoire du Stress et des Mobilités Forcées à France Télécom-Orange et dans les entreprises, 2008.

Gollac M., Bodier M., *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avril 2011.

Grenier-Pezé, M. (2014). « Chapitre 13. Violences au travail ». Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences psychologiques: Comprendre pour agir* (pp. 135-151). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2014.01.0135>

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L M. (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2018. [https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail#:~:text=Le%20Bureau%20international%20du%20travail,son%20travail%20%C2%BB%20%5B3%5D](https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail/les-definitions-et-les-formes-de-violence-en-milieu-de-travail#:~:text=Le%20Bureau%20international%20du%20travail,son%20travail%20%C2%BB%20%5B3%5D).

Piovesan D. et Garcia E., « Regard organisationnel sur la maltraitance : une approche par la gestion des risques », *Juris association*, 2008.

<https://www.inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/ce-qu-il-faut-retenir.html>

<https://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/questions-importantes/techniques-management-pathogenes/>

Bibliographie PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité)

Delawarde C, Briffaut X, Saias T (2014), « L'enfant, sa famille et la santé publique : une fable périlleuse ? L'aide à la parentalité dans une perspective préventive : trois approches de la question », *Devenir*, vol. 26, pp. 45-58.

Foxcroft D.-R., Ireland D., Lister-Sharp. D.-J., Lowe G., Breen R. (2003), « Long-term primary prevention for alcohol misuse in young people : a systematic review », *Addiction*, Volume 98, Issue 4, pp. 397-411.

Furlong M., McGilloway S., Bywater T. (2013), Cochrane Review : Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years, *Intervention Review*, Volume 8, Issue 2.

Références

337. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Rapport | Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et->

[publications-officielles/rapports/article/rapport-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les](#)

338. Garcia É, Vanzetto G. La démarche qualité dans le secteur de la protection de l'enfance, entre contrainte réglementaire, « faire ensemble » et évaluation. *Inf Soc.* 2018;198(3):12-20.

339. Grenier-Pezé M. Chapitre 13. Violences au travail. In: *Violences psychologiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 15 avr 2024]. p. 135-51. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-psychologiques--9782100712380-p-135.htm>

7.14 Annexe 14 : Liste des numéros d'appels téléphoniques proposant une aide dans le champ des maltraitances

Source	
https://findahelpline.com/countries/fr/topics/abuse-domestic-violence	
Violences Femmes Info	3919
Associations Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA)- Écoute Violences Femmes Handicapées (EVFH)	01-40-47-06-06
Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)- Viols Femmes Informations	114 ou 0-800-05-95-95
Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales & Familiales (FNACAV)	08-019-019-11
Prévention du suicide	3114
SOS Help - emotional support in English in France	01-46-21-46-46
Croix-Rouge écoute	0-800-858-858
France Victimes - numéro national d'aide aux victimes	116-006
La Fédération Nationale G.A.M.S. (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines - excision-, des Mariages Forcés)	01-43-48-10-87
Ecoute-famille de Unafam-Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques	01-42-63-03-03
Fédération 3977 contre les maltraitances	3977
Phare Enfants-Parents	01-43-46-00-62
Confédération Planning Familial - ligne verte	08-00-08-11-11
e-Enfance/3018	3018
119 - Allô Enfance en Danger	119
Stop Maltraitance - Stop Conflit (Enfance et Partage National)	08-00-05-12-34
Fil Santé Jeunes	0800-235-236
Fondation Le Refuge (Ligne pour les jeunes LGBT+)	06 34 59 69 50
Nightline France (service d'écoute nocturne pour les étudiants)	01 88 32 12 32
Numéro d'urgence réservé aux personnes sourdes,sourdaveugles, malentendantes et aphasiques.	114
En avant toute(s)- (tchat soutien des jeunes femmes victimes de violences)	Internet

7.15 Annexe 15 : auteurs-effecteurs des maltraitances

Cette annexe est très limitée et n'a comme ambition que de présenter certaines sources de données institutionnelles (CDC aux États-Unis et au Canada).

1- Envers les enfants

Source USA CDC National Center for Injury prevention and Control: *Child maltreatment facts at a glance 2014* (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/childmaltreatment-facts-at-a-glance.pdf>)

Les auteurs sont des parents immédiats, jeunes, en majorité des hommes.

- Parents : (80,3 %)
- Membres de la famille autres que les parents : 6,1 %
- Partenaires non mariés de parents. 4,2 %
- 82 % des agresseurs étaient âgés de 18 à 44 ans.
- Moins de 3 % des agresseurs étaient âgés de moins de 18 ans;
- 19 % : 18 à 24 ans;
- 40 % : 25 à 34 ans;
- 23 % : 35 à 44 ans;
- 9 % : de 45 à 54 ans; et
- 4 % : de 55 à 75 ans.

2- Envers les personnes âgées

2.1 CDC Injury Center, Violence Prevention, Elder Abuse and Protective factors⁹⁶

Facteurs tenant à l'individu maltraitant :

- Diagnostic de maladie mentale
- Abus actuel ou passé de drogues ou d'alcool
- Problème de santé physique actuel
- Expérience passée de comportement perturbateur
- Expérience passée d'événements traumatisants
- Niveaux élevés de stress
- Préparation à l'emploi ou formation médiocre ou inadéquate
- Capacités d'adaptation inadéquates
- Exposition ou témoin de violence dans l'enfance
- Isolement social

Facteurs relationnels

- Forte dépendance financière et émotionnelle à l'égard d'une personne âgée vulnérable
- Passé de conflits familiaux
- Incapacité à établir ou maintenir des relations professionnel-sociales positives
- Manque de soutien social

⁹⁶ <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html>

En institution :

- Problèmes de dotation en personnel et manque de personnel qualifié
- Épuisement professionnel du personnel et conditions de travail stressantes

2.2 Canada, Justice Pénale, Violence familiales, Les crimes et les mauvais traitements envers les ainés : Recherche bibliographique concernant surtout le Canada⁹⁷

2.3 Québec (à partir du plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-27 (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-44W.pdf>)

⁹⁷ <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/crim/som-sum.html>

7.16 Annexe 16 : Tableau des propositions structurantes de recherche

2.1. Niveau recherche et évaluation

Tableau 1 – Tableau des propositions structurantes de recherche

Proposition 2.1.1	<p><i>Création d'un système national d'information</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système national d'information pour l'obtention de données plus nombreuses en volume, plus fiables, plus connectées (échanges de données possibles et sécurisés et pouvant être croisés - interopérables -) et devant bénéficier d'interprétation par un collectif d'acteurs incorporant toutes les parties prenantes légitimes (cf. chapitre 5.1.1). <p>Dans le respect le plus strict de la vie privée et de la confidentialité, ces données pourront être exploitées et valorisées à des fins de recherche, d'études et d'évaluations. L'accès et l'utilisation des données devront être définis par acte réglementaire. Elles pourront aussi contribuer à l'élaboration d'actions publiques et orienter les recherches.</p>
Proposition 2.1.2	<p><i>Organisation de la recherche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lever les freins à la recherche en veillant au respect des droits des personnes (se prêtant à la recherche (de façon directe ou indirecte), aux droits des chercheurs et aux principes éthiques de la recherche : <ul style="list-style-type: none"> En simplifiant les démarches réglementaires En simplifiant les démarches conventionnelles de mise en place des recherches (notamment les démarches inter-équipes, inter-centres...); En fixant des délais non renouvelables et opposables d'instruction des dossiers (pour les comités d'éthique, Délégué à la protection des données (DPO), Règlement général sur la protection des données (RGPD), et autres services chargés des aspects administratifs des projets de recherche ; En proposant des règles internes facilitantes et des services d'appui à la recherche (compétences technique, analytique, réglementaire) En favorisant le partage d'expériences entre équipes de recherche sur ce sujet Garantir et faciliter l'accès effectif des chercheurs aux données (y compris sensibles) et aux terrains de recherche. Assortir les recherches sur les données sensibles de dispositifs garantissant la sécurité des données et la vie privée des personnes auxquelles elles sont attachées.
Proposition 2.1.3	<p><i>Structure de coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Créer une structure de coordination visant à la rationalisation des actions. Cette structure devrait idéalement avoir une montée en charge progressive (et un développement conditionné par des évaluations favorables). Elle pourrait avoir comme zone d'intérêt dans un premier temps les éléments suivants : échanges d'informations, aide à l'identification de partenaires clefs et aux conditions de leur coopération, faciliter la navigation des acteurs (eux-mêmes parfois désorientés), éviter les doublons... Cette structure pourrait être proche ou identique à celle gérant le Système d'information/observatoire (selon la forme qui sera retenue par le groupe de travail maltraitances des personnes vulnérables – CNIS).

Proposition 2.1.4	<p>Création d'un répertoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Créer un répertoire (ou d'un méta-répertoire regroupant plusieurs bases) concernant les recherches sur la maltraitance (cf. chapitre 5.4.3) pouvant référencer : <ul style="list-style-type: none"> Les équipes de recherche déclarant s'impliquer dans ce type de recherche Les projets en cours Les projets abandonnés (en précisant les raisons ayant abouti à la clôture précoce de ces recherches) Les projets finalisés avec des liens sur les publications (voire comme le fait l'Observatoire national de la protection de l'enfance ONPE vers des travaux non publiés). <p>Ce répertoire pourrait aussi jouer le rôle d'un centre de ressources et de preuves (avec une fiche structurée).</p>
Proposition 2.1.5	<p>Financement de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser le rapprochement des laboratoires de recherche avec les milieux socio-économiques et administratifs en renforçant et en élargissant les dispositifs CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la recherche), en développant les dispositifs COFRA (Convention de Formation par la Recherche en Administration) et développant des dispositifs équivalents pour les champs non couverts ; ouvrir ces dispositifs à toutes les disciplines universitaires et à tous les organismes de recherche ; Impliquer les parties prenantes dans le financement de la recherche ; Compléter les appels à projets nationaux par des appels à projets territoriaux et locaux (qui devraient être répertoriés et visibles au niveau national) ; Mettre en place des durées de financement en lien avec les réalités de terrain (court, moyen et long termes).
Proposition 2.1.6	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une étude bibliométrique approfondie qui complètera les travaux réalisés par le HCSP afin d'avoir un état des lieux complet sur la recherche française sur le thème de la maltraitance et d'identifier les objectifs prioritaires non couverts permettant d'orienter des appels à projets spécifiques.

Tableau 2 – Tableau des propositions de recherche

Proposition 2.1.7	<ul style="list-style-type: none"> Produire de la recherche théorique, fondamentale, empirique, interventionnelle, translationnelle, participative et évaluative sur la maltraitance utilisant des méthodes variées (quantitatives, qualitatives, mixtes). Favoriser une pluridisciplinarité (par collaboration entre équipe ou au sein d'une même équipe) sans pour autant exclure les recherches disciplinaires ; Favoriser les partenariats en vue du développement de réseaux de coopérations scientifiques nationaux, européens et internationaux ; Favoriser et développer des cadres d'échanges entre les différentes parties prenantes du domaine ; Lancer des appels à projets de recherche au niveau national ainsi qu'au niveau des collectivités territoriales.
-------------------	--

Proposition 2.1.8	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que, pour l'examen des protocoles de recherche relatifs à la maltraitance, les comités d'éthique comportent parmi leurs membres des personnes disposant d'une compétence attestée dans le domaine ou s'adjoignent le concours de personnes disposant d'une telle compétence.
Proposition 2.1.9	<ul style="list-style-type: none"> Analyser les trajectoires à long terme des personnes maltraitées, leurs devenirs étant très insuffisamment connus. Ces travaux pourraient bénéficier d'analyses en ayant des informations sur le contexte initial des maltraitances et sur la nature des prises en charge secondaires. <p>Ces lacunes nécessitent, un ciblage politique, organisationnel et académique coordonné. Un financement pérenne des cohortes de naissance (type cohorte Elfe⁹⁸) est indispensable pour améliorer en profondeur et fiabilité les connaissances sur les circonstances et les conséquences des maltraitances. Ces cohortes sont nécessaires, mais leur portée est limitée car elles ne peuvent pas répondre à l'ensemble des interrogations ni donner des indications rapidement.</p>
Proposition 2.1.10	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le travail du vocabulaire commun (indispensable à une recherche structurée) selon la même méthodologie (instance de concertation participative bénéficiant d'un soutien méthodologique) <p>Avec comme ambition de favoriser l'obtention de qualifications similaires face à des situations similaires (reproductibilité des identifications et qualifications) et de permettre des comparaisons internationales en créant des tables de correspondance validées.</p>
Proposition 2.1.11	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la recherche réalisée à partir des RETEX (voir proposition 2.5.1)
Proposition 2.1.12	<ul style="list-style-type: none"> Caractériser la gravité des maltraitances. <p>La gravité des maltraitances sera parfois mentionnée dans ce rapport du HCSP. Elle joue un rôle important, souvent implicite, dans le traitement des situations de maltraitances (leur reconnaissance en tant que telle, leurs prises en charge) ; pour autant, cette notion de gravité n'a pas de définition claire ou partagée entre les différents acteurs. Elle pourrait être liée à la fréquence de la maltraitance, à ses différentes formes (physiques, psychologiques, sexuelles...) et intensités, à son importance pour la société et la gravité des conséquences probables ou observées. Elle peut être liée à une appréciation extérieure et/ou de perspectives individuelles des personnes victimes de maltraitance. Il peut, en effet, exister un décalage entre ce qu'un observateur extérieur peut estimer grave, et ce que la personne victime de maltraitance retiendra comme ayant un impact majeur et principal sur sa vie (comme il est préconisé d'explorer les violences depuis le questionnaire proposé par l'OMS, repris par plusieurs études internationales depuis [1]. Étant donné l'importance de cette question, des recherches multiples (tant sur la place réelle qu'elle occupe, ses définitions possibles...) sont très souhaitables. C'est typiquement une notion qui devrait faire l'objet d'une recherche participative ainsi que d'une étude des pratiques (en quoi la notion de gravité est utile et utilisée dans la gestion des cas par les différents acteurs).</p>

⁹⁸ Etude longitudinale française depuis l'enfance : [Cohorte Elfe \(santepubliquefrance.fr\)](http://Cohorte Elfe (santepubliquefrance.fr))

Proposition 2.1.13	<ul style="list-style-type: none"> Encourager les études micro-économiques analysant les coûts des interventions en même temps que leur efficacité. <p>En revanche, les analyses de type « coût pour la société » (cf. Fiche Conséquences économiques) sont d'intérêt moins marqué.</p> <p>Concernant les recherches sur la maltraitance, deux grands types devraient être distingués : les actions de prévention visant à limiter la fréquence des maltraitances ou les actions visant à en limiter les conséquences.</p>
Proposition 2.1.14	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier que les interventions visant à améliorer en moyenne un état, n'entraînent pas une augmentation des inégalités sociales ou territoriales de santé (une augmentation de la dispersion des résultats cf. 4.2.2.4).
Proposition 2.1.15	<ul style="list-style-type: none"> Rendre plus opérationnel le codage PMSI des situations de maltraitances Étudier l'opportunité (entre autres au regard de la loi informatique et liberté) de créer un codage « antécédent de maltraitance » ou « suivi de maltraitance »
Proposition 2.1.16	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la complexité organisationnelle de la gestion des maltraitances (prévention ou action correctrice) ou de la prise en charge des personnes maltraitées (32 institutions identifiées comme pouvant intervenir cf. 4.1.1) dans le processus. <p>En s'appuyant sur les sciences de l'organisation (gestion et management, sociologie, science politique...) et en partenariat avec les acteurs de terrain, une réflexion et des recherches de type organisationnel s'imposent pour favoriser l'articulation des très nombreuses institutions participant à la lutte contre les maltraitances et améliorer la coopération entre tous les intervenants et avec les usagers.</p>
Proposition 2.1.17	<ul style="list-style-type: none"> Tester la valeur ajoutée et l'efficience de l'incorporation de nouveaux métiers dans la gestion des maltraitances : médiateurs sanitaires et/ou sociaux, « accompagnateur de parcours (aide à la navigation) » et la place ou l'impact d'autres intervenants comme les éducateurs selon différents modes expérimentaux. <p>Ces modifications de dispositifs existants nécessitent au préalable l'identification de besoins ou de manques et la définition d'objectifs clairs et évaluables. La complexité d'actions aux intervenants multiples nécessite une expertise et un accompagnement méthodologique adapté.</p>
Proposition 2.1.19	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la collecte de données relatives aux cheminement vers les numéros d'appel et aux parcours (comment les personnes sont-elles arrivées au numéro d'appel ?) <p>La collecte pourrait se faire à l'aide de questionnaires validés à usage systématisé par les services de référence d'aide et d'orientation des victimes (3919, 119, Assistance sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les recherches sur les témoins (« bystander ») et les stratégies d'alliance (cf. chapitre 4.1.5)
Proposition 2.1.20	<ul style="list-style-type: none"> Organiser une veille bibliographique relative aux campagnes de marketing social (qui utilisent différentes techniques souvent issues du marketing commercial pour favoriser l'adoption de comportements jugés favorables). <p>Les données actuelles sur ces outils sont encore insuffisantes pour préconiser leurs utilisations sans évaluation. (Cf. Fiche Stratégie de prévention et de réponse. Chapitre Sensibilisation)</p>

7.17 Annexe 17 : Tableau des rappels fondamentaux au niveau individuel

2.2. Niveau individuel

Tableau des rappels fondamentaux au niveau individuel

Proposition 2.2.1	<ul style="list-style-type: none"> Permettre le recours à un interprétariat ayant été formé à ce contexte particulier (cité dans le rapport Solidarité Femmes de novembre 2023 : « Langues étrangères et régionales ») [2]. Développer, diffuser et favoriser les outils validés permettant de mieux communiquer avec les personnes ayant un faible niveau de littératie (communication intégrative).
Proposition 2.2.2	<ul style="list-style-type: none"> Rendre la formation relative à la maltraitance obligatoire pour toutes les personnes intervenant auprès de personnes en situation de vulnérabilité ou de potentielle vulnérabilité. Dans ce contexte de pénurie de ressources humaines, le HCSP rappelle que recruter des personnes non formées à la lutte contre la maltraitance expose à un risque de dysfonction. Mettre en place des formations avec un programme comprenant les sciences humaines et sociales (SHS) et assurées par des formateurs de SHS ; Renforcer la formation en éthique ainsi que la formation sur la responsabilité éthique et juridique ; Renforcer la formation relative aux droits des personnes et sur les conditions propres à leurs exercices ; Veiller à ce que la formation relative à la maltraitance comporte systématiquement un volet connaissances, compétences et savoir-être ; Cette formation doit être pragmatique et ancrée dans la pratique. Améliorer la formation existante concernant la rédaction des écrits et certificats (Fiche 18). Vérifier la qualité des formations sur la pratique des consultations de personnes en situation de handicap. Renforcer les messages portant sur l'interdiction des bizutages pendant les études et les formations.
Proposition 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Former les professionnels de santé et de l'enfance au repérage des négligences (actes de maltraitance par omission ou insuffisance) et des maltraitances qui affectent gravement le développement des jeunes enfants, au diagnostic des lésions, en les contextualisant tout en ayant moyen de recourir à des fiches didactiques pratiques en cas d'absence ou de discordance d'explication simple ou crédible (telles les lésions que l'on nomme parfois « lésions sentinelles »). Renforcer la formation des professionnels de santé, assistantes maternelles, assistantes familiales, personnel de crèches, au Syndrome du Bébé Secoué (SBS) pour une prise en charge immédiate.en charge immédiate.
Proposition 2.2.4	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer dans les formations des formateurs les outils de compréhension de situations hétérogènes. <p>Les interventions (informations, formations) visant à prévenir les maltraitances vont concerner différents publics (dans différents contextes culturels). Ainsi il est restrictif et sans doute parfois contre-productif d'imaginer qu'un seul discours/format puisse répondre à tous les besoins.</p> <p>Si certaines cibles peuvent comprendre, conscientiser, adopter des comportements adéquats, d'autres auront plus de difficultés (analogie avec la littératie). Les formateurs des formateurs devront y prêter une attention particulière. Il serait opportun d'identifier ces situations et prévoir des messages (de substitution) adaptés aux différents types de publics.</p>

Proposition 2.2.5	<ul style="list-style-type: none">• Sensibiliser les parents aux conséquences du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) (10 % de décès ou 1 enfant sur 10 et 50 % de séquelles).• Médiatiser et répéter les campagnes d'information comme celle de 2008 ou plus récemment celle de 2022 dans le cadre des 1000 premiers jours : utiliser des supports pédagogiques adaptés aux parents des générations actuelles (vidéo, information par les pairs, capsules d'information, réseaux sociaux).
----------------------	---

7.18 Annexe 18 : Tableau des propositions structuantes « niveau institutionnel »

2.3. Niveau Institutionnel – Contexte

Tableau 1. Tableau des propositions structurantes « niveau institutionnel »

Proposition 2.3.1 Proposition structurante	<ul style="list-style-type: none"> • Homologuer, par un acte réglementaire, le lexique et le corpus associé à la définition de la maltraitance (inscrite à ce jour dans le Code de l’Action Sociale et des Familles), permettant de caractériser les situations ; le diffuser. • Incrire la possible évolution ou la révision périodique desdits lexique et corpus notamment sur la base des travaux de recherche qui auront pu être réalisés sur le sujet.
---	---

Tableau 2. Tableau des rappels fondamentaux « niveau institutionnel »

Proposition 2.3.2 Rappels fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les droits des personnes, permettre un exercice effectif de leurs droits, mettre en place une éthique de l'accueil et de l'accompagnement en institution. • Favoriser le respect des besoins fondamentaux des personnes • Veiller au respect du droit à la vie privée et à l'intimité des personnes dans toutes les dimensions (relation, architecture, agencement des lieux, organisation...), veiller à ce qu'elle puisse jouir de l'exercice effectif de ces droits • Veiller au respect du droit au consentement et au refus des personnes (notamment pour la présence d'étudiants...), veiller à ce qu'elle puisse jouir de l'exercice effectif de ces droits.
Proposition 2.3.3 Rappels fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer, structurer la lutte contre tous les préjugés et les stéréotypes tels que l'âgisme et ceux liés au genre, au handicap...)

Tableau 3. Tableau des propositions concernant le niveau institutionnel

Proposition 2.3.4	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le fonctionnement et augmenter le nombre de places des structures de protection de l'enfance pour accueillir les mineurs non accompagnés (MNA). • Accompagner les MNA au niveau juridique, psychologique, afin de leur permettre de bénéficier de l'accès aux soins, à la prévention, aux structures scolaires, etc. • Augmenter les ressources identifiées pour faire face aux conséquences psychiques des maltraitances (avec l'exemple des centres régionaux de psychotraumatismes d'autres structures jouent également un rôle significatif). <p>Cette préconisation figure dans un rapport conjoint publié le 20 décembre 2023 par les Inspections générales des affaires sociales et de la Justice (Igas-IGJ).</p>
Proposition 2.3.5	<p>Concernant le personnel en institutions, structures de soins, en partenariat avec les représentants du personnel et des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener une réflexion approfondie sur les risques psychosociaux afin d'améliorer les conditions de travail (ce qui pourrait limiter les risques de maltraitance). • Rendre les métiers de prise en charge de la maltraitance plus attractifs.

Proposition 2.3.6	<ul style="list-style-type: none">• Établir et faire respecter des normes d'encadrement adaptatives selon les institutions : foyers de l'enfance, aide sociale à l'enfance (ASE), institutions pour les personnes en situation de handicap, foyers d'accueil, lieux de privation de liberté...• Augmenter le nombre de places disponibles pour ces structures d'accueil, vérifier l'absence de dérive des adéquations demandes/offre.• Tester de nouveaux modes de soutien alternatif à l'accueil.
Proposition 2.3.7	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser les débats entre les Ordres professionnels compétents et les associations impliquées dans les luttes contre les violences.

7.19 Annexe 19 : Tableau des propositions structurantes « recherche d'aide au repérage – aller-vers »

2.4. Recherche d'aide-Repérage - « aller-vers »

Tableau 1. Tableau des propositions structurantes « recherche d'aide au repérage – aller-vers »

Proposition 2.4.1 — Proposition structurante	<ul style="list-style-type: none"> Préparer l'ensemble de la chaîne de réponses aux signalements d'une maltraitance afin que les personnes se sentent entendues et respectées dans leurs démarches. Suivre et contrôler l'adéquation des éléments de la réponse, afin de juger de la nécessité de corriger soit les procédures, soit les moyens, est indispensable et prioritaire. (cf. Fiche Recherche Aide <i>Help Seeking</i> en particulier la saturation des numéros d'appel et la gestion des plaintes)
Proposition 2.4.2 — Proposition structurante	<p>La recherche d'aide de la part des personnes qui se sentent ou se disent maltraitées (par leurs proches ou dans d'autres circonstances) est une étape jugée très importante (cf. Fiche Recherche Aide <i>Help Seeking</i>. Il paraît important au HCSP de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser des campagnes d'information grand public pour aider à conscientiser que chacun peut être un jour en situation d'entendre et d'aider les victimes, en plus des actions ciblant les victimes. Informier et communiquer sur les parcours et recours possibles en cas de situations de maltraitance.

Tableau 2. Tableau des rappels fondamentaux « recherche d'aide au repérage – aller-vers »

Proposition 2.4.3 — Rappels fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le repérage des maltraitances sur les tout-petits, dont les violences sexuelles, en mieux formant les professionnels Généraliser le repérage des violences sexuelles dans les situations de vulnérabilité spécifiques et lors des consultations de mineurs, pour une demande d'IVG, pour toute grossesse précoce et à la suite d'une tentative de suicide. Intégrer les cyberviolences dans les grilles de repérage
--	---

Tableau 2. Tableau des propositions « recherche d'aide au repérage – aller-vers »

Proposition 2.4.4	<ul style="list-style-type: none"> Mieux connaître les maltraitances intrafamiliales (cf. Annexe Fréquence des maltraitances intrafamiliales). <p>Il est vraisemblable que les recherches ne puissent simplement et rapidement répondre aux interrogations. Ainsi, les coopérations multi-acteurs, les données multi-sources et les enquêtes se doivent de converger pour faciliter l'acquisition d'informations</p>
--------------------------	---

7.20 Annexe 20 : Tableau des propositions structurantes « niveau identification – validation-gestion »

2.5. Niveau Identification-Validation-Gestion

Ce chapitre contient de nombreuses propositions nécessitant la mobilisation de ressources humaines importantes. Le HCSP estime qu'il n'est pas dans ces prérogatives de fixer des priorités d'allocations. Il estime néanmoins que le processus de priorisation doit répondre aux conditions suivantes : des priorisations argumentées, transparentes, évaluées et facilement révisables.

Tableau 1. Tableau des propositions structurantes « niveau identification- validation-gestion »

Proposition 2.5.1 Proposition structurante	<p>Le HCSP recommande (cf. 5.2.2.) de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager la réalisation de RETEX « Maltraitances » (en utilisant des outils validés et les normes existantes pouvant s'inspirer des méthodes Revue Mortalité Morbidité de la HAS document de 2022 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm)). <p>En effet certains évènements indésirables signalés associés aux soins peuvent être qualifiés de maltraitances.</p> <p>La nature pluridisciplinaire minimale devrait être formalisée en relation avec la nature des maltraitances (analogie avec les Réunions de concertations pluridisciplinaires) et pourra s'inspirer des travaux en cours de la HAS sur la gestion des signaux en institution (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/note_cadrage_bientraitance_maltraitance_institutions_2023-05-11_15-35-4_387.pdf).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colliger ces RETEX à un niveau territorial significatif. <p>Afin de favoriser cette capitalisation importante et ce cumul des connaissances, un cahier des charges et des méthodologies comparables, ainsi qu'un formalisme commun minimal seraient souhaitables avec des paramètres spécifiques additionnels, selon le cadre de réalisation de ces RETEX et la nature de la maltraitance et des victimes. Les ARS déjà impliquées dans les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGAS) pourraient être impliquées de même que leur expertise utilisée.</p>
---	--

Tableau 2. Tableau des propositions « niveau identification- validation-gestion »

Proposition 2.5.2	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le principe d'aller-vers (voir « aller-chez ») les personnes les plus éloignées et les plus fragiles et réussir « <i>le dernier kilomètre avec les agents publics et tous les acteurs de l'action publique</i> » tel que proposé par le Conseil d'État (cf. chapitre 4.1.1). • Répartir les moyens et les ressources nécessaires pour prévenir, repérer, prendre en charge les maltraitances en fonction des besoins des individus et des environnements. <p>Il existe de grandes différences inter territoriales de financement des actions pouvant prévenir, identifier et prendre en charge les maltraitances et ce, en fonction de paramètres locaux tels que : Prix de journées différents, publics différents (structure d'âge, proportion de populations vulnérables, ...), et des ressources. Pour faire face aux disparités territoriales, l'État pourrait décider d'une norme minimale concernant la budgétisation de ces dépenses et de contraintes structurelles (ratio d'intervenants dans les institutions), les Départements étant libres de compléter ces interventions ou d'augmenter les ratios.</p>
----------------------	---

Proposition 2.5.3	<ul style="list-style-type: none"> Rendre les circuits des informations préoccupantes et des signalements efficents (sujet évoqué par la CNCDH).
Proposition 2.5.4	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les interventions multimodales médico-sociales, visites à domicile, accueil de l'enfant dans des structures de la petite enfance, et accompagnement des parents tel qu'évoqué par Santé publique France et l'OMS (Annexe 8).
Proposition 2.5.5	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir et renforcer les missions des services de Protection maternelle et infantile (PMI) pour les 0-3 ans. Augmenter le recrutement, la formation et le suivi des assistantes maternelles sur des axes ciblés. Associer les conjoints des assistantes maternelles accueillant des enfants.
Proposition 2.5.6	<ul style="list-style-type: none"> Accorder davantage d'attention aux décès survenant dans l'enfance, de manière inattendue ou suspecte. <p>Ils devraient faire l'objet d'une attention plus importante en termes de recherche académique, de formation des différents acteurs intervenant à cette occasion, et de moyens d'élucidation des causes du décès. La réalisation d'autopsies étant en l'état et sans doute de façon durable difficilement généralisables à toutes ces morts et non nécessairement souhaitables de manière systématique, il semble important d'étudier tout moyen et technique les moins invasifs, les plus rapides et accessibles et les plus performants qui puissent soit exclure au mieux un cas de maltraitance, soit orienter au mieux vers un diagnostic de maltraitance.</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'apport des examens post-mortem comme l'imagerie post-mortem. Mettre en place une réflexion sur les missions des centres de références et de l'Observatoire national des morts inattendues du nourrisson (OMIN).
Proposition 2.5.7	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser une équipe pluridisciplinaire et ce, pour les situations non évidentes en particulier dès lors que la personne présumée victime de maltraitance présente une vulnérabilité majeure ou des difficultés à s'exprimer afin d'obtenir la qualification de maltraitance. Co-construire avec les parties prenantes l'organisation et le fonctionnement de ces structures régionales ou départementales en réseau, ainsi que les modalités de validité (présence minimale de disciplines non exclusivement médicales dont certaines obligatoires en s'inspirant du fonctionnement des Réunions de Concertation pluridisciplinaire et ce, en fonction des cas traités).
Proposition 2.5.8	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le développement et la validation (dans des contextes variables) d'outils (grille, score...) concis, faciles à utiliser, de bilans d'évaluation standardisés et incluant les différents aspects de la fragilité afin d'orienter vers un parcours dédié si la maltraitance est avérée.
Proposition 2.5.9	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les stratégies de prévention et de réponse (cf. Annexe 9), avec les invariants suivants pouvant guider la structuration d'actions : <ul style="list-style-type: none"> - Approche et création ou renforcement d'équipes pluridisciplinaires - Ciblage des aidants (et de l'entourage) - Appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants - Éducation théorique ET savoir-faire pratiques ET savoir-être - Préservation, restauration de l'autonomie des personnes (dont en particulier en luttant contre les inégalités sociales et territoriales) - Promotion du changement de représentations, des pratiques et des croyances (objectif à long terme) - Sécurisation des victimes et leur cadre d'existence et les accompagner dans la gestion d'aval (court terme atteignable).
Proposition 2.5.10	<ul style="list-style-type: none"> Développer les interventions éducatives auprès du grand public et des responsables afin de sensibiliser à l'âgisme sous ses différentes formes et de dissiper les croyances erronées sur l'âge et le vieillissement. Sensibiliser le personnel soignant à l'âgisme par des formations obligatoires.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Contrôler les publicités à « caractère agiste », ainsi que la sous-représentation ou la mauvaise représentation des personnes âgées dans les médias. |
|--|--|

Lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité : analyse et propositions du Haut Conseil de la santé publique

Dans le cadre des réflexions autour de la politique Nationale de lutte contre les maltraitances en date de novembre 2022, le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, la Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et la Secrétaire d'État chargée de l'Enfance avaient souhaité que le HCSP

Apprécie la production scientifique sur ce thème

- *Fasse apparaître les lacunes dans les productions scientifiques*
- *Fasse des préconisations en matière de lutte contre les maltraitances et de production scientifique permettant de baser ces dernières*

Pour répondre à cette demande, le HCSP a choisi de construire ce rapport avec une approche systémique et transversale complétée par la description de certaines spécificités.

Au terme de son travail, le HCSP formule 8 rappels fondamentaux relatifs au respect des droits des personnes en situation de vulnérabilité et à la garantie de l'exercice effectif de ces droits.

Il formule également 10 propositions structurantes pour la construction et la mise en œuvre d'une politique de recherche, pour le pilotage et le suivi de la stratégie national de lutte contre les maltraitances tirant bénéfice de la création d'un système national d'information.

Enfin, il présente une liste de 28 propositions plus granulaires de sujets de recherche, d'évaluation, d'intervention ou de modification de la prise en charge des personnes victimes de maltraitances.