

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

– Audition de Mme Alice Casagrande, présidente de la  
Commission pour la lutte contre la maltraitance et la  
promotion de la bientraitance ..... 2

Mardi

30 mars 2021

Séance de 17 heures 15

Compte rendu n° 68

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence de  
Mme Fadila Khattabi,  
Présidente**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 30 mars 2021

*La séance est ouverte à dix-sept heures trente-cinq.*

---

*La commission procède à l'audition Mme Alice Casagrande, présidente de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.*

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous recevons Mme Alice Casagrande, présidente de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, comme l'a suggéré notre collègue Annie Vidal, membre de cette commission, que je remercie pour cette proposition.

Madame la présidente, nous souhaitons savoir comment la commission que vous présidez s'inscrit dans notre paysage institutionnel, notamment de quelle manière elle s'articule avec le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées.

Nous attendons aussi que vous nous présentiez un bilan d'activité de la commission ainsi que les travaux qu'elle a en perspective. Vous nous direz ensuite en quoi la crise que nous traversons depuis maintenant plus d'un an a impacté l'activité de votre commission et si elle a été en mesure de la prendre en compte.

**Mme Alice Casagrande, présidente de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.** J'ai investi ce sujet de la lutte contre la maltraitance depuis une vingtaine d'années et j'ai eu la chance, petit à petit, de construire une expérience qui me vaut d'être aujourd'hui présente dans un certain nombre d'espaces dont la commission dont je vous parlerai aujourd'hui. Je suis également membre de la commission indépendante d'investigation des abus sexuels dans l'Église. J'ai été membre de la mission de Dominique Libault : je présidais l'atelier des métiers du grand âge. J'ai ensuite fait partie de la mission de Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge. Enfin, je suis également présidente du comité d'éthique du groupe hospitalier Kremlin-Bicêtre de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. J'ai donc différents pieds dans différents mondes ce qui vous permettra peut-être de mieux comprendre la transversalité de nos travaux, à laquelle je suis extrêmement attachée.

La commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bienveillance s'enracine dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui avait prévu qu'un espace soit consacré au sujet de la bientraitance et de la maltraitance, avec un double rattachement aux deux instances très différentes que sont le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) – une instance d'expertise qui produit un certain nombre de rapports et de conseils – et le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) qui produit des avis. Ces deux instances étant nos instances de rattachement, c'est à elles que nous devons rendre des comptes lorsque nous finalisons des travaux.

Puisque nous sommes placés sous l'égide du HCFEA et du CNCPPH, nous sommes en prise avec toutes les vulnérabilités, tous les âges, avec la famille, avec les mineurs et avec les majeurs en situation de vulnérabilité.

La commission s'est installée en 2018 sous la présidence de Denis Piveteau ; j'en suis alors vice-présidente. Nous posons dans la note d'orientation remise à Sophie Cluzel et Agnès Buzyn en janvier 2019 un ensemble de constats et de propositions dans une perspective à 360°. La présidence m'est confiée au départ de Denis Piveteau en septembre 2019. En 2019 et 2020, nous avons élaboré un vocabulaire de référence par une démarche nationale de consensus dont je parlerai ultérieurement. Nous prévoyons pour l'avenir une recherche-action en réponse aux alertes, informations préoccupantes et signalements pour produire des données probantes. Il s'agit de faire des propositions pour une politique publique de coordination des récepteurs d'alertes dans les territoires.

Pourquoi avons-nous consacré notre temps depuis septembre 2019 à un vocabulaire partagé ? Cela faisait l'objet d'un constat très fort dans notre note d'orientation : nous ne savons pas de quoi nous parlons. Il existe autant de définitions que d'acteurs. Les différents textes de référence sur le handicap, sur l'âge ou sur les mineurs n'utilisent pas le même vocabulaire, pas le même cadre juridique. Un éducateur spécialisé dans la protection judiciaire de la jeunesse, un magistrat, un médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou un citoyen n'utilisent pas les mêmes termes. Nous avons affaire à des situations très complexes et très diverses. Nous pouvons parler d'un délit pénal ou de quelque chose qui serre le cœur mais ne relève pas d'un magistrat. Les références professionnelles sont hétérogènes. Entre l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté et le département du Lot, les outils sont dissemblables.

Nous manquons de connaissances approfondies du sujet faute d'un vocabulaire commun. Lorsque nous répondons aux journalistes, nous n'avons pas de données probantes. Nous n'évaluons pas la politique publique et cela induit une difficulté supplémentaire pour construire les coordinations nécessaires au traitement efficace des alertes, des informations préoccupantes et des signalements. Bref, nous n'avançons pas et, à chaque fois que nous arrivons dans un nouvel espace, nous commençons par passer du temps à dire : « Oui mais qu'appellez-vous maltraitance ? Je n'ai pas forcément la même définition. »

Les enjeux sont donc de définir de manière accessible à tous – grand public et professionnels – mais pas de définir en termes scientifiques abstraits. Il s'agit de définir pour mieux faire reculer le seuil de résignation et de silence, de définir pour que nous ayons un socle commun permettant de mieux passer à l'action.

Le deuxième parti pris très fort et très original est celui d'un vocabulaire transversal commun aux différents publics. Avons-nous vraiment besoin de distinguer ce qui affecte un mineur de 17 ans et ce qui affecte une personne âgée ? Nous avons travaillé sur cette question pendant près d'un an et demi. Nous avons besoin d'une classification à la fois descriptive pour identifier et opérationnelle pour classer et traiter. Nous avons besoin d'un vocabulaire transversal qui respecte les réalités, les cultures professionnelles, les outils, les dispositifs. Un tout petit de trois mois n'est pas un malade d'Alzheimer de 75 ans et nous ne pouvons pas les assimiler. Sous prétexte d'avoir une politique homogène, nous ne pouvons pas aplatir les réalités ; il faut les respecter.

Nous avons enfin besoin d'un vocabulaire partagé mobilisable dans tous les contextes : la famille mais aussi les hôpitaux, le domicile, les établissements d'accompagnement, les écoles, les fédérations sportives, les paroisses. Vous comprenez, je pense, quelle est la variété dont je veux parler.

Comment nous y sommes-nous pris ? Nous avons réussi à continuer nos travaux pendant la crise qui, pour nous, a été autant un problème opérationnel qu'une source de créativité. Nous avons dû réinventer la méthode de la Haute Autorité de santé (HAS) que certains d'entre vous connaissent peut-être : un groupe de pilotage propose, un groupe de cotation classe et trie et le processus se termine par une relecture scientifique. Nous avons adapté cette méthode à notre matière protéiforme et au fait que nous voulions associer des parties prenantes inhabituelles.

Nous voulions en effet associer les personnes concernées – personnes en situation de handicap, aidants, personnes âgées, familles, mineurs et anciens mineurs placés – mais aussi des syndicats de salariés puisque nous voulions débattre de la maltraitance institutionnelle, les ordres professionnels de médecins, psychologues, notaires, pharmaciens et nous voulions aussi associer les professionnels de terrain, qu'ils soient en exercice auprès des personnes elles-mêmes, qu'il s'agisse de professionnels des départements – ARS –, de bénévoles d'Allo Maltraitance (ALMA) ou de professionnels du 119.

Nous avons donc élargi ce que proposait la HAS avec un groupe de pilotage plus grand que d'habitude, un groupe de cotation également plus grand que d'habitude et un débat élargi. Toutefois, un débat élargi en plein covid était impossible et nous ne pouvions pas, comme nous l'avions rêvé, faire écouter par tous des experts en salle Laroque du ministère de la santé.

Nous avons donc décidé de construire cette démarche de manière progressive, dans un premier temps en mettant en ligne sur le site du ministère de la santé cinq interviews d'experts de la protection de l'enfance, de la lutte contre la maltraitance des aînés, de la lutte contre la maltraitance des personnes handicapées, de la justice et du langage. Nous avons ensuite organisé cinq webconférences sur des thèmes d'actualité : Peut-on parler de maltraitance des professionnels ? Qu'en pensent les personnes directement concernées ? Qu'est-ce qui relève de la justice ou non ?

Finalement, le fait que nous ne puissions pas réunir tout le monde au ministère de la santé, qui devait être un obstacle, nous a permis de construire une maturation des acteurs dans le temps de sorte que, alors que les deux premières cotations avaient été pour nous une catastrophe de dissensus, la dernière a mené au consensus au terme de près d'un an de travail. Je vous propose donc le résultat d'un consensus entre toutes les parties prenantes.

C'est une définition qui porte à la fois sur les mineurs et les majeurs, sur les personnes handicapées et sur les personnes âgées, qui retient en réalité une autre circonscription : la notion de situation de vulnérabilité. Je vous lis cette définition : *« Il y a maltraitance d'une 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 et/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. Violence et négligence peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »*

Pour chaque mot qui pourrait être mal compris, nous avons conçu un lexique qui explicite chacun des termes. Je voudrais faire un focus sur un terme très compliqué, celui de « maltraitance institutionnelle ». Sa définition est très originale : « *Lorsque des situations de maltraitance résultent, au moins en partie, de pratiques managériales, de l'organisation et/ou du mode de gestion d'une institution, d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle sur un territoire, on parle de maltraitance institutionnelle.* »

Je ne déclinerai pas la suite de cette définition mais vous voyez que la maltraitance institutionnelle peut concerner un établissement mais aussi un groupe d'établissements et potentiellement toute l'aide sociale à l'enfance d'un département ou tout un dysfonctionnement au niveau d'une ARS. Les territoires et les régulateurs sont eux-mêmes potentiellement concernés.

Nous avons essayé de produire un vocabulaire qui permette aux acteurs de réagir mieux, plus facilement, avec une typologie et une grille de lecture. Cette typologie comporte des grands classiques et des nouveautés.

Quelles sont les nouveautés ? D'abord la transversalité qui est une première internationale. Nous sommes d'ailleurs en lien avec des chercheurs internationaux qui s'intéressent à nos travaux. La chance de cette transversalité est que, pour les majeurs, nous bénéficions ainsi de notions qui sont souvent utilisées pour les mineurs : les notions de besoins fondamentaux, de développement ou d'exposition à un environnement violent qui reprend ce que nous savons, dans les recherches sur l'enfance, de ce que provoque pour un bébé ou un tout-petit l'exposition à la violence dite « du couple ». Nous avons aussi la chance de faire bénéficier les mineurs de concepts dont la maturité est plus large sur le champ des majeurs, en l'occurrence cette question de la maltraitance institutionnelle car l'aide sociale à l'enfance, en France, se focalise beaucoup sur la famille. Le fait-elle suffisamment, ne faut-il pas réinventer certaines choses ? Je ne reviens pas sur l'actualité mais il se trouve que, dans la lutte contre la maltraitance faite aux enfants, toutes les institutions – écoles, paroisses, fédérations sportives ou le monde de la culture – n'ont pas été suffisamment étudiées. La transversalité aide à le faire.

La définition de la maltraitance institutionnelle est une nouveauté internationale. Aucun des textes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Organisation des Nations unies (ONU) ou du Conseil de l'Europe n'ignore cette dimension mais aucun ne la met aussi haut que nous le faisons.

Une autre nouveauté est la préférence donnée à la situation de vulnérabilité. Le code pénal parle de personnes vulnérables mais nous savons bien que nous pouvons être malades, que nous pouvons traverser des périodes de vulnérabilité sociale, économique ou de difficulté et la situation de vulnérabilité, évolutive, nous paraît plus adéquate.

Une inscription est envisagée dans le code de l'action sociale et des familles ainsi que dans le code de la santé publique. Nous avons échangé avec l'ensemble des cabinets signataires de ma lettre de mission. Une inscription est envisagée également dans le nouveau référentiel d'évaluation des établissements sociaux et médicosociaux. La définition est déjà intégrée dans la nouvelle certification des établissements de santé.

Nous prévoyons des rencontres à distance ou physiques avec les partenaires nationaux et les acteurs territoriaux. Nous prévoyons aussi de la pédagogie, de la pédagogie et encore de

la pédagogie avec des présentations, des visioconférences, des séminaires, des ateliers, des conférences ainsi qu'une évaluation dans les trois ans du vocabulaire afin de l'améliorer à l'aide des retours de terrain.

Nous mettons en place une recherche-action à partir d'études de situation, avec les volontaires de tous les territoires, pour améliorer les circuits de réponse aux alertes et aux signalements. Seront associés les parquets, les ARS, les départements, les antennes ALMA, les associations de victimes... donc l'ensemble des acteurs y compris ceux qui appartiennent aux comités locaux d'aide aux victimes et sont déjà engagés dans ces actions. Nous souhaitons lancer cette recherche-action à l'automne avec l'aide des chercheurs réunis. L'installation du groupe de pilotage est déjà faite et la demande de financement à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera déposée le 14 juin prochain par le groupe de pilotage.

**Mme Annie Vidal.** Cette présentation nous permet d'aborder le sujet essentiel de la bientraitance dans l'accompagnement des personnes vulnérables. Je voudrais saluer le travail remarquable de cette commission depuis près de trois ans et vous redire l'intérêt que j'ai, à titre personnel, à participer à ces travaux et à apporter ma contribution.

Cette commission œuvre pour faire cesser toutes les formes de violence maltraitante envers les plus vulnérables : les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap. À leurs souffrances s'ajoute souvent la difficulté de poser des mots sur ce qu'elles vivent au quotidien. Alerter et faire cesser les violences qu'elles subissent est un véritable combat et la crise sanitaire n'a fait qu'aggraver cette situation, malheureusement bien plus ancienne.

Au terme de la première année des travaux conduits par Denis Piveteau, la commission a identifié différents axes de travail qui correspondent chacun à des défis qu'il nous faut relever, auxquels nous devons faire face. Parmi eux se trouve le point essentiel de la définition des phénomènes de maltraitance. Ce fut un point important durant la première année, devenu une base solide pour la poursuite des travaux.

La démarche de consensus que vous nous avez exposée est remarquable. Elle permet d'aboutir à des résultats de grande qualité et nous avons maintenant établi une définition commune de la maltraitance. Nous avons compris que la maltraitance est un phénomène multifactoriel, complexe, qui recouvre des réalités individuelles souvent extrêmement différentes.

Grâce à ce travail, nous disposons aujourd'hui d'un vocabulaire commun, partagé, qui sera un outil opérationnel pour toutes les personnes prenantes, aussi bien les personnes soignées ou accompagnées que les proches, les professionnels et tous ceux qui se trouvent aux côtés des personnes fragilisées dans un lien de confiance extrêmement important.

Ce travail de définition était un préalable indispensable. Il nous reste encore beaucoup à faire pour mieux repérer, pour mieux réagir collectivement face à ces situations de maltraitance et pour promouvoir la bientraitance au sein de notre société.

Madame la présidente, je sais que les travaux ne sont pas terminés. Pouvez-vous nous préciser quelles seront les prochaines étapes ? Comment poursuivrons-nous nos efforts pour lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance ?

**M. Bernard Perrut.** Nous évoquons aujourd'hui un sujet très important. La reconnaissance de la personne âgée comme membre à part entière de notre société, de notre collectivité suppose de garantir sa sécurité et sa dignité, quel que soit son lieu de vie. Une société inclusive doit être bien traitante. À l'affirmation de ce principe doit correspondre l'organisation d'une réponse efficace aux actes de maltraitance.

Les faits de maltraitance doivent faire l'objet d'un repérage et d'un traitement organisé. Nous en voyons bien toutes les difficultés. La maltraitance avérée doit faire l'objet d'une analyse systémique à travers un accompagnement renforcé des établissements concernés et une capitalisation au niveau national des leçons tirées de ces événements.

Comment trouver l'origine de ces maltraitances et les responsabilités ? Madame la présidente, vous avez saisi l'année dernière le Conseil consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur la maltraitance aux personnes vulnérables, notamment aux personnes âgées handicapées qui parfois ont subi des négligences, des ruptures du lien social, des dégradations de leur vie. Nous voyons bien toutes les difficultés durant cette crise sanitaire puisque, derrière les chiffres des hospitalisations et des décès se trouvent des vies, souvent des vies quittées après un isolement s'apparentant à une forme de maltraitance tant il est impossible à mon sens de soigner le corps sans soigner l'esprit.

C'est un vaste sujet, désormais veillé par le CCNE. Serait-ce un premier pas, madame la présidente, pour permettre de faire sortir de l'invisible ce sujet encore trop largement méconnu, sur lequel nous disposons de peu de statistiques ? La maltraitance envers les personnes âgées reste difficile à chiffrer et à apprécier en raison du niveau de dépendance des personnes concernées et de leurs difficultés à s'exprimer.

Le rapport de Mme El Khomri sur les métiers du grand âge évoquait la mise en place d'un référent prévention dans les établissements. Y êtes-vous favorable ? Comment mieux former l'ensemble des personnels en établissement à ces problématiques alors qu'ils ont déjà tant à faire et si peu de moyens humains, financiers ou matériels pour s'occuper de toutes ces personnes ?

Madame la présidente, je souhaite également vous interroger sur le choix des personnes de confiance pour les personnes âgées dépendantes. De nombreux directeurs d'EHPAD ont recherché ces derniers mois ces personnes décisionnaires, notamment pour accompagner les personnes âgées pour la vaccination. Je crois que le code de l'action sociale et des familles précise les modalités, non obligatoires, de désignation de ce tiers de confiance. Quelle est votre position sur le sujet ? Ce dispositif est-il suffisamment efficace pour protéger les résidents ? Comment faire respecter la remise de cette notice à la personne accueillie et, le cas échéant, à son représentant légal ?

Enfin, madame la présidente, je crois que nous partageons tous ce sentiment qu'il est aujourd'hui impératif d'installer dans l'esprit de tous la reconnaissance des personnes âgées, handicapées et vulnérables comme des sujets égaux en droit et maîtres de leurs vies.

**Mme Perrine Goulet.** Ce sujet est très important. Nous parlons beaucoup des personnes âgées mais j'ai remarqué – et je m'en félicite – que vous avez également parlé des enfants dans votre présentation.

Vos travaux sont concomitants avec le rapport récent de la Défenseure des enfants qui montrait une maltraitance institutionnelle assez importante dans le cadre de la protection de l'enfance. Comment pouvons-nous maintenant agir pour changer les choses ? Comment

pouvons-nous avoir une meilleure connaissance de la réalité des violences en institutions, qu'il s'agisse des institutions pour les enfants, pour les personnes en situation de handicap ou pour les personnes âgées ?

Comment, concrètement, faire entrer cette notion de bientraitance dans ces établissements alors que nous avons en face des questions financières, souvent utilisées pour expliquer l'obligation de chronométrer les douches ou la limitation des taux d'encadrement ? Pensez-vous, madame, qu'il manque encore des outils législatifs sur lesquels il faudrait que nous travaillions ?

**Mme Annie Chapelier.** Dans la note d'orientation de votre rapport, en janvier 2019, vous avez dit que la bientraitance n'était pas un simple point de perfectionnement de l'accompagnement à l'autonomie mais qu'elle en fixait le sens. J'ai trouvé, madame la présidente, que vos mots étaient d'une importance colossale, surtout à l'épreuve de la gestion de la crise covid et de certains choix politiques de l'année venant de s'écouler.

Je souhaite vous interroger principalement au sujet de nos aînés même si vous parlez de toutes les personnes vulnérables. La sécurité sanitaire ayant pris toute la place dans le débat public, le relationnel et le mental de nos aînés ont été relégués au second rang, voire parfois niés. Comme vous l'avez développé dans votre interview pour *Usbek & Rica* sur la victoire d'une manière très technicisée d'intervenir pour autrui, nous « gérons » nos aînés et leur laissons peu la parole, persuadés qu'ils ne sont plus « capables » de décider par eux-mêmes du reste de leur existence. J'ai trouvé votre formule très juste.

Vous avez aussi développé dans votre rapport le fait que la clef pour défendre et favoriser la bientraitance des résidents se trouve dans l'humain, qu'il nous faut donc davantage de personnels et surtout des personnels mieux formés. De manière concrète, comment revaloriser les métiers de l'autonomie qui perdent en attractivité en incluant cette approche de la bienveillance dans le cursus de formation ?

De façon générale, quels sont les leviers que nous pouvons actionner pour modifier notre rapport aux aînés dans notre société ? Il s'agit de lutter contre l'âgisme, cette forme de rejet de la vieillesse qui progresse et s'ancre toujours davantage dans la société française, nourrissant finalement cette maltraitance dont vous avez établi la définition à si juste titre.

**Mme Martine Wonner.** Nous sommes face à une situation tout à fait particulière actuellement avec cette crise covid et j'aimerais revenir sur la vulnérabilité qui touche les personnes âgées en EHPAD. Madame Casagrande, je trouve tout à fait intéressante votre vision consistant à dire que « *nous nous sommes focalisés uniquement sur la médecine technicisée et nous avons oublié de ce fait les vulnérables classiques. Dans la crise du covid, nous avons une lecture très stigmatisante et très chosifiante des personnes âgées.* » J'apprécie particulièrement ces propos parce que je crois que, en effet, la question de la bientraitance en EHPAD se pose actuellement.

À certains endroits, cette forme d'extorsion vaccinale et d'oubli de la liberté de choix des personnes vulnérables est un forçage vers ce que la société veut définir comme de la bientraitance mais qui ne l'est pas pour certains. Pour l'anecdote, ce week-end, une sexagénaire a volé un camion de pompiers pour s'échapper de son EHPAD, ce qui a quand même du sens même si je n'ai aucune information sur ses troubles éventuels.



Je reviens aussi sur une question qui a été extrêmement choquante pour l'ensemble des soignants de la région Grand Est : celle de l'utilisation à outrance du rivotril l'année dernière pour accompagner les personnes âgées qui ne pouvaient pas accéder aux soins dans un moment extrêmement difficile de la crise. Je suis psychiatre ; moi-même et mes collègues voyons maintenant tout cet après de ce que les familles ont subi et de ce qu'on a fait subir aux personnes âgées en les accompagnant vers une forme d'euthanasie active avec l'utilisation du rivotril.

**Mme Monique Limon.** Prévues par la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement et créée en mars 2018, la commission pour la lutte contre la maltraitance et, j'y tiens, pour la promotion de la bientraitance a pour but tant de promouvoir la bientraitance que d'améliorer la connaissance du phénomène de maltraitance. La création de cette institution constitue une immense avancée dans la prise en compte de la qualité de vie des personnes vulnérables et en perte d'autonomie.

Selon un rapport de l'OMS daté du 15 juin 2020, une personne âgée sur dix est confrontée chaque mois à la maltraitance mais cela constitue sans doute une sous-estimation car seulement un cas de maltraitance sur vingt-quatre est notifié, les personnes âgées craignant souvent de signaler les cas de mauvais traitement. Cette maltraitance s'exerce, comme vous l'avez rappelé dans votre salubre définition transversale, dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement en institution ou à domicile.

Madame la présidente, je tiens à saluer votre remarquable travail au sein de votre commission. Pourriez-vous nous préciser comment votre recherche-action se mettra en place et se déroulera ? Pourra-t-elle s'exercer pour tous les publics concernés par cette définition transversale ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** J'ai une question sur l'actualité du jour et la diffusion du rapport des Petits Frères des pauvres. Il est assez éloquent sur les conséquences de l'année passée pour les personnes les plus vulnérables et notamment les personnes âgées. Je voudrais savoir si vous avez pris connaissance de ce rapport. Quelles sont vos remarques ?

**Mme Bénédicte Pételle.** Vous nous avez montré l'avancée de vos différents travaux concernant la maltraitance et la promotion de la bientraitance. J'apprécie votre souci de transversalité et de consensus. Nous sentons, au timbre de votre voix, beaucoup de conviction et cela fait du bien !

Vous avez commencé par définir le phénomène afin que chacun puisse plus facilement ouvrir les yeux sur les actes de maltraitance qui existent dans le milieu professionnel, associatif ou familial. Vous avez également émis une quarantaine de propositions pour agir collectivement contre ce phénomène dans un document qui nous a été transmis.

Dans les items 26 et 27, vous faites des propositions concernant une meilleure vérification de l'honorabilité des personnes intervenant auprès de personnes vulnérables, avec une inscription dans le B3 du casier judiciaire en cas de peine privative du droit d'exercice professionnel. Vous avez aussi proposé que la demande du casier judiciaire B3 soit possible au moment de l'embauche. Ne pensez-vous pas que cette demande devrait être obligatoire ? Que pensez-vous d'y ajouter l'obligation de la non-inscription au fichier des auteurs d'infraction sexuelle ou violente (FIJ AIS) ?

Je me réjouis que nous parlions beaucoup des agressions sexuelles faites aux enfants mais l'agression faite aux personnes en situation de handicap est un sujet plus tabou. Selon une enquête de 2014 – les données précises et récentes manquent hélas – de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 34 % des femmes en situation de handicap déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire contre 19 % pour les autres femmes. Chez les femmes en situation de handicap, 61 % déclarent avoir été victimes de harcèlement sexuel.

**Mme Josiane Corneloup.** Je rencontre régulièrement à ma permanence des personnels d'EHPAD qui sont de plus en plus désespérés, excédés par le manque de considération. Si le personnel de ces établissements a opté pour ces carrières, c'est que l'humain est au cœur de ses priorités. Derrière une toilette, un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne ne se trouvent pas qu'un simple geste technique mais aussi tout un accompagnement humain. Or, aujourd'hui, un grand nombre de personnes sont en arrêt de travail parce qu'elles sont fatiguées ou que leur santé psychique est devenue précaire, avec des troubles dépressifs, un burn-out. Ces personnels ne sont pas remplacés ce qui génère une importante surcharge de travail pour le reste des équipes, une désorganisation et cela se traduit par encore moins de temps à passer avec chaque personne en dehors du soin.

Il convient bien sûr de donner aux EHPAD des moyens humains et financiers pour accompagner dignement cette évolution de la dépendance. Nous savons que les résidents vivent de plus en plus longtemps et sont pour la plupart polypathologiques donc beaucoup plus chronophages. Les taux d'encadrement actuels ne permettent plus d'assurer une prise en charge bienveillante, ni pour les résidents ni pour les professionnels qui en ont la charge. Nous voyons un véritable sentiment de perte d'humanité. Les personnels disent vivre un perpétuel renoncement à leurs ambitions de dignité pour autrui. Or, en rabaisant la dignité d'autrui, ils perdent la leur.

J'ai vu la méthode « humanitude » se développer dans certains EHPAD. Elle fait l'objet de formations dans les établissements afin de sensibiliser les soignants à la bienveillance mais pas seulement les soignants ; l'ensemble du personnel, du cuisinier jusqu'à l'agent technique sont mobilisés pour mettre en œuvre une démarche de bienveillance. L'approche est centrée sur le patient et constitue un changement de paradigme majeur. Le but est vraiment de remettre le patient au cœur du système.

Ne pourrions-nous pas faire en sorte que ces formations soient suivies et mises en œuvre dans tous les EHPAD pour promouvoir la bienveillance et procéder ensuite à des évaluations ? Je crois que, plus que l'absence de maltraitance, il s'agit d'acquérir une véritable culture partagée de respect des besoins et des attentes des aînés.

**M. Marc Delatte.** Madame Casagrande, je pense que vous avez raison : les mots ont un sens dans le cadre d'un vocabulaire transversal. Je suis membre du CCNE et nos séances se transforment parfois un peu en séances de l'Académie française quant au juste mot.

Pour avoir travaillé en EHPAD dans la réserve sanitaire pendant la pandémie, j'ai pu voir que le système de soins est à bout de souffle. Au-delà de la maltraitance individuelle, il faut aussi voir les processus de maltraitance institutionnelle qui ne sont finalement pas intentionnels. Cela fait trente ans que nous n'avons pas donné suffisamment de moyens pour travailler dans de bonnes conditions. Je le sais bien en tant que médecin. Le plan Ségur tente d'y répondre mais recoudre ce qui a été décousu depuis trente ans n'est pas si simple.

Vous avez participé au rapport de Dominique Libault. Pour moi, la problématique est que, dans le cadre de la prévention des situations de maltraitance, il faut faire confiance au collectif et au personnel. Il faut aussi être en situation de discerner ces situations. Comme le dit Régis Aubry, un de mes collègues au CCNE, les situations de surmédicalisation sont aussi des mises en situation de vulnérabilité qui peuvent entraîner des pertes d'autonomie et l'augmentation de la dépendance.

Qu'en pensez-vous et comment intégrez-vous la prévention de la maltraitance dans l'apprentissage du « bien », même aux plus jeunes dès l'école primaire, sans tomber dans un manichéisme du bien et du mal ? Je pense que savoir discerner ces situations s'apprend tout au long de la vie.

Il arrive aussi que la bienveillance puisse basculer vers la maltraitance, par exemple pour les personnes en situation d'Alzheimer avec le défi de structures de répit. L'enfer est pavé de bonnes intentions ; nous pouvons être bienveillants et tomber dans ces situations de maltraitance sans nous en rendre vraiment compte. Comment développer la culture de prévention ?

**Mme la présidente de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.** Madame Vidal, vous m'avez demandé, ainsi que certains de vos collègues, quelles sont les prochaines étapes. Elles sont de trois ordres.

La première étape est de l'ordre de la pédagogie, hier, demain et après-demain, tout de suite et pour longtemps. Elle consiste à créer des supports adaptés, faciles à lire et à comprendre, à élaborer de petits films YouTube permettant la sensibilisation, à élaborer des programmes de formation disponibles sur smartphone ou en *e-learning* avec les associations que cela intéresse et auxquelles je donne volontiers mon expertise pour qu'elles l'apportent à leurs salariés, à condition que le résultat soit ensuite en accès libre. Nous avons donc énormément de travail autour de la pédagogie. Il faut faire connaître, faire comprendre et faire débattre.

Comme vous le verrez, le dernier élément à la fin du dossier est une contradiction : une personne du CNCPH ayant exprimé un désaccord avec notre proposition, nous avons pensé qu'il était logique, afin de permettre la pédagogie et l'appropriation, de terminer notre proposition par une contradiction. J'espère que Marc Delatte reconnaîtra un signe propre à ceux qui aiment la philosophie éthique dans ce fait de terminer notre proposition par une contradiction.

La deuxième étape sera, nous l'espérons, l'inscription dans le code de l'action sociale et des familles ainsi que dans le code de la santé publique. Cela rejoint une autre question : nous avons besoin d'une loi. Nous n'avons pas besoin d'inscrire dans la loi la définition de la maltraitance ; nous souhaitons pouvoir la réévaluer de façon périodique et il est donc peu souhaitable d'inscrire la définition elle-même dans la loi. En revanche, nous avons besoin d'une accroche qui permette la modification du code de l'action sociale et des familles ainsi que du code de la santé publique. Nous ne pensons pas que le terrain soit mûr actuellement pour une modification du code pénal.

La troisième étape est la recherche-action, que je détaillerai ultérieurement.

Monsieur Perrut, je suis parfaitement d'accord avec vous : nous avons un problème d'invisibilité. J'en veux pour preuve deux faits : savez-vous qu'un tiers des féminicides en France concerne des femmes de plus de 75 ans ? Savez-vous que, lorsque ces chiffres ont été présentés au ministère de l'intérieur, ils n'ont absolument pas retenu l'attention médiatique ? Nous avons un problème de chiffres connus que personne ne comprend, ne regarde ou ne veut voir.

De même, vous savez que nous redécouvrons en ce moment les violences sexuelles sur les mineurs. Malheureusement, les professionnels de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse ou de l'aide sociale à l'enfance les connaissent. Nous n'avons donc pas un problème uniquement de chiffres, bien que nous en ayons évidemment un : nous avons un problème d'acceptation de voir ce que nous voyons, pour paraphraser Charles Péguy.

Je ne suis pas favorable au référent prévention. Je crois que c'est lui donner une trop lourde tâche. Dans un établissement, c'est à un directeur et à son encadrement de faire de la prévention. J'ai connu des éducateurs spécialisés ou des cadres de santé, référents bienveillance ou référents maltraitance, qui devenaient les confidentiels d'une manière absolument intenable de situations dont on venait leur parler parce qu'on avait confiance en eux et qu'ils le garderaient pour eux, ce qui était donc totalement inefficace. Je ne suis donc pas pour un référent prévention. Je crois que le référent prévention est celui qui fait le travail : le cadre, le directeur. Ce n'est pas un travail facile, je vous le concède, mais je ne crois pas qu'il faille multiplier les référents. Les référents, comme les ambassadeurs dans les cultures d'entreprise, ont en fait leurs limites.

Vous m'interrogez, monsieur le député, sur le choix des personnes de confiance par les personnes âgées. Ces dispositifs sont-ils suffisamment efficaces ? Je pense qu'il faut moderniser ce dispositif, qu'il faut harmoniser les codes parce que des personnes de confiance sont prévues dans le code de la santé publique et dans le code de l'action sociale et des familles, avec des repères différents. Les Français n'étant déjà pas très portés à l'anticipation de leur vulnérabilité, le fait que les codes ne tiennent pas le même discours embrouille encore la situation. Le dispositif est donc tout à fait perfectible.

Vous me posez également la question de la reconnaissance des personnes âgées, handicapées ou en situation de handicap. Je suis tellement d'accord avec vous que je voudrais revenir sur un mot de la définition, le mot « développement ». Ce mot prévaut normalement pour les mineurs, considérés comme en développement : tout ce qui porte atteinte à leur développement est une forme de maltraitance.

Nous prétendons que cela s'applique également aux majeurs. Nous prétendons que, à 18 ans, les personnes ne cessent pas de se développer. Cela devient plus ambitieux dans le cas de personnes très âgées ou de personnes en situation de handicap. Nous prétendons que toute personne, tout adulte est en croissance, en croissance spirituelle, en croissance physique et sensorielle, en croissance interrelationnelle, en croissance de tous ordres et qu'il est fou que nous en soyons venus à considérer que le développement ne concernait que les mineurs. Dans la formation permanente par exemple, le champ du développement des adultes apparaît bien comme reconnu. Nous considérons donc que reconnaître les adultes et les personnes âgées ou en situation de handicap consiste à les reconnaître comme en croissance.

Pardonnez-moi, mesdames et messieurs les députés, de vous dire qu'il faut en finir avec Charles de Gaulle sur au moins un point : « *la vieillesse est un naufrage* ». Nous avons tous entendu cette citation, nous savons tous à qui elle s'adressait. Il faut en finir avec cette conviction installée dans la culture collective au nom d'une phrase qui avait peut-être sa pertinence – je ne suis pas là pour en juger – mais qui a provoqué et provoque maintenant des dommages. Il nous faudra de la détermination pour faire sauter ces repères culturels très ancrés.

Madame Goulet, vous m'interrogez sur le lien avec le rapport de la Défenseure des enfants et vous avez parfaitement raison. Les lieux qui doivent être des lieux de la protection

de l'enfance sont des lieux où il est établi que les violences sexuelles entre mineurs sont, je ne dirai pas monnaie courante mais, en tout cas, sont un fait avéré. Nous n'avons pas encore réussi à mettre dans les établissements de protection de l'enfance des dispositifs qui font leurs preuves dans les hôpitaux comme les retours d'expérience par exemple. Ces dispositifs sont bien connus dans le monde de la santé mais sont aujourd'hui moins utilisés dans les établissements de protection de l'enfance. Nous avons à faire progresser la culture qualité grâce à des outils et à des savoirs disponibles mais pas encore assez mobilisés.

Comment faire entrer la bientraitance malgré les limitations financières ? La maltraitance coûte très cher donc cela dépend de l'échéance que vous vous donnez. Je ne vais pas du tout prétendre vous dire qu'investir en qualifications et en effectifs ne coûte pas de l'argent. Je suis bien placée pour le savoir et, avec Dominique Libault et Myriam El Khomri, j'ai eu l'occasion de voir à l'œuvre de très grands serviteurs de l'État qui m'ont montré une infinité de choses que je ne comprenais pas du tout avant de les rencontrer.

Quoi qu'il en soit, mon constat est que la bientraitance n'est pas une simple question financière. C'est une question de représentation et de mobilisation du corps social. Or le corps social ne se mobilise pas pour les vieux actuellement et je ne suis pas sûre que le CNCPPH soit suffisamment mobilisé pour les personnes en situation de handicap.

Il est impossible de faire de la bientraitance sans un minimum de moyens. Il faut que le corps social accepte aujourd'hui que ces moyens minimaux soient mis pour sa vieillesse et sa très grande vieillesse. Nous voyons finalement une résignation au fait que la vieillesse est une déchéance et que, d'une certaine façon, cette déchéance est un grand tout qui ne vaut pas la peine de se battre. C'est un des vrais problèmes à résoudre. Nous ne disposons pas des ambassadeurs que nous avons pour la planète, pour les arbres ou pour les animaux.

Passons aux outils législatifs manquants. Il nous faut une loi pour installer cette définition et pouvoir travailler. Je vous cite tout de suite la proposition de votre collègue sur les questions de casier judiciaire et de FIJAIS : bien sûr, il nous faut une telle loi et il est aberrant que nous prenions pour les mineurs des précautions que nous n'avons pas pour les majeurs vulnérables.

Si nous suivons cet ordre d'idée, pourquoi avons-nous des cellules de recueil des informations préoccupantes pour les mineurs et rien de tel pour les majeurs ? Pourquoi le 119 emploie-t-il des salariés alors que le 3977 fonctionne avec des bénévoles ? Ce sont tout de même des questions troublantes. J'insiste sur le fait que la transversalité permet de ne pas opposer les tout-petits et les très âgés ou les personnes vulnérabilisées par le handicap. Il faut prendre les enseignements des uns pour les autres.

Nous avons besoin de mesures législatives pour installer une définition, pour installer une possibilité de pilotage. Nous ferons en sorte, dans cette recherche-action, de nourrir cette politique publique, de lui donner un contenu, des évaluations et des données probantes. Je voudrais aussi que, sans attendre, les propositions concernant le casier judiciaire et le FIJAIS soient installées. Le véhicule législatif serait aussi très utile sur les questions de personne de confiance que soulevait M. Perrut.

Madame Chapelier, vous avez eu la gentillesse de rappeler cette question du sens et, effectivement, de voir à quel point cette question a explosé lors de la crise du covid. Il me semble pouvoir ajouter un point à la question que vous avez soulevée. Vous avez parlé du problème relationnel aux aînés. Je suis parfaitement d'accord et je pense qu'il s'est produit un

enrôlement sécuritaire qui, chez certains, a été un enrôlement consenti à toute vitesse parce que l'effort de l'autre est un effort permanent.

Lorsque quelqu'un a peur, il économise son énergie et a moins de disponibilité à l'effort. Rencontrer un malade d'Alzheimer, prendre son temps, le laisser déambuler, être attentif et doux avec une personne polyhandicapée pendant une toilette sont des gestes qui demandent une énorme énergie, l'énergie du « *care* », de la sollicitude, du prendre soin.

Oui, nous nous sommes tous précipités vers une sécurisation automatisée et j'ajoute que nous avons fait disparaître les instances de la démocratie sanitaire. Dans les établissements comme au niveau des régions, les instances de débat ont disparu. Cela a laissé une certaine amertume à toutes les personnes qui s'investissent dans la démocratie sanitaire. Elles ont été congédiées au motif qu'il s'agissait d'un problème sérieux et urgent et qu'il n'était donc pas utile de réfléchir avec elles.

Il faut plus de personnel et mieux formé, revaloriser les métiers de l'autonomie, commencer par ne pas les prendre en pitié. La pitié est une autoroute de facilité consistant à dire : « Oh la la, vous avez vraiment du mérite ! Moi, je ne le ferais pas. Vous êtes courageux ! » Pendant mes premières années de carrière, les auxiliaires de vie d'EHPAD m'en ont beaucoup parlé et m'ont dit à quel point cela ne les aidait pas.

Nous devons les estimer mais les estimer consiste à leur permettre d'évoluer, de se former, d'exercer des responsabilités même à de bas niveaux de qualification car des personnes peuvent être extrêmement bien armées pour assumer un certain nombre de responsabilités. Je rappelle que, au domicile, si les personnes ne sont pas formées pour être responsables, c'est une catastrophe et nous n'avons dans ce cas personne pour réguler. Tout se passe entre les familles, la personne et le professionnel. Cela donne le meilleur mais aussi le pire.

Quels sont les leviers à actionner pour lutter contre l'âgisme ? Nous utilisons les mots « situation de vulnérabilité » parce que, pour nous, la discrimination est une forme de maltraitance et l'âgisme, la ségrégation constituent un fléau dont il faut se départir.

Je ferai référence à une autre de mes casquettes militantes, un plaidoyer qu'Agnès Buzyn a signé voici deux ans : « associons nos savoirs ». Ce plaidoyer propose d'installer à l'école, au collège, à l'université, dans les formations des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé la mobilisation des savoirs expérientiels. De quoi s'agit-il ? Pour installer une culture de la non-ségrégation, il faut qu'une personne handicapée ou très âgée, une ancienne personne détenue ou une ancienne prostituée puissent venir parler aux élèves de ce qu'est la citoyenneté. Autrement dit, nous n'avons pas besoin de mobiliser seulement nos enseignants, nos professeurs et nos formateurs de futurs médecins, de futurs travailleurs sociaux. Nous pouvons et nous devons reconnaître que la situation d'avancer en âge, peut-être de perte d'autonomie fonctionnelle, la situation de handicap, la situation de précarité enseignent des savoirs expérientiels que les jeunes étudiants sont passionnés de découvrir.

Dans une expérience menée à Vancouver depuis dix ans, Angela Towle de l'université de Colombie-Britannique fait former tous les futurs médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, dentistes, infirmiers par des tuteurs qui sont soit des malades chroniques, soit des personnes en situation de handicap ou de précarité. Ces tuteurs enseignent à ces étudiants ce qu'est l'interdisciplinarité et comment travailler autour et avec une personne. De telles initiatives modernisent l'enseignement, donnent accès aux élèves à la vraie vie qu'ils connaissent de toute façon mais, au lieu que cette vraie vie soit un extérieur renié par la

République, nous la faisons entrer dans un partage d'expérience qui est le propre de la démocratie. Je cite ainsi John Dewey.

Madame Martine Wonner, vous m'avez demandé si la crise covid a abouti à une lecture très chosifiante des personnes âgées. J'en suis absolument convaincue, avec une utilisation à outrance d'un certain nombre de médicaments et de dispositifs. Je crois que, dans un certain nombre de cas, les alertes qui nous sont parvenues au titre de la commission nationale de maltraitance stupéfieraient les personnes qui pensent que le covid a été un moment où nous nous sommes pleinement mobilisés pour les aînés. Des équipes m'ont dit : « C'est bien parce que, maintenant, les familles ne viennent plus. On n'est pas embêtés. » Des personnes m'ont raconté que la cadre de santé a dit à des familles qui, sur un parking d'EHPAD, parlaient à leur maman sur un balcon : « Il ne faut pas revenir parce que vous allez répandre le covid. »

Ce covid a permis de dire n'importe quoi et de légitimer des pratiques de panique. Personne ne peut parler pour ceux qui étaient en place à ce moment. Le covid a légitimé des pratiques de panique mais aussi des amertumes puisque les primes qui ont été accordées ont laissé des équipes très fracturées entre ceux qui en ont bénéficié et ceux qui n'en ont pas bénéficié. Certaines équipes n'ont pas été unifiées mais rendues amères par ces primes.

Il ne me revient pas de rentrer dans les détails mais, madame Wonner, je partage absolument votre analyse. Nous avons eu des déchirements, des soignants exposés à des morts en masse, des étudiants absolument bouleversés. Comment faire la part des choses entre ceux qui ont été bouleversés et se sont battus du fond du cœur, ceux qui ont été enrôlés très vite, pour mille raisons, dans des postures figées, automatisées, robotisées ? Nous ne le saurons jamais et ce n'est pas moi qui peux dire quoi que ce soit mais je sais qu'il est temps de guérir un certain nombre d'amertumes et de folies sécuritaires.

Pour cela, il faudra parler, les nommer et je vous remercie d'entendre ce mot « maltraitance », de comprendre qu'il est complémentaire du mot « bientraitance ».

Madame Limon, vous avez rappelé que, selon les chiffres de l'OMS, une personne âgée sur dix vit la maltraitance. Combien de cas sont-ils signalés ? Nous avons un problème à tous les étages : dans les familles, dans les établissements et nous savons que, dans ce secteur, les lieux les plus secrets sont l'hôpital et les lieux qui accueillent des personnes handicapées. Pour les personnes handicapées, les autorités de régulation enregistrent très peu de signalements par rapport aux personnes âgées. À l'hôpital, nous avons un vaste ensemble « d'événements indésirables graves liés aux soins » dans lequel se noient les actes de maltraitance.

Comment faire pour y répondre ? Madame la députée, nous n'avons pas d'argent et nous n'avons pas de pouvoir. Pour agir, nous écouterons les acteurs sur les territoires, les parquets, les travailleurs sociaux des départements, les médecins des ARS, les policiers, les forces de l'ordre, les gendarmes, les bénévoles d'ALMA... Nous les écouterons sur ce qu'ils font déjà, nous les écouterons débroussailler et raconter les situations. Grâce à la CNSA, nous étudierons ce qui fonctionne, pas pour proposer un modèle car je ne me vois pas proposer les mêmes dispositifs à Dominique Versini qui lance le plan « Paris contre les violences faites aux aînés » et à de tout petits villages ruraux.

Nous essaierons de modéliser des configurations et des invariants. Il ne faut pas que cela coûte de l'argent car les départements, les ARS et nos partenaires n'en ont pas. Nous

n'en avons pas non plus pour rembourser ceux qui souhaiteraient participer. Cela signifie que, une fois par mois, en visioconférence, tous les acteurs volontaires sur les territoires viendront exposer une situation et la soumettre à l'intelligence collective. Naturellement, les acteurs présents pourront immédiatement donner leurs outils, leurs protocoles, leurs bonnes pratiques. Tous gagneront donc tout de suite, sans attendre la fin de la recherche-action, et nous pourrons, grâce à un comité de pilotage de chercheurs et au recrutement de professionnels, analyser et voir ce qui fonctionne ou non. Nous en tirerons des éléments pour moderniser la politique publique.

Madame Firmin Le Bodo, l'actualité du jour est le rapport des Petits Frères des pauvres. Je ne l'ai pas lu mais je l'ai vu et parcouru. Pour avoir été destinataire d'alertes, je ne suis pas du tout étonnée par son contenu.

Je pense que le grand mérite de ce rapport est de mettre l'accent, comme savent si bien le faire les Petits Frères des pauvres, sur les personnes au domicile donc les personnes dans leur vie ordinaire. Ils mettent l'accent sur la souffrance sociale, l'isolement et, notamment, j'ai été très frappée par la grande douleur morale de la perte d'utilité. Énormément de personnes âgées avaient l'habitude de contribuer en étant bénévoles ici ou là, ou tout simplement dans leur famille même si cela n'a rien de simple. Ces personnes agissaient dans la sphère personnelle et familiale, dans la sphère citoyenne. Je trouve que c'est aussi le mérite du texte que l'ONU a fait paraître en pleine crise covid sur les personnes âgées : rappeler que le mot « personnes âgées » ne doit pas nous faire oublier combien sont actives et même très actives.

En ce qui concerne les questions de casier judiciaire, je souscris tout à fait, madame, à l'alerte que vous émettez sur les femmes en situation de handicap victimes de violences sexuelles. Hilary Brown, qui était dans notre groupe de pilotage et a piloté les travaux du Conseil de l'Europe en 2002, a découvert qu'une écrasante majorité de ces femmes en situation de handicap avaient eu leur premier rapport sexuel debout lorsqu'elle a fait sa première étude sur la désinstitutionalisation et la vie des femmes handicapées, aux États-Unis dans les années 2000. Elle n'a pas tout de suite compris ce que signifiait ce fait clinique et n'a réalisé qu'au bout d'un certain temps qu'il s'agissait en fait de la concrétisation d'un rapport sexuel non consenti, expéditif et violent. Je souscris donc, madame la députée, à la nécessaire vigilance que vous appelez.

Madame Josiane Corneloup, vous nous avez parlé des personnels d'EHPAD épuisés, exaspérés, perdus, relativement en colère je crois aussi. Des personnels d'EHPAD se trouvaient sur les ronds-points. Cette colère sociale n'est pas à ignorer. À mon avis, pour le moment, elle n'est pas entendue à sa juste mesure, ni pour les salariés au domicile ni pour ceux des EHPAD.

Vous n'ignorez pas que, aujourd'hui, le monde du handicap s'interroge beaucoup sur l'avenir. Le « Ségur » a créé des comparaisons entre ceux qui en sont et ceux qui n'en sont pas, comme la prime covid avait créé des jalousies entre ceux qui étaient présents mais ne l'ont pas eue et ce qui l'ont eue alors qu'ils n'ont rien fait. Les employeurs ne peuvent pas partager les salariés et un malade a évidemment droit à la prime accordée à tous.

Je suis convaincue qu'il faut disposer de plus de temps pour les personnes âgées mais le temps passé avec les personnes âgées est un temps de mobilisation qui exige de surmonter certaines réactions défensives : du dégoût, de la lassitude, parfois des problèmes personnels puisque les salariés en EHPAD ou au domicile peuvent être des femmes en situation précaire, en situation familiale difficile.



Il existe des méthodes, dont l'humanité que vous avez citée. Je cite aussi la méthode de la validation, la méthode Montessori. La méthode « humanité » a été évaluée par le conseil scientifique de la CNSA, qui a déduit des données dont il disposait que cette méthode était passionnante mais pas plus probante que d'autres. Autrement dit, ce qui fait du bien aux professionnels est que l'on s'occupe d'eux. Comme vous le précisez, il est important de s'occuper de tous, aussi bien de la secrétaire d'accueil, de l'agent d'entretien et du jardinier que des soignants. Je crois que ces méthodes sont très utiles car elles constituent un refus de résignation et montrent qu'il est possible d'agir, que cela peut marcher. Je n'irai pas jusqu'à privilégier une méthode plutôt qu'une autre mais je pense que ce sont de formidables encouragements à l'action, des encouragements dont nous avons besoin.

Monsieur Marc Delatte, vous avez rappelé l'importance de la question de la maltraitance institutionnelle et je vous en remercie. Je vois certaines ARS être un peu troublées, me demander ce qu'elles peuvent répondre aux directeurs qui leur disent qu'elles sont maltraitantes et que c'est finalement l'ARS qui crée la maltraitance institutionnelle. J'ai répondu que des personnes étaient épuisées, qu'une ARS connaît très bien les jeux de rôle qui ont lieu lorsqu'un directeur explose mais qu'un directeur d'ARS sait aussi reconnaître la mauvaise foi et l'instrumentalisation et doit donc réagir au cas par cas.

Comme vous l'avez relevé, monsieur Delatte, cette maltraitance institutionnelle est une attitude qui n'est pas toujours consciente. J'en veux pour preuve l'exemple de stagiaires qui, au bout de quelques jours dans une institution, se mettent à tutoyer tout le monde. Ce n'est pas révélateur du stagiaire mais de la culture dans laquelle il évolue.

Comment lutter contre une maltraitance institutionnelle ? Il faut commencer par la nommer mais la nommer n'est nullement exclusif de la responsabilité personnelle. Les établissements délétères voient proliférer les vols, les insultes, les violences de tous ordres, les négligences, les retards... La maltraitance institutionnelle ne signifie pas que la responsabilité personnelle n'est pas engagée car il existe aussi, dans des institutions malades, des cruautés individuelles qui justifient la vigilance dans l'analyse.

Comment apprendre la conscience ? Comment réveiller la conscience ? J'avais fait trois propositions au moment du rapport Libault et du rapport El Khomri. La première est la participation des personnes concernées, âgées, en situation de handicap, des aidants, des personnes précaires etc. à la formation des enfants, des adolescents, des étudiants, notamment en médecine et en travail social. C'est la logique que j'appelle « associons nos savoirs ».

Ma deuxième proposition provient de mon sentiment que nous avons besoin de nous réveiller perpétuellement. J'avais proposé que les étudiants en stage – étudiants infirmiers, assistants sociaux, éducateurs spécialisés – soient placés en situation de recueil de la satisfaction des personnes accueillies, avec l'appui bien sûr de documents de la Haute Autorité de santé. Nous savons bien qu'un questionnaire d'hôtel n'est pas adapté à des personnes vulnérables et que la peur des représailles ou des problèmes de confidentialité empêchent de recueillir des informations fines. C'est pourquoi j'avais proposé de faire appel à des étudiants. La sensibilité étudiante est vite enrôlée dans des attitudes puérides, infantilisantes pour eux et pour les autres mais les étudiants constituent aussi des ressources extraordinaires d'indignation, de non-résignation. Pourquoi ne pas leur apprendre à se défaire du collectif d'équipe auquel ils cherchent tellement à participer et à appréhender aussi la perception individuelle ?

Le dernier levier que je propose est constitué de campagnes de communication. Le ministère vient de communiquer à nouveau sur les violences faites aux femmes, sur les numéros d'appel pour les enfants. Avez-vous vu l'équivalent pour les adultes ? Non ; je vous ai cité le 119 et le 3977, les cellules de recueil d'informations préoccupantes et j'ai précisé l'absence dans la loi de tels dispositifs pour les adultes.

Pourquoi avons-nous besoin de penser de manière cloisonnée alors que personne ne nous le demande ? Nous trouverions de nombreux bénéfices à considérer la personne humaine comme un continuum d'apprentissages et de régressions, de forces et de fragilités. C'est cela qui constitue un citoyen.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Je vous remercie, madame la présidente, pour toutes ces réponses. Effectivement, nous sommes loin de penser que la vieillesse est un naufrage !

*La séance s'achève à dix-huit heures cinquante.*

---