

Recherche-action TACT

Traitement des alertes de maltraitance en coopération sur les territoires

Rapport

Mai 2025

Auteurs

Estelle Aragona, docteure en science politique, chercheure à l'IFROSS-CRDMS, Université Jean Moulin Lyon 3.

Guillaume Jaubert, maître de conférences en sciences de gestion, enseignant-chercheur à l'IFROSS-CRDMS, Université Jean Moulin Lyon 3 (Responsable scientifique TACT).

Emmanuelle Jouet, docteure en sciences de l'éducation et de la formation, ancienne directrice du Laboratoire de recherche en santé mentale et en sciences humaines et sociales, GHU Paris psychiatrie & neurosciences (2020-2024) (Responsable scientifique TACT).

Alis Montois, doctorante en histoire, chercheure au Laboratoire de recherche en santé mentale et en sciences humaines et sociales, GHU Paris psychiatrie & neurosciences.

Léa Renouf, docteure en psychologie, Association PRISM.

Avec la participation de

Marion Girer, professeure de droit, enseignante-chercheure à l'IFROSS-CRDMS, Université Jean Moulin Lyon 3.

Guillaume Rousset, maître de conférences en droit, HDR, enseignant-chercheur à IFROSS-CRDMS, Université Jean Moulin Lyon 3.

Remerciements

La réalisation de cette recherche-action est avant tout le fruit d'une collaboration riche et engagée d'un ensemble de personnes, et nous souhaitons exprimer notre profonde reconnaissance à celles et ceux qui ont contribué à la faire aboutir.

À l'origine de ce projet, nous remercions chaleureusement Alice Casagrande. Portée par un engagement sincère, elle sait fédérer autour d'elle tout type d'énergies et de compétences pour faire avancer la lutte contre toute forme de maltraitance. Un grand merci aux présidents de l'association Promouvoir la recherche, l'innovation et le développement des savoirs sur les maltraitements (PRISM), Philippe Guillaumot et Dominique Terrasson, pour leur vision et leur soutien.

Nos remerciements s'adressent également à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont le soutien financier a été déterminant pour donner vie à cette recherche, et particulièrement à Armelle Klein et à Marine Boisson-Cohen.

Tout au long de ce projet, nous avons eu la chance de bénéficier de l'accompagnement exceptionnel de Julie Micheau. Son implication, ses conseils judicieux, son sens du *timing* et de l'organisation ont été essentiels pour maintenir le cap. Nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements, avec toute notre gratitude.

Nous remercions également Mariana Dorsa, du Pôle en éducation thérapeutique du patient d'Île-de-France, pour son appui méthodologique et son rôle dans la conception et l'animation des ateliers qui ont nourri cette recherche.

Enfin, nos pensées et nos remerciements les plus chaleureux vont à tous les acteurs de terrain qui ont accepté de partager leur expérience et leur expertise. Par leur disponibilité, leur engagement et leurs témoignages, ils ont largement contribué à enrichir cette recherche et à faire avancer la lutte contre la maltraitance des adultes vulnérables.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des sigles	4
Introduction	5
1 Une recherche-action centrée sur la coopération des acteurs clés du dispositif de signalement.....	7
1.1 Ce que signifie traiter un signalement.....	7
1.2 La coopération en réponse au problème public de la maltraitance envers les adultes vulnérables.....	13
1.3 Méthode TACT : l'approche qualitative pour entrer au cœur des modalités de coopération	18
2 Coopérer dans la complexité : freins et leviers.....	25
2.1 Manifestations et limites de la coopération territoriale sur les maltraitances envers les adultes vulnérables	25
2.2 Quatre types de circuits de signalements juxtaposés	37
2.3 Animer et organiser la coopération territoriale autour des situations de maltraitance....	56
3 Recommandations générales sur les conditions d'une bonne coopération en matière de lutte contre les maltraitances	70
3.1 Design des systèmes de coopération.....	73
3.2 Modalités de coopération	75
Conclusion : une démarche participative à poursuivre	81
Bibliographie	84
Littérature scientifique.....	84
Littérature grise	85
Liste des annexes.....	86
Table des matières	87

Liste des sigles

ALMA	Association Allô Maltraitance
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et de la famille
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CMP	Centre médico-psychologique
CNLCMPB	Commission nationale pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODIP	Coordinations départementales d'informations préoccupantes
CP	Code pénal
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSP	Code de la santé publique
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DDETSPP	Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES	Établissement de santé
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
HAS	Haute autorité de santé
ISCG	Intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MJPM	Mandataires judiciaires à la protection des majeurs
MPF	Maison de protection des familles
PCPE	Pôles de compétences et de prestations externalisées
SAAD	Service de soin et d'aide à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TJ	Tribunal judiciaire

Notes au lecteur

Les renvois dans le texte sont écrits comme suit : *cf.* 2.1.3.1, *cf.* annexe 14.

Les renvois aux terrains sont notés comme suit : terrain 4, situation C4.

Introduction

Comme le souligne le dernier rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 2024), la lutte contre la maltraitance sur les adultes vulnérables est pleinement un enjeu de santé publique. Cependant, la maltraitance sur les adultes n'est généralement pas médiatiquement présentée comme telle : elle fait la une de la presse sous la forme du fait divers ou du scandale public mais n'est pas présentée comme un phénomène social diffus, ancré et durable contre lequel il est possible d'agir collectivement. Le projet TACT, porté par l'association Promouvoir la recherche, l'innovation et le développement des savoirs sur les maltraitements (PRISM) et financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur une durée de trois ans (2021-2024), vise à pallier cette limite en contribuant à *« améliorer le traitement concerté des alertes, informations préoccupantes et signalements de maltraitance »*.

Le postulat sur lequel il se fonde est le suivant : *« la clé de l'efficacité d'une politique territoriale de lutte contre la maltraitance est bien la capacité des parties prenantes de travailler ensemble, même si, dans les faits, cette coopération rencontre des obstacles multiples »*. Les objectifs du projet sont de deux ordres :

- Identifier des leviers, des pistes d'amélioration et des facteurs clés de réussite et des schémas les plus efficaces de coopération locale afin d'améliorer le circuit de traitement des alertes de maltraitance sur les territoires ;
- Produire, sur la base de l'expérience des parties prenantes des territoires, des préconisations opérationnelles permettant de développer des pratiques de prévention et de traitement de la maltraitance plus efficaces et plus pérennes.

Ce projet s'inscrit dans la continuité de travaux déjà engagés qui ambitionnent de structurer et d'outiller une politique publique visant à mieux protéger nos concitoyens les plus fragiles et vulnérables. Ces travaux ont porté sur le déploiement de Coordinations départementales d'informations préoccupantes (CODIP) (2014-2015). Ils ont pris la forme de préconisations formulées par la commission nationale de lutte contre la maltraitance dans une Note d'orientation (2019) ; celle d'un vocabulaire partagé de la maltraitance issu de la démarche de consensus sur le sujet (2021) ; et également d'une stratégie nationale élaborée alors que le projet TACT était en cours, issue des États généraux des maltraitements (2023).

L'ensemble de ces initiatives ont débouché sur deux textes. Le premier date de 2022 et définit la maltraitance : *« au sens du présent code vis[ant] 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 »*. Le second texte a été adopté en 2024 et propose dans son titre II cinq articles visant à promouvoir la bientraitance en

luttant contre les maltraitements des personnes en situation de vulnérabilité et garantir leurs droits fondamentaux. Son article 13 prévoit l'instauration d'une cellule chargée du recueil, du suivi et du traitement des signalements.

Deux éléments notables constituent l'originalité du projet TACT. Premièrement, aborder la question de la maltraitance **sous l'angle du signalement** permet de dépasser la segmentation du phénomène de maltraitance :

- Cet angle permet d'avoir une **approche globale** qui ne réduit pas le phénomène à une population cible, à la nature de la maltraitance ou au contexte de survenue de la maltraitance (établissement, domicile, individuel, collectif).
- Il permet également d'avoir une **approche que l'on peut désigner de « juridico-médico-sociale »**, mobilisée dans le champ de la protection de l'enfance, mais rarement approfondie auprès du public des adultes vulnérables. Il concerne tous les acteurs directement compétents en matière de prévention et de lutte contre les maltraitements sur les territoires et comme cibles secondaires, les personnes en situation de vulnérabilité, leurs familles et leurs proches. Les professionnels et bénévoles de l'accompagnement social, médico-social, éducatif ou encore du soin sont également concernés, en tant que témoins ou auteurs de situations de maltraitance.

Deuxièmement, le projet TACT s'est inscrit dans les travaux de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance et s'est appuyé sur son réseau d'acteurs de terrain. Cette inscription et la **méthodologie de recherche-action** à l'échelle de plusieurs territoires et avec des participants d'institutions aux rôles et missions très divers ont suscité un engouement continu par l'ensemble des parties prenantes du projet :

- La forte demande de participation a nécessité des ajustements du design du projet pour permettre à toutes les parties prenantes volontaires de participer (mise en place d'un groupe d'atelier supplémentaire en phase 1 ; augmentation du nombre de monographies prévues en phase 2).
- À l'issue du projet, une demande unanime a été formulée par les participants d'organiser des temps d'échange sur les territoires portant sur leurs représentations de la maltraitance et sur les pratiques autour du traitement des signalements.

Cette communauté d'acteurs investis et impliqués a permis d'identifier des modèles d'action et de coopération autour du traitement des signalements de maltraitance et constitue un réseau privilégié pour essayer les résultats du projet.

Le présent rapport se donne pour objectif de présenter la démarche suivie et les principaux enseignements tirés des différentes phases du projet. Le plan du rapport a été établi comme suit :

- Une première partie **délimite le périmètre de la recherche-action TACT** (1). Elle s'ouvre avec une vue d'ensemble des procédures actuelles en termes de **signalement**, analysées au prisme des enjeux de **coopération**, modalité de travail essentielle des **territoires** face à la maltraitance. Le processus méthodologique singulier de la recherche-action y est présenté :

les multiples allers-retours entre conceptualisation et terrain ont permis de recueillir des données de manière transparente, plurielle et progressive avec les acteurs de terrain et de **produire à la fois des connaissances sur les pratiques effectives de traitement des situations et des propositions d'améliorations.**

- Une deuxième partie présente les **résultats issus des trois phases de la recherche-action TACT (2)**, qu'elle met en résonance avec les mesures prévues par la loi dite « Bien vieillir ». Elle souligne la **nécessité de coopérer face à la maltraitance** et décrit l'ensemble des **difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans sa mise en œuvre**, à commencer par la juxtaposition de différents circuits de signalement indépendants. En réaction aux obstacles, les acteurs de terrain élaborent des **modalités variées d'organisation du travail collectif dans la gestion de cas**, qui font presque systématiquement émerger le même pilote : le conseil départemental.
- Une troisième et dernière partie formule des **recommandations générales sur les conditions d'une bonne coopération en matière de lutte contre les maltraitements (3)**, élaborées à partir des constats de terrain et ajustées aux propositions des États généraux des maltraitements et à la loi « Bien vieillir ». Elle présente par ailleurs le livrable opérationnalisant la recherche-action : les **fiches TACT proposent un appui réflexif et pratique pour la mise en place et le fonctionnement d'espaces collégiaux de traitement de situations de maltraitance.**

1 Une recherche-action centrée sur la coopération des acteurs clés du dispositif de signalement

Cette première partie vise à délimiter le périmètre de recherche-action TACT, au travers de la présentation du dispositif de traitement des signalements (1.1), de ce que recouvre la notion de coopération (1.2), puis des terrains choisis et de la méthode de recherche (1.3).

1.1 Ce que signifie traiter un signalement

Cette partie présente les procédures administratives et judiciaires que l'on nomme usuellement signalement, ainsi que les enjeux de coopération quant à leur traitement. Nous présenterons d'abord ce que nous avons désigné comme le dispositif des alertes et signalements, c'est-à-dire les acteurs impliqués et leurs rôles dans les différentes procédures, actuelles et au regard de la récente loi dite « Bien vieillir » (1.1.1). Ensuite, nous décrirons les principaux enjeux posés par le cadre réglementaire s'appliquant aux auteurs de signalement (1.1.2).

1.1.1 Les dispositifs de traitement des signalements

La notion de signalement est ambivalente, en ce qu'elle renvoie à différentes procédures (1.1.1.1). En second lieu, nous étudierons en quoi il subsiste des enjeux autour du traitement des signalements malgré les avancées de la loi dite « Bien vieillir » adoptée en avril 2024 (1.1.1.2.).

1.1.1.1 L'enchevêtrement des alertes et des signalements

De manière générique, le signalement est « un **avertissement donné aux autorités compétentes pour traiter un fait inquiétant** » (Callu *et al.*, 2021, p. 406). Cet avertissement peut émaner d'un ensemble d'acteurs que la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance a catégorisés comme suit (personnes physiques ou morales) :

- les victimes ;
- les « proches ordinaires » : familles, proches, co-résidents, associations de quartier et de proximité ;
- les « intermédiaires de confiance » : bénévoles du dispositif national d'écoute lié au numéro 3977 (associations ALMA), acteurs des dispositifs locaux d'écoute mis en place par certaines municipalités, personnes qualifiées¹ ;
- les « professionnels de l'accompagnement » : soignants, professionnels du secteur médico-social en services, établissements ou en activité libérale ; associations gestionnaires et directeurs d'établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ; dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ; mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM).

Si l'on s'en tient à cette définition générique du signalement (« un avertissement donné aux autorités compétentes pour traiter un fait inquiétant »), hormis les victimes, l'ensemble de ces acteurs sont susceptibles d'être avertis d'un fait inquiétant relevant de leur responsabilité (professionnelle, hiérarchique, familiale, etc.). Cet avertissement peut conduire à un signalement à une ou plusieurs autorités : autorités de contrôle et de tarification ou autorité judiciaire.

Le périmètre de la recherche-action TACT est celui de ce que nous appelons « dispositif de traitement des signalements », composé de l'ARS, du CD, des services déconcentrés de l'État et de l'autorité judiciaire. Si l'on s'en tient aux définitions réglementaires ou légales, deux principaux types de signalements existent :

- La **procédure de signalements aux ARS** porte « sur des menaces imminentes pour la santé de la population » ou « des présomptions sérieuses de menaces sanitaires graves ». Elle a vocation à assurer une veille sanitaire. Cette procédure inclut une obligation de signalement de la part des établissements de santé et médico-sociaux pour déclarer tout dysfonctionnement grave pouvant porter atteinte aux usagers (événements indésirables

¹ En cas de désaccord ou incompréhension entre les usagers ou patients et professionnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les personnes qualifiées sont des tierces personnes chargées de rappeler les droits et devoirs de chacun afin de rétablir les échanges, de trouver un terrain d'entente et d'éviter les conflits entre les usagers ou patients et professionnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

graves). Ces signalements sont transmis anonymement par un formulaire issu du décret du 21 décembre 2016 et n'empêchent pas de signaler à l'autorité judiciaire.

- La **procédure de signalement aux procureurs de la République** consiste, pour un tiers, à signaler des faits susceptibles de porter atteinte à une personne vulnérable afin qu'ils soient qualifiés judiciairement. Les procureurs peuvent décider d'engager une procédure civile avec une mesure de protection juridique, une procédure pénale, une réorientation vers un accompagnement social ou administratif ou un classement sans suite, certaines de ces décisions pouvant être cumulées. Le circuit pénal peut être emprunté lorsque les faits de maltraitance sont avérés, en parallèle du circuit civil. La maltraitance est alors qualifiée de violence sur personne vulnérable, puisque la notion de maltraitance n'existe pas au sens strict dans le Code pénal.

Sur les territoires, plusieurs autorités compétentes en matière de maltraitance sur des personnes en situation de handicap ou sur des personnes âgées s'articulent avec les ARS et les tribunaux judiciaires (TJ) : les Conseils départementaux (CD), les Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) ou les Directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP). Selon la nature de la maltraitance, plusieurs de ces autorités peuvent être sollicitées, seules ou simultanément. D'autres termes peuvent alors être utilisés de façon plus ou moins synonyme au signalement pour désigner des démarches de transmission d'informations sur des situations de maltraitements aux autorités publiques :

- La **réclamation** auprès des ARS de la part d'utilisateurs accueillis en établissements de santé ou médico-sociaux, ou de leur famille, dont l'objet peut s'avérer être une situation de maltraitance.
- L'**information préoccupante** et l'**alerte** ont les termes utilisés par les CD et les forces de l'ordre.

Cet enchevêtrement à la fois sémantique et institutionnel est à l'origine de la complexité de la politique publique et de l'objet de la recherche-action. D'autant qu'avant 2022, la maltraitance n'avait pas de définition officielle et les autorités compétentes n'étaient ni outillées pour se coordonner, ni obligées de travailler ensemble sur cette question des signalements de maltraitance.

1.1.1.2 Différentes acceptions du traitement des signalements subsistent malgré les dispositions de la loi « Bien vieillir »

L'un des éléments notables de la loi « Bien vieillir » porte sur la création des cellules de recueil et de traitement des alertes en cas de maltraitance de personnes âgées ou handicapées vulnérables (article L.119-2 du Code de l'action sociale et des familles). Elle étend et clarifie ce que nous avons nommé « dispositif de traitement des signalements de maltraitance » et institue comme signalement toute situation de maltraitance portée à la connaissance de la cellule, qui regroupe les autorités compétentes suivantes : ARS, CD et services déconcentrés de l'État (DDETS, DDETSPP). Ces nouvelles cellules ont donc pour fonction de centraliser les signalements (fig. 1) et de désigner une

autorité compétente pour mettre en place un plan d'action pour accompagner la situation de maltraitance, ce dernier étant communiqué à la cellule et à la personne ayant signalé.

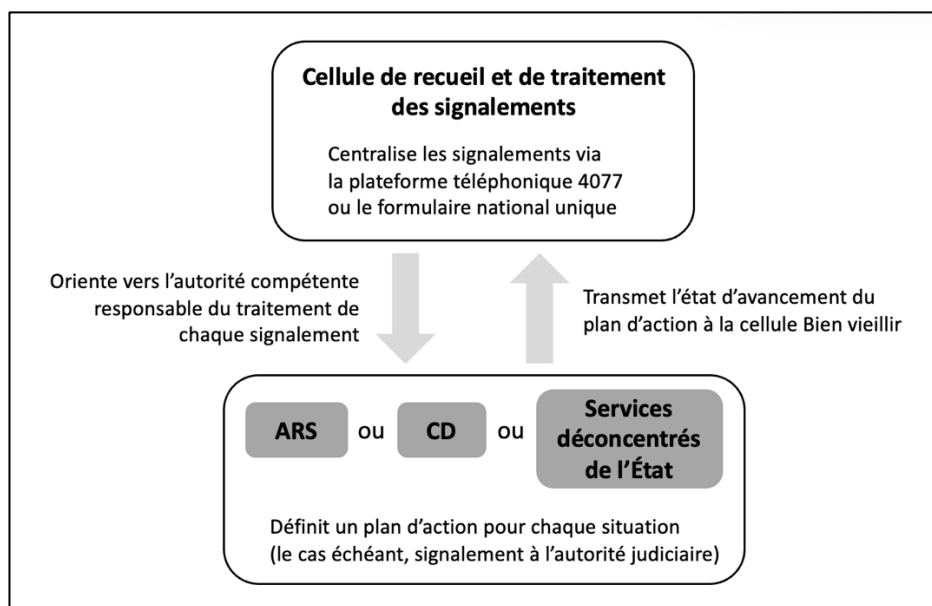


Fig. 1. Fonctionnement de la cellule de recueil et de traitement des signalements de maltraitance, tel que prévu par la loi dite « Bien vieillir ».

Il n'est pas précisé dans la loi que l'autorité compétente communique sur les résultats de l'action engagée auprès de la cellule. La loi distingue donc clairement le traitement du signalement qui incombe à la cellule et consiste à **désigner une autorité responsable, du traitement de la situation de maltraitance** qui, lui, repose sur le plan d'action décidé par l'autorité désignée.

Si la recherche-action TACT n'a pas pu examiner le dispositif de recueil et de traitement des signalements venant d'être prescrit par la loi dite « Bien vieillir », l'analyse des configurations locales est à même d'éclairer les enjeux de mise en place des nouvelles cellules, d'autant plus que la loi est peu diserte sur les coopérations attendues entre les différentes parties prenantes (entre autorités destinataires des signalements, entre autorités publiques et victimes, leurs proches, les intermédiaires de confiance, avec les forces de l'ordre, *etc.*) et sur les moyens affectés à cette coopération.

Le traitement des signalements demande de **rassembler les informations les plus complètes possibles sur les situations**, mais aussi de prévoir des **moments de mise en commun et de débat entre les parties prenantes du traitement des signalements**. Des divergences existent sur ce que ces dernières considèrent comme étant une meilleure protection et donc sur les moyens et les stratégies à mettre en œuvre pour y parvenir.

Le projet TACT se fonde sur l'hypothèse que **les acteurs impliqués dans le traitement des signalements ont besoin d'espaces et d'habitudes de travail afin de s'accorder sur le traitement des situations**. L'une des sources d'insatisfaction des acteurs est qu'un signalement peut être traité sans que la situation évolue positivement. Pour répondre au problème du

fonctionnement en silo (c'est-à-dire au cloisonnement des missions ainsi que l'opacité des modes d'organisation et des représentations des autres acteurs sur la vulnérabilité et la maltraitance), il apparaît que l'existence d'espaces communs de traitement améliore à la fois la prise en compte d'un ensemble d'informations relatives à la situation et la pluralité des pistes de solutions pour établir des plans d'action.

Cependant, l'existence de ces espaces ne garantit pas à elle seule que les situations de maltraitance soient résolues. C'est plutôt la qualité des relations entre acteurs, le partage des informations et des expertises, autrement dit les modalités concrètes de fonctionnement de ces espaces de concertation, qui sont des facteurs pouvant favoriser la résolution des situations.

1.1.2 Le cadre réglementaire des auteurs de signalement : des incitations et des freins

Plusieurs textes juridiques protègent ou obligent les personnes qui signalent² : la notion de lanceur d'alerte (1.1.2.1.), puis les enjeux autour du secret partagé (1.1.2.2.).

1.1.2.1 Les lanceurs d'alerte : une protection des signalants

L'art. 6 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique définit le lanceur d'alerte comme toute *« personne physique qui révèle ou signale, de manière désintéressée et de bonne foi, un crime ou un délit, une violation grave ou manifeste d'un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France, d'un acte unilatéral d'une organisation internationale pris sur le fondement d'un tel engagement, de la loi ou du règlement, ou une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général, dont elle a eu personnellement connaissance »*.

Depuis 2016, une procédure de signalement spécifique au statut de lanceur d'alerte consiste donc à protéger la personne signalant aux autorités publiques administratives et judiciaires : celui qui se conforme à ces conditions n'est **pas pénalement responsable** dans le cas où cette alerte aboutit à la violation du secret professionnel si la divulgation des informations est nécessaire et proportionnée à la protection des intérêts en cause. Si cette alerte est lancée par la personne dans le cadre de son activité professionnelle, **aucune sanction disciplinaire ne peut lui être appliquée** de la part de son employeur si les conditions de la divulgation sont respectées. La loi n'est pas spécifique à la maltraitance mais s'applique à tout salarié qui dénoncerait une entreprise ou administration dont l'action porterait atteinte aux personnes en situation de vulnérabilité.

Depuis la loi de 2016, une réforme importante a été mise en place en 2022, laquelle a permis un assouplissement des règles de plusieurs manières. Premièrement, **le lanceur d'alerte ne doit plus respecter la hiérarchie initiale des canaux de signalement qui commandait de commencer par un signalement interne** (au sein de la structure) avant de poursuivre par un signalement externe (en dehors de la structure) voire de divulguer publiquement l'information en dernier

² Pour une perspective internationale sur la protection des lanceurs d'alerte, qui a influé sur le contexte français, lire Hennion S., 2024.

recours. Il peut désormais librement choisir entre signalement interne ou externe. Pour autant, il doit obligatoirement effectuer un signalement externe avant de procéder à une divulgation publique. Le second assouplissement a trait à la procédure interne de recueil et de traitement des alertes. La réforme impose sa mise en place aux structures d'au moins 50 salariés. Pour les structures de moins de 250 salariés, cette procédure peut être commune à plusieurs autres entreprises ou à plusieurs sociétés d'un même groupe, à condition que les organes compétents de chacune d'elles le permettent.

1.1.2.2 Les épineuses questions du signalement et du secret professionnel

Dans un 21^e siècle qualifié de la communication et de la transparence, le secret professionnel occupe une place ambiguë, **entre interdiction de révélation des faits couverts par le secret et obligation ou permission de levée du secret, au nom de la sécurité et de la protection des victimes**. L'une des difficultés majeures provient du foisonnement des textes applicables en la matière, qui complexifie fortement le régime juridique et fait naître la confusion parmi les professionnels.

L'article 226-13 du Code pénal constitue le principe cardinal du secret professionnel : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Le secret « *s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* » (article L. 1110-4 I al. 1 et 2 CSP), à savoir les professionnels de santé, les personnels des établissements de santé, du service de santé des armées, et les professionnels du secteur médico-social ou social. Il couvre l'ensemble des informations concernant la personne et venues à la connaissance du professionnel.

Comment lever ce secret en cas de maltraitance pour pouvoir donner l'alerte ? Il est tout d'abord important de préciser que les membres de la famille, les proches, les amis, *etc.* ne sont pas soumis au secret professionnel, dès lors qu'ils n'interviennent pas auprès de la victime en tant que professionnels : ils peuvent révéler des faits de maltraitance sans qu'aucune sanction ne leur soit applicable (sauf en cas de dénonciation calomnieuse, prévue par l'article 226-10 du Code pénal).

Il faut ensuite examiner quelles sont les dérogations au secret prévues pour les professionnels en cas de maltraitance et, surtout, définir leur nature : permission ou obligation ? La tâche est complexe, car les dérogations au secret professionnel se sont multipliées, sans réelle harmonie ni uniformisation du régime, comme l'indique la synthèse ci-dessous (pour une analyse plus approfondie et une lecture en détail des dérogations, cf. **annexe 28**).

Dans la quasi-totalité des hypothèses de dérogation au secret professionnel, le professionnel bénéficie d'une option de conscience : soit le professionnel garde le silence, respecte le secret et nul ne peut lui en faire le reproche ; soit le professionnel décide de révéler, pour protéger les intérêts de la victime, et nul ne peut lui en faire le reproche. En somme, « *se taire est licite, parler est licite : il peut choisir en conscience* ». Si le professionnel choisit de déroger au secret dans le cadre permis par la loi, il bénéficie de la protection prévue par l'article 226-14 al. 2 du Code pénal, sous

réserve d'être de bonne foi : « *Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ».

Synthèse du cadre législatif en matière de signalement

Principe : tout professionnel est soumis au respect du secret des informations qui sont venues à sa connaissance dans le cadre de l'exercice de sa profession (art. 226-13 CP).

Dérogations :

- Art. 226-14 1° CP : dérogation ouverte à tous les professionnels / victime : personne vulnérable (mineure ou majeure) / permission
- Art. 226-14 2° CP : dérogation ouverte aux médecins et professionnels de santé / victime : personne majeure capable (accord nécessaire) ou personne vulnérable mineure ou majeure (pas d'accord nécessaire) / permission
- Art. 40 al. 2 CPP : dérogation ouverte aux agents de la fonction publique / toute personne victime d'un crime ou d'un délit / permission s'il s'agit d'agents de la fonction publique tenus au secret professionnel
- Art. 223-6 al. 2 CP : dérogation ouverte à tous les professionnels / personne menacée d'un péril grave et imminent / obligation
- Art. L. 119-2 al. 1er CASF : dérogation ouverte à tous les professionnels / personne majeure vulnérable âgée ou en situation de handicap / permission s'il s'agit de professionnels tenus au secret professionnel

1.2 La coopération en réponse au problème public de la maltraitance envers les adultes vulnérables

La coopération est une modalité de travail essentielle pour l'accompagnement des publics fragiles et des situations sociales complexes. Il s'agira ici d'en donner des définitions conceptuelles (1.2.1), puis de situer la coopération en matière de lutte contre les maltraitances dans une perspective historique (1.2.2), avant de présenter les bénéfices de la coopération soulignés dans la littérature scientifique et professionnelle (1.2.3).

1.2.1 Les définitions de la coopération

Différents usages du concept de coopération dans le domaine du traitement des alertes de maltraitance coexistent dans la littérature, nourrie par les chercheurs, les professionnels de terrain ou les administratifs (*cf.* tableau synoptique de la coopération et bibliographie en **annexes 11 et 12**). Ces usages peuvent cependant être synthétisés pour converger vers une définition générale : la **coopération est un processus qui fait référence à des actions conjointes ou des efforts communs entre divers acteurs ou institutions, avec un objectif partagé**. Elle peut être formalisée par des accords, mais n'intègre pas nécessairement une structure ou une stratégie de gestion commune. En effet, la coopération renvoie à « *un état d'esprit en même temps qu'à un*

mode de comportement par lequel les individus mettent en œuvre des relations et des échanges d'une manière non conflictuelle ou non concurrentielle en s'efforçant de rechercher des modalités appropriées pour analyser ensemble et de façon partagée les situations afin de collaborer dans la même optique pour parvenir à des fins communes acceptables pour tous » (Pariat, 2016, p. 35).

La coopération renvoie à un engagement plus important et des liens plus étroits entre partenaires qu'un autre concept souvent mobilisé dans le cadre de la lutte contre la maltraitance : la coordination. La coordination implique une organisation et une synchronisation des activités entre différents acteurs pour éviter les doublons et garantir que les services fournis soient cohérents et continus. Elle peut inclure la mise en place de rôles spécifiques pour gérer les interactions entre les différents services et s'assurer que les interventions sont bien alignées. La coopération comme la coordination qualifient des processus répondant à une « logique de transformation » et une « logique de connexions » (Lafont, Foucart, Pariat, 2016) : il s'agit, pour les acteurs concernés, d'entrer dans un processus de transformation et de connexion, teinté des quelques nuances déjà évoquées.

D'autres concepts ont également été rencontrés dans le projet TACT : les termes de collaboration, de partenariat ou encore de concertation. Ces concepts peuvent se chevaucher dans la pratique et l'exercice professionnel. Ils reflètent différents niveaux d'engagement, de formalisation et d'intégration entre des partenaires institutionnels (cf. **annexe 11** pour une analyse plus longue du concept de coopération).

L'enjeu de la coopération face à la maltraitance s'inscrit dans un contexte de mutation de l'accompagnement médical, social et médico-social, pour lequel est pensée depuis plusieurs décennies une nouvelle organisation entre structures pour mieux coordonner les parcours d'usagers.

1.2.2 Territoires et coopérations dans les politiques publiques de lutte contre la maltraitance : une perspective historique

Le projet TACT a été fondé sur l'articulation du concept de coopération avec celui de territoire. Géographes, sociologues, politistes et juristes s'accordent pour définir le « territoire » comme un **espace politiquement et socialement construit, à la fois délimité et mouvant au sein duquel se produisent des jeux d'acteurs** (Dunlop, 2009 ; Smith, 2020 ; Pierru, 2020).

Depuis la décentralisation amorcée dans les années 1980, le concept de territoire fait l'objet d'un « *usage de plus en plus rituel dans la rhétorique politique* » mais « *s'accommode d'un flou conceptuel* » (Pierru, 2020, p. 391) : il traduit un niveau infranational d'action publique recouvrant des échelles et des réalités variées sans les spécifier. La décentralisation a été pensée pour simplifier l'action publique, en garantissant l'autonomie de chaque niveau de collectivités dans leur sphère de compétence respective. Elle a cependant conduit à « *une prolifération des centres d'initiatives et de pouvoir* » (Epstein, 2015, p. 462) et à une diversification des modèles d'organisation au sein du territoire national (Polton, 2004).

Or, **le traitement des alertes de maltraitance constitue un problème transversal qui nécessite l'articulation de plusieurs échelles d'action publique (ou plusieurs territoires) pour prendre en charge les personnes de manière cohérente.** Cela implique à la fois la mise en lien des différentes actions et politiques publiques et l'articulation de leurs services distincts (Lafore, 2020 ; Frinault, 2020). À cet effet, la notion de « *logique de problèmes* » invite à repenser le découloignement au prisme de la résolution d'un problème particulier et à sortir du schéma territorial classique construit depuis la décentralisation. La « *logique de problèmes* » renvoie à un ensemble d'espaces de gestion variables qui correspondent non plus aux découpages politico-administratifs et à leur assise territoriale, mais à l'appréhension de problèmes publics divers pouvant être résolus de manière contingente et dans une emprise géographique variable (Duran, 2020).

Il résulte de l'analyse historique de la construction des politiques publiques que la lutte contre la maltraitance ne s'est pas construite comme une seule et unique politique publique, mais s'est ancrée dans des dispositifs de prise en charge spécifiques. **De multiples changements d'échelle de gestion de la prévention, du recueil et du traitement des situations de maltraitance, ainsi que des ouvertures et des resserrements des politiques en termes de publics (spécialisées, par grandes catégories ou complètement transversales) ont provoqué un brouillage dans l'organisation et les configurations des acteurs chargés de la lutte contre la maltraitance (cf. annexes 1 et 2).**

L'intégration et l'exclusion de certains acteurs au fil de la construction des politiques publiques, notamment dans l'articulation des acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap autour de la catégorie des majeurs en situation de vulnérabilité, freinent la démarche de transversalisation de la lutte contre la maltraitance dans la gestion concrète des situations, en dépit de la création de commissions ou de comités transversaux au niveau national. Derrière l'appellation de la lutte contre la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité se trouvent essentiellement des politiques adaptées aux personnes âgées et aux acteurs chargés de leur accompagnement : l'intégration du public des personnes en situation de handicap à ces dispositifs est inégale et insuffisante.

La difficile coopération des acteurs se dégrade d'autant plus quand les coordinations sont faibles, voire inexistantes, en dehors du pilotage de la politique publique ou de la gestion des situations de maltraitance. Si les politiques publiques concernant les personnes âgées tendent à se constituer en système autour du « bien vieillir » (avec par exemple la convergence des instances de démocratie sanitaire), à l'image du secteur de la protection de l'enfance, celles concernant les personnes en situation de handicap fonctionnent encore essentiellement selon un modèle en archipel malgré la création des guichets uniques que sont les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou d'autres initiatives telles que les missions handicap ou les pôle autonomie territoriaux. Par ailleurs, outre les évolutions en jeu dans la législation sur les problématiques de maltraitance depuis les années 1980, une constante apparaît : l'approche procédurale et en silos amène des

mesures et exigences nouvelles, alors que les acteurs de terrain peinent à penser les modalités d'articulation avec d'autres acteurs, voire à donner un sens au travail en coopération.

Aussi, **la pluralité des configurations locales, résultant d'adaptations et d'interprétations successives des mesures réglementaires, rend-elle leur application difficile.**

Livrables de l'analyse historique

L'analyse historique de la politique de lutte contre la maltraitance en France a donné lieu à l'élaboration de plusieurs livrables référencés en annexes :

- Une **version longue** (103 p.) de l'analyse historique de la construction de la politique publique de lutte contre la maltraitance en France. Après une rapide analyse du concept de « territoire » et de ses usages en politique publique, ce travail retrace la législation de la lutte contre la maltraitance, à partir de la protection de l'enfance, pionnière dans ce domaine (I), puis pour les majeurs en situation de vulnérabilité, tiraillés entre des efforts de transversalisation des politiques entre publics (II) et des réponses encore très spécifiques élaborées pour chaque public (III) (**annexe 1**) ;
- Une **version synthétique** (17 p.) de cette analyse, suivant le même plan, recense les textes majeurs et en résume les idées structurantes (**annexe 2**) ;
- Quatre **schémas du traitement théorique des alertes de maltraitance** synthétisent et organisent ce qui est donné à voir publiquement aux citoyens (sur internet) du système de traitement des situations de maltraitance en France sur la protection de l'enfance (**annexe 3**) ; sur la maltraitance des majeurs en situation de vulnérabilité à domicile (**annexe 4**) et en établissements médico-sociaux (**annexe 5**) ; sur les violences conjugales/faites aux femmes (**annexe 6**) ;
- Trois **frises chronologiques** synthétisent un ensemble de mesures concernant la lutte contre la maltraitance étudiées dans le travail d'analyse historique. Les deux premières frises situent ces mesures dans le temps et distinguent quatre thèmes émergeant dans le corpus législatif et réglementaire (protection et prise en charge ; prévention ; formation et sensibilisation ; action ou dispositif coordonné). Elles sont respectivement dédiées à la protection de l'enfance (**annexe 7**) et aux établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité (**annexe 8**). La troisième frise, transversale, met en avant les configurations d'acteurs dans la lutte contre la maltraitance, réparties non par thématiques, mais par échelles – départementale, régionale et nationale (**annexe 10**) ;
- Un **guide de lecture** des schémas du traitement théorique des alertes de maltraitance et des frises chronologiques (**annexe 11**).

1.2.3 Les bénéfices de la coopération

S'il est observé que les logiques d'action diffèrent entre coopération et collaboration dans la littérature, il est cependant possible, au-delà des formes et terminologies, de lister un ensemble de dimensions et de critères qui y sont associés pour qualifier les pratiques des actants en présence, c'est-à-dire les personnes, établissements, institutions, territoires, instances politiques, *etc.* (liste non exhaustive réalisée à partir du tableau synoptique du cadre théorique de la coopération en **annexe 11**) :

Dimensions	Critères associés
But	Commun ou non
Situation	Partagée ou non
Nature des relations	Dépendance, interdépendance, indépendance, autonomie
Mode opératoire entre acteurs	Connu ou non, partagé ou non
Répartition des tâches	Distribuées, communes
Composantes individuelles	Confiance, générosité, solidarité, don de soi, compétition, conflit
Valeurs	Production, apprentissage
Responsabilité	Déléguée au coordinateur, partagée, individuelle, collective
Statut	Hiérarchique, horizontal
Nature du réseau	Spontané, relationnel, mécaniste, ajustement mutuel, organique, <i>etc.</i>

Les bénéfices de la coopération sont multiples. Ils permettent une meilleure coordination entre les différents professionnels et services, ce qui favorise une prise en charge plus cohérente et continue des personnes, dans une logique de parcours. Elle est particulièrement cruciale face à des « *situations-problèmes* » de plus en plus complexes et nécessitant une approche globale (Dumont, 2015).

Du point de vue des organisations et des structures, la logique coopérative permet de dépasser la complexité et l'organisation en silo, et de résoudre les problèmes liés à l'interdépendance en raison de la multiplication des dispositifs (Aldrich, 1976). Travailler en coopération autorise des démarches d'observation et d'évaluation des besoins des populations, l'adaptation aux réalités locales, l'expérimentation, la réponse à l'urgence et la territorialisation des problèmes, la réduction de la complexité et l'accès à la citoyenneté (Frigoli, 2004). La coopération encourage également l'évolution des pratiques professionnelles en intégrant de nouvelles formes collectives de travail qui favorisent ainsi l'innovation au sein des organisations (Fourdrignier, 2016).

En sociologie des organisations, la coopération vise un état d'équilibre entre un ensemble d'individus ou de groupes qui ont, les uns avec les autres, des relations de pouvoir et de négociation. Elle est donc décrite comme un processus en partie conflictuel (Crozier et Friedberg, 1977). Il ne faut pas négliger qu'il existe des divergences d'intérêts entre entités hétérogènes : la coopération peut être compliquée par des intérêts parfois divergents. La réussite d'une coopération nécessite l'établissement de relations de confiance et la sécurisation des démarches pour garantir leur efficacité. Le travail interinstitutionnel est chronophage et parfois décevant au regard du

contenu des conventions formalisées et souvent oubliées, et dépendant d'engagements individuels et donc disparaissant au fil des changements de postes (Dumont, 2020). Ces obstacles soulignent la complexité de la mise en œuvre effective de la coopération dans ces secteurs, nécessitant des ajustements tant sur le plan organisationnel que relationnel.

1.3 Méthode TACT : l'approche qualitative pour entrer au cœur des modalités de coopération

Une recherche-action se définit à la fois par son processus méthodologique singulier et par sa finalité qui a pour ambition de répondre à une demande sociale et de résoudre, dans le cas du projet TACT, le problème public de la maltraitance envers les adultes vulnérables. La méthode est présentée ci-après de façon linéaire, mais ce sont les multiples allers-retours entre conceptualisation et matériau qui ont permis de construire pas à pas la recherche-action et de produire les analyses du présent rapport. Cette méthodologie a donné la possibilité de recueillir des données produites de manière transparente, plurielle et progressive avec les acteurs de terrain. Le *design* de recherche a donc intégré des co-chercheurs qui ont mis leur expertise (1.3.1) et leur réseau à disposition du projet (1.3.2) afin de proposer un outil d'aide à la coopération sur les territoires (1.3.3).

1.3.1 Les ateliers d'analyse des situations de maltraitance

La première phase de la recherche-action TACT a consisté à faire dialoguer les acteurs du traitement des signalements autour de situations de maltraitance.

1.3.1.1 Réunir une diversité d'acteurs pour capitaliser sur leurs savoirs expérientiels

La recherche-action a débuté par une première phase entre novembre 2020 et juin 2021. Elle a consisté en l'organisation d'ateliers visant à étudier des situations de maltraitance ayant posé des difficultés à différents types d'acteurs (professionnels et bénévoles) participant aux ateliers.

Ces ateliers se sont inscrits dans la poursuite de la démarche de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance (2019-2020) par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance³, d'autant plus qu'une partie des participants des ateliers s'étaient déjà mobilisés dans la démarche de consensus.

Les ateliers étaient centrés sur la présentation d'une situation résolue et de son traitement, qu'elle concerne un majeur en situation de vulnérabilité ou un mineur et qu'elle ait eu lieu à domicile ou en établissement de santé ou médico-social, voire dans d'autres lieux (école, transport, lieu de culte, *etc.*). Ils devaient répondre à deux objectifs principaux :

- confronter les savoirs expérientiels des acteurs entre eux ;

³ CNLMPB (2021). *Op. cit.*

- repérer des informateurs (*gatekeepers*) offrant la possibilité pour l'équipe de recherche d'accéder plus facilement aux différents acteurs des territoires en vue de la deuxième phase de la recherche.

1.3.1.2 Dix-sept ateliers pour analyser les freins et leviers de la coopération

Les quarante-deux participants, aux profils variés, étaient issus de plusieurs territoires afin de proposer la meilleure représentativité possible de la politique publique. Au total, vingt-huit organisations étaient représentées (ARS, CD, ALMA, forces de l'ordre, établissements médico-sociaux, *etc.* (*cf.* nomenclature des situations en [annexe 14](#)). Les participants ont été répartis en trois groupes. Dix-sept ateliers de deux heures et demie chacun ont été organisés à raison d'un vendredi par mois. Ils se sont déroulés par visioconférence.

Les ateliers se sont structurés en plusieurs temps : une demi-heure était dédiée à la présentation d'une situation par l'un des participants, suivie d'une vingtaine de minutes de questions et de demandes de clarifications. La consigne était de décrire la situation, le cadre dans lequel elle avait été traitée, son déroulement (calendriers, acteurs impliqués, décisions prises, dysfonctionnements éventuels). Quelques minutes d'analyse individuelle étaient laissées à chaque participant. Ensuite, un temps d'échange d'environ une heure permettait de discuter du traitement de la situation autour de trois axes de discussions : les émotions ressenties à l'écoute de la situation ; les freins et les leviers identifiés dans le signalement et le traitement de la situation ; la formulation de recommandations. Une dernière demi-heure était dédiée à une synthèse des échanges.

Une description plus détaillée du déroulement des ateliers est disponible en annexe (*cf.* analyse thématique des ateliers en [annexe 13](#)).

1.3.1.3 L'analyse d'un matériau particulièrement riche

Chaque atelier a été enregistré et intégralement retranscrit. En parallèle, l'équipe de recherche a procédé à une première analyse individuelle pour chaque atelier, suivant des méthodes qualitatives afin de mettre en exergue les spécificités de la situation présentée et de souligner la richesse et les apports des échanges.

Les transcriptions ont permis de déployer des méthodes d'analyse quantitative à la fois lexicométrique et thématique (par catégorisation des sujets et enjeux abordés). Ces différentes méthodes d'analyse ont visé à généraliser les constats et recommandations formulés au cours des ateliers en faisant émerger des tendances et problématiques saillantes.

La méthodologie employée a conduit à étudier des situations de maltraitance particulièrement lourdes, notamment du fait de leur durée (alerte tardive, temporalités de traitement), du fait de la complexité des relations familiales qui rendent difficiles le signalement et la mise en place de solutions ou encore du fait de pratiques maltraitantes de la part de professionnels en établissements (*cf.* nomenclature des situations en [annexe 14](#)). Dans le texte, les références seront par exemple notées « [situation A1](#) ».

Livrables des ateliers d'analyse de situations individuelles

Plusieurs livrables ont été produits. L'ensemble de ces outils d'analyse a été élaboré pour répondre à des approches qualitatives et quantitatives :

- Une **analyse thématique transversale**, structurée par la catégorisation de verbatims issus des ateliers, qui vise à mettre en évidence les problématiques liées au repérage, au signalement et au traitement des alertes de maltraitance et à illustrer par des extraits de discours choisis les préoccupations des participants (**annexe 13**).
- Une **nomenclature des situations** présentées en atelier, permettant de caractériser le corpus exploité, en termes de publics, d'environnements et de types de maltraitance (**annexe 14**).
- Une **synthèse** de chaque atelier, qui, suivant une approche qualitative, retrace les enjeux, remarques et recommandations soulevés pour chaque atelier (**annexes 15**).

1.3.2 Les enquêtes de terrain : des monographies sur les coopérations autour des signalements de maltraitements

La deuxième phase de recherche du projet TACT, déployée au cours du premier semestre 2023, a consisté à mener des enquêtes de terrain. Il s'agissait d'identifier des dispositifs et des pratiques territoriales dans une démarche monographique et descriptive, mais aussi comparative. Sur chaque terrain, l'enquête a été structurée autour des problématiques suivantes :

- Que se passe-t-il au cœur des dispositifs et des coopérations locales ?
- Quels sont les circuits de signalement et de traitement des situations ?
- Comment les acteurs s'organisent-ils autour des situations ?
- Quelles pratiques inspirantes peut-on identifier ? Quelles sont les conditions de réussite de ces pratiques ?

L'enquête ne visait en aucun cas à évaluer la pertinence des décisions prises sur chaque situation, cette approche ayant déjà été déployée au cours des ateliers de la phase 1 du projet.

1.3.2.1 Les choix de terrains enquêtés

La première phase du projet a permis de constater une forte hétérogénéité dans la structuration des dispositifs selon les publics concernés. Dans le champ de la protection de l'enfance, le traitement des situations de maltraitance est structuré autour des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) en vertu de la loi du 5 mars 2007. Concernant les majeurs en situation de vulnérabilité, aucune structuration partagée n'est apparue dans les ateliers d'analyse de situations, malgré l'existence du modèle de cellules inter-institutionnelles de traitement et de suivi des signalements défini par la circulaire du 3 mai 2002⁴ (cf. analyse historique en **annexes 1 et 2**).

Si l'inégale efficacité des CRIP mérite des investigations, c'est l'absence de modèle légal appliqué de coopération des acteurs en charge des situations de maltraitance envers les adultes vulnérables

⁴ Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 *relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées*.

qui a convaincu l'équipe de recherche de **délimiter le périmètre d'investigation à ces publics en situation de vulnérabilité liée à l'âge et/ou au handicap**. Ont été prises en compte les situations de maltraitance à domicile et en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Un appel à candidatures a été lancé à l'été 2022 auprès des participants de la phase 1 du projet pour trouver cinq territoires, présentant (ou non) des dispositifs de concertation de traitement des alertes, des informations préoccupantes et des signalements. Ces dispositifs pouvaient être à des stades de développement plus ou moins avancés et être plus ou moins efficaces. L'usage du terme « territoire » a été retenu pour permettre aux acteurs de présenter des candidatures libres, renvoyant à différentes échelles en fonction de leurs compétences, réseaux et interprétation de l'appel à candidatures : échelle régionale (ARS), départementale (CD, ALMA, *etc.*), judiciaire (TJ) ou infradépartementale (territoire d'action médico-sociale).

Neuf candidatures ont été reçues. Toutes ont été retenues, dont :

- cinq à titre principal pour mener des enquêtes approfondies sur les dynamiques de coopération ;
- deux à titre complémentaire pour des entretiens très ciblés et/ou d'observation de dispositifs identifiés comme innovants ;
- deux autres candidatures ont donné lieu à un entretien avec les porteurs de candidature⁵.

1.3.2.2 Une méthode qualitative par entretiens

L'accès au terrain a été facilité par les porteurs des candidatures, *gatekeepers* ou relais entre les chercheurs et leurs partenaires institutionnels. Ils ont ainsi transmis aux chercheurs les coordonnées des personnes volontaires pour les rencontrer et présenter à ces volontaires les principes et objectifs du projet. Les *gatekeepers* ont également été mobilisés dans le cadre d'entretiens préparatoires pour définir ensemble les modalités d'investigation (acteurs locaux à contacter pour des entretiens, temps d'observation) et pour recueillir des éléments de contexte sur les dynamiques locales (portage politique et/ou associatif de la thématique, visibilité publique de la problématique de la maltraitance).

En tout, soixante-dix entretiens individuels (dont quelques entretiens avec plusieurs enquêtés) ont été menés, ayant pour objet l'analyse des systèmes locaux d'acteurs, le signalement et son traitement, ainsi que les outils utilisés par dispositifs et par acteurs. Des entretiens semi-directifs d'une durée allant de 30 minutes à 2h30 ont été réalisés avec chaque acteur identifié, en fonction de leurs disponibilités et des informations qu'ils souhaitaient partager⁶.

⁵ L'une de ces deux candidatures n'a pas été mobilisée pour analyser les pratiques de traitement des signalements. En effet, l'enquêtrice a présenté un dispositif en dehors du champ de recherche : un dispositif d'accompagnement d'auteurs de violences intrafamiliales. Il est cependant à noter que l'enquêtrice a été mobilisée tout au long de la recherche-action (3 phases) et qu'elle a apporté de riches éclairages quant au rôle des TJ sur le traitement de signalements.

⁶ Chaque entretien a été enregistré et intégralement retranscrit, après accord des enquêtés en amont des entretiens. Chaque enquêté a signé un formulaire de non-opposition au traitement de ses données personnelles dans le cadre exclusif de la recherche, en référence à la réglementation Informatique et Libertés et au Règlement Européen du 27 avril 2016 (dit « RGPD »).

Les entretiens ont été guidés par des questions structurées par étape du processus de signalement et de son traitement (*cf.* guide d'entretien en [annexe 25](#)). Les thèmes suivants ont participé à la structuration des entretiens : types d'acteurs impliqués localement, outils mobilisés pour échanger entre acteurs et tracer l'activité, informations échangées, relations entre acteurs, modalités de prise de décision sur les situations de maltraitance.

1.3.2.3 L'analyse croisée des verbatim et des documents transmis par les enquêtés

Les transcriptions d'entretien ont été examinées individuellement afin de proposer une analyse fine des pratiques de chaque acteur ou organisation. L'équipe de recherche a été particulièrement attentive à la connaissance et à la compréhension des dispositifs et des configurations d'acteurs de chaque personne rencontrée, à son positionnement dans le système local ainsi qu'à ses configurations relationnelles avec les autres acteurs en présence sur le territoire (*cf.* tableaux relationnels en [annexe 26](#)).

À partir de ces analyses individuelles, les regards des différents acteurs et les informations transmises ont été recoupés afin de saisir les logiques stratégiques et opérationnelles territoriales et de mettre en évidence les convergences et divergences entre les acteurs (*cf.* monographies en [annexes 16 à 23](#)). Dans le texte, les références seront par exemple notées « terrain 1 ».

Les outils transmis par les personnes rencontrées à l'équipe de recherche ont été inventoriés par terrain de recherche et caractérisés transversalement (auteur, nature, format, usage, date) (*cf.* inventaire des outils en [annexe 27](#)). Ils ont fait l'objet d'une analyse documentaire permettant d'enrichir les analyses de chaque terrain, en particulier la compréhension des efforts de conventionnement et de protocolisation, ainsi que d'élaboration de méthodologies et de supports communs de travail.

Livrables des enquêtes de terrain

Si la phase d'enquête s'est déployée suivant une approche qualitative (entretiens, attention portée aux spécificités locales, peu de symétrie d'un terrain à l'autre), l'équipe de recherche a combiné l'approche qualitative avec une approche comparative pour analyser les investigations, notamment par la modélisation.

Plusieurs livrables ont été produits. L'ensemble de ces outils d'analyse a été élaboré pour proposer des vues complémentaires des systèmes d'acteurs :

- Une **monographie** pour chaque terrain permet de décrire en profondeur les systèmes locaux d'acteurs, les dispositifs existants et les pratiques de coopération ([annexes 16 à 24](#)) ;
- Des **tableaux relationnels** complètent l'analyse des terrains 1 et 3 en détaillant les relations individuelles entre chaque acteur du système local ([annexe 26](#)) ;
- Un **inventaire des outils** de fonctionnement et de coopération collectés au cours de l'enquête sur chaque terrain ([annexes 27](#)).

1.3.3 Les ateliers de co-construction d'un outil d'aide à la coopération dans le traitement des signalements de maltraitance

La troisième phase du projet TACT, s'appuyant sur les enseignements des deux premières phases (ateliers et investigations), a consisté en l'animation de trois ateliers de co-construction d'un outil d'aide à la coopération avec des acteurs rencontrés au cours de la recherche.

1.3.3.1 Une méthode de co-construction avec les acteurs de terrain

Pendant l'été 2023, l'équipe de recherche a repris contact avec le réseau des participants aux ateliers d'analyse de situations et avec les enquêtés des terrains pour leur proposer de participer à la troisième et dernière phase de la recherche. En tout, trois ateliers ont été animés en novembre et décembre 2023, puis en janvier 2024.

Un total de huit acteurs a participé à cette phase, à raison de cinq à six participants par atelier. L'équipe de recherche a sollicité le Pôle en éducation thérapeutique du patient (ETP) d'Île-de-France afin de bénéficier d'un appui à la construction et à l'animation des ateliers. Mariana Dorsa, consultante au Pôle ETP, a accompagné l'équipe pendant six mois.

Chaque atelier a permis d'élaborer et de tester des exercices et des mises en situation inspirés des données de terrain, portant sur la qualification des alertes de maltraitance et la caractérisation des relations entre acteurs du territoire. Chaque exercice a fait l'objet d'échanges avec les participants afin de recueillir leurs impressions et leurs principales attentes vis-à-vis de l'outil en cours d'élaboration.

1.3.3.2 Les enseignements des ateliers pour outiller la coopération

Lors du premier atelier, les participants ont manifesté à l'unanimité le **besoin d'un outil « *pratico-pratique* »** (pour reprendre l'expression de plusieurs participants) et facile d'utilisation, c'est-à-dire un outil pragmatique et concret permettant une réflexion interinstitutionnelle sur les pratiques de coopération et leur efficacité. Les exercices de mise en situation ont été appréciés en ce qu'ils ont permis aux participants de formaliser et de verbaliser des pratiques quotidiennes rarement interrogées, sur la manière de se positionner et d'agir en tant que professionnel.

Lors du deuxième atelier, l'attention a été portée sur le traitement des situations de maltraitance. En réponse aux attentes verbalisées par les participants au cours du premier atelier, il a été proposé collégialement d'élaborer un outil de diagnostic et d'aide à la coopération autour de trois objectifs :

- identifier différents acteurs dans le cadre de la qualification et du traitement des situations ;
- aider les acteurs à la résolution des situations ;
- aider à travailler sur la coopération entre eux.

Enfin, le troisième atelier a été centré sur les situations professionnelles des acteurs concernés par le traitement des situations de maltraitance. A été débattue la manière dont l'outil pourrait aider les acteurs à se placer dans les systèmes locaux de lutte contre la maltraitance et de traitement des situations de la maltraitance. Les participants ont été particulièrement sensibles à la question de l'identification du rôle et de la place de chacun et à l'importance d'être guidé pour faire un

diagnostic des partenaires sur le territoire, des configurations envisageables, prenant en compte les ressources et les limites de l'engagement de chacun. Un exercice de mise en situation a mis en exergue trois défis actuels rencontrés par les participants : la capacité à se projeter dans une coopération multiple et variée, à clarifier le cadre des missions de chacun et à élaborer des protocoles.

Les thématiques proposées au cours des trois ateliers ont été jugées pertinentes pour l'exercice de leurs missions par les participants. Ensuite, l'ensemble des participants a relevé l'importance et la richesse des espaces de partage de pratiques. Ils ont apprécié l'appui des échanges par des acteurs académiques. Enfin, l'attente d'un outil opérationnel a été confirmée à l'issue des échanges : les **fiches TACT** résultent de ce travail de co-construction qui a été poursuivi par l'équipe de chercheurs en parallèle de l'écriture du présent rapport de recherche.

2 Coopérer dans la complexité : freins et leviers

Cette deuxième partie présente les principaux constats de la recherche-action TACT (cf. 1.3). La coopération entre les acteurs du traitement des signalements est une solution à la complexité des situations de maltraitance, mais pose un problème dans sa mise en œuvre. En effet, elle est par nature nécessaire au vu des situations rencontrées tout en présentant un risque d'accroissement du nombre d'organisations formelles dédiées à son traitement, démultipliant de fait, les problèmes de coordination (Bergeron *et al.*, 2024).

D'après l'enquête, il existe sur tous les terrains des formes de coopération entre acteurs, mais ces dernières sont souvent non planifiées et pas ou peu coordonnées. Nous commencerons par présenter les éléments saillants de la coopération tels qu'ils se manifestent sur les territoires enquêtés (2.1). Nous montrerons ensuite que les différents acteurs susceptibles de recevoir des signalements de maltraitance agissent généralement de manière indépendante. En effet, différents circuits de signalements sont juxtaposés sans que les acteurs travaillent communément au traitement des signalements. La création des cellules de recueil et de traitement des signalements (issues de loi dite « Bien vieillir », cf. 1.1.1.2) devrait permettre un meilleur ajustement entre ces circuits de signalement (2.2). Enfin, il ressort de l'enquête menée sur plusieurs territoires que les Conseils départementaux se positionnent comme des acteurs centraux d'animation de la coopération autour de la gestion des cas de maltraitance (2.3).

2.1 Manifestations et limites de la coopération territoriale sur les maltraitances envers les adultes vulnérables

Coopérer est une nécessité pour traiter des situations de maltraitance souvent complexes, quelle que soit la provenance de leur signalement. C'est l'existence des situations de maltraitances qui amène des acteurs qui, pour certains d'entre eux, ne travaillent jamais ensemble, à devoir coopérer. En d'autres termes, **il existe toujours des formes de coopération, cependant ces dernières sont parfois erratiques et partielles**, ce qui conduit nombre d'acteurs à voir positivement les nouvelles mesures législatives visant à organiser localement la lutte contre les maltraitances envers les adultes vulnérables.

Si la coopération s'observe sur tous les territoires enquêtés, elle prend des formes très différentes en fonction des ressources disponibles et de l'investissement des acteurs en présence (2.1.1). L'analyse de cette diversité s'explique en partie par les freins à la coopération, tels que le manque de connaissance mutuelle des acteurs d'un même territoire, ainsi que la production et la circulation des informations sur les situations de maltraitance (2.1.2).

2.1.1 Lutter contre les maltraitements envers les adultes : une coopération protéiforme

Traiter des situations de maltraitance nécessite un travail commun d'évaluation, de recherche et de mise en œuvre des solutions, mais les professionnels se retrouvent fréquemment seuls face aux situations, ce qui entraîne des risques psychosociaux (2.1.1.1). À défaut d'orientations claires, partagées et appropriées en matière de coopération pour le traitement des signalements, subsistent nombre d'initiatives locales plus ou moins durables : la coopération se fait chemin faisant, au gré de la volonté des différentes parties prenantes (2.1.1.2). Les outils comme les conventions ou les grilles d'évaluation des maltraitements partagées permettent une meilleure coopération à condition qu'ils soient correctement appropriés (2.1.1.3).

2.1.1.1 Une coopération indispensable pour traiter des situations complexes et pour limiter les risques psychosociaux associés au traitement

Parmi les personnes rencontrées tout au long de la recherche-action TACT, il y a unanimité : aucune situation de maltraitance ne peut être traitée de façon isolée.

*« Dans la résolution et la prise en charge de ces situations, le partenariat, il est essentiel : c'est rare que l'on puisse faire les choses seuls. La première évaluation peut se faire juste de notre côté, mais on aura forcément besoin d'un partenaire ou voire de plusieurs pour intervenir. »
(Coordinatrice du pôle prévention et projets à la direction de l'autonomie, CD, terrain 2)*

En effet, **les champs de compétences et les expertises des acteurs ne recouvrent pas complètement la complexité des situations signalées**. Le plus souvent, les situations mélangent plusieurs volets d'évaluation et d'action : juridique, social et sanitaire, à l'image des situations de personnes souffrant d'un syndrome de Diogène (terrain 4) ou les violences intrafamiliales impliquant des personnes avec troubles psychiques (situation C4). L'expertise de psychologues est particulièrement retenue comme levier pour comprendre les fonctionnements familiaux, notamment les dépendances croisées, l'ambivalence des sentiments et les conflits de loyauté pouvant expliquer les freins au signalement. L'expertise des travailleurs sociaux permet quant à elle de prendre en compte plus spécifiquement les dimensions culturelles, sociales et économiques des situations de maltraitance, par exemple en appui aux enquêtes des forces de l'ordre (cf. 2.2.4). Comme le souligne ce policier :

« La démarche de travail multipartenarial, elle est préconisée chez nous aussi au sein de la police et c'est un système qui fonctionne. Moi je pars du principe qu'on ne peut pas résoudre une situation compliquée, on peut pas les résoudre chacun dans notre coin. » (Chef d'état-major, police, terrain 3)

Les ateliers d'analyse de situations (phase 1 de la recherche) ont donné un aperçu de la complexité inhérente aux situations de maltraitance (laquelle a été confirmée dans les phases 2 et 3). Les situations de maltraitance multiple sont majoritaires dans les dix-sept situations discutées en *focus groups*, parmi sept types de maltraitements identifiés (physique, sexuelle, financière, psychologique, médicale, civique, négligence). Ces situations ont lieu en établissement de santé ou médico-social ou à domicile et concernent des personnes vulnérables en raison de leur âge, d'une maladie, d'une déficience physique, sensorielle, psychique ou mentale, de leur situation sociale ou de logement.

Neuf catégories différentes de personnes pouvant être mises en cause ont été identifiées (parents, enfants ou époux de la victime, voisin ou connaissance, professionnels de santé, autre personne accueillie dans l'établissement, *etc.*). Du côté des alerteurs, on dénombre douze catégories d'acteurs différents dans l'échantillon (victimes, familles, forces de l'ordre, services sociaux, *etc.*).

Lorsque l'on s'intéresse au traitement, les acteurs impliqués peuvent être nombreux et diversifiés. Huit catégories d'acteurs sont susceptibles de recevoir la première alerte. Pour une même situation, le nombre d'acteurs qui coopèrent dans le traitement est compris entre quatre et sept. En plus du nombre d'acteurs impliqués, la complexité des situations peut également démultiplier le nombre de coopérations, comme par exemple dans les situations où les personnes victimes refusent de porter plainte et s'opposent à ce qu'un tiers signale la situation de maltraitance ([situation A2](#)).

Ce type de situation demande de rechercher une solution alternative prenant en compte l'adhésion de la personne et les effets produits sur les personnes et leur entourage, ce qui suppose de mobiliser des acteurs de proximité avec des expertises spécifiques. Pour la majeure partie des cas, le délai de mise en place des premières solutions après alerte est compris entre un et six mois, temporalité dans laquelle cet ensemble d'acteurs se rencontre, évalue les situations, décide des solutions à mettre en œuvre et fait le suivi des situations.

La mise en œuvre d'une démarche partenariale est nécessaire, car les maltraitements envers les adultes sont majoritairement des situations complexes du fait de :

- maltraitements multiples (psychologiques, physiques, financières, *etc.*) ;
- facteurs de vulnérabilité multiples chez la personne victime et chez la personne mise en cause (âge, isolement, pauvreté, addictions, *etc.*) ;
- l'implication des membres de la famille dans la situation de maltraitance, en tant que mis en cause directs ou freinant le traitement de la solution ;
- l'intimité de la sphère domestique (difficultés d'accès, non-dits, déni, *etc.*).

La coopération est également un **moyen de lutter contre les risques psychosociaux** qui pèsent sur les professionnels. Ces risques pour la santé mentale sont liés :

- aux situations elles-mêmes pouvant produire des émotions négatives telles que le choc et le dégoût, mais aussi de la fatigue compassionnelle, un stress intense et un traumatisme vicariant⁷, pouvant mener au *burnout* ;
- à l'isolement des professionnels, identifié par les professionnels comme la source d'un sentiment de frustration, d'impuissance voire de culpabilité à ne pas agir, qui conduit à de la souffrance au travail.

*« Quand on a des partenariats qui fonctionnent bien comme avec [le CD], on les entretient et on fait en sorte que ça fonctionne bien pour qu'on ne soit pas seuls. De toute façon, **il n'y a rien de pire qu'être seul sur une situation**. Et puis à plusieurs, on a plus de poids, on va dire, que tout seul. »* (Responsable d'antenne, association tutélaire, [terrain 4](#))

⁷ Un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. Un traumatisme vicariant peut donc apparaître chez tout professionnel travaillant auprès de personnes traumatisées (Bouvier, G. et Dellucci, H., 2017).

Sur les terrains enquêtés, peu d'acteurs organisent des espaces d'expression et de retours d'expérience spécifiques à la maltraitance envers les adultes vulnérables. La gestion de ses propres émotions étant considérée comme une compétence par plusieurs types de professionnels impliqués dans le traitement des situations de maltraitance. Cependant, un certain nombre d'acteurs témoignent du besoin de discuter de leur vécu, à la fois pour gagner du pouvoir d'agir et pour protéger leur santé mentale.

2.1.1.2 Des espaces multipartenariaux à géométrie variable

Le traitement des signalements de maltraitance repose sur un ensemble d'espaces dont il est possible d'identifier des caractéristiques communes. Sur les huit terrains enquêtés, nous avons repéré près de vingt-huit espaces collégiaux de traitement des situations (*cf.* Fiches TACT ; annexe 27) qui, lorsqu'ils coexistent sur un même territoire, ne se coordonnent que rarement.

Certains espaces cités n'existent plus, mais ils ont permis de constituer des habitudes de travail durables entre acteurs d'un même territoire. Ces espaces collégiaux de traitement des situations de maltraitance sont variés, à la fois du point de vue de leur format, des acteurs impliqués que de leurs missions :

- plusieurs espaces coexistent sur un même territoire ;
- leurs finalités sont différentes : évaluation des situations, recherche de solutions, décision de sanction, suivi de la mise en œuvre des solutions ;
- ces différents espaces peuvent impliquer les mêmes acteurs ;
- ils sont pluridisciplinaires ;
- ils portent des noms divers (instances, commissions, cellules). Certains acteurs peuvent appeler « commissions » des réunions d'équipe internes au sein desquelles peuvent être traitées des situations de maltraitance : ces réunions d'équipe ont plutôt pour visée d'obtenir un soutien institutionnel ou de mobiliser une expertise interne au sein d'une même institution (par exemple au sein du Conseil départemental ou du tribunal judiciaire).

Par exemple, les espaces multipartenariaux réunissent les acteurs suivants :

- La « commission CD-ARS » pour les alertes en ESSMS : CD, ARS ([terrain 1](#)).
- La « cellule interinstitutionnelle départementale » : CD, centre hospitalier (CH), ISCG, association de protection des majeurs ([terrain 2](#)).
- L'« instance multipartenariale départementale » de traitement des situations de vulnérabilité et de maltraitance : CD, DDETSPP, TJ, police, CH, centre hospitalier spécialisé (CHS), association d'aide aux victimes, association des maires ([terrain 3](#)).
- La « coordination départementale des informations préoccupantes d'adultes » : CD, MDPH, ARS, TJ, Centre communal d'action sociale (CCAS), CH, CHS, ALMA ([terrain 6](#)).
- La « réunion de concertation pour le public des adultes » : CD, TJ, associations de protection des majeurs, CHS ([terrain 7](#)).

De plus, ces espaces sont souvent fragiles :

- l'activité dépend parfois de l'engagement personnel des membres de ces espaces et non à des missions pleinement reconnues et à des moyens dédiés ;
- les habitudes de travail se trouvent donc être attachées aux personnes et la collaboration mise à mal à chaque changement de poste ou absence.

Ces espaces créent les conditions, le plus souvent physiques (« *mettre les gens autour de la table* »), de discussions dédiées à la gestion de cas par des acteurs aux profils, statuts et expertises complémentaires, qu'ils appartiennent à la même institution ou non. La citation suivante illustre l'imbrication d'un ensemble d'enjeux quant au fonctionnement des espaces de concertation :

« Concernant le partage [...] il se fait, mais dès lors qu'il existe des instances qui permettent de le faire, ou il y a des liens qui permettent de le faire. Parce que si les gens ne sont pas habitués à se parler, à décrocher le téléphone et à se parler, à penser : "Ah oui je pourrais peut-être appeler mon collègue ou untel de telles structures ou de telles associations"... Eh bien, en fait, il n'y a aucun partage qui se fait. Je pense que, vraiment, la connaissance sur un territoire de ce que font les uns les autres ; et des missions des uns des autres. C'est important. Et ce d'autant plus que nous sommes dans une période où il y a un mouvement très fort des personnes (en opposition à un temps où y avait une stabilité des professionnels dans les institutions). Ce qui participe à ne plus se connaître entre institutions. » (Expert technique CRIP, CD, [situation A2](#))

En cela, ces espaces pallient la segmentation des acteurs impliqués dans le traitement des situations de maltraitance. Les espaces de concertation multipartenariaux **ne produisent pas de décision administrative en leur nom**, comme le feraient les CD en matière de prestations ou d'orientation pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, mais émettent des préconisations quant aux solutions à engager pour chaque situation et sont responsables des actions engagées et de leur suivi. Certains enquêtés insistent sur la particularité de ces espaces : il s'agit d'établir des plans d'action et de désigner des ressources pour mettre en œuvre les solutions ([terrains 3, 7](#)).

La **pluridisciplinarité** est une modalité courante dans le travail social, particulièrement utile pour les situations considérées comme complexes qui nécessitent de prendre en compte les différentes dimensions d'une situation (famille, santé physique et mentale, logement, patrimoine, *etc.*). Les espaces observés réunissent des agents administratifs, des travailleurs sociaux et des médecins ou infirmiers. Par exemple, le CD du [terrain 3](#) présente les membres de l'instance multipartenariale départementale à partir des expertises recherchées :

Types d'expertise	Institutions	Personnes
Médicale	Conseil de l'ordre des médecins	1 médecin
Psychiatrique	Centre hospitalier spécialisé	1 cadre de santé
Hospitalière	2 centres hospitaliers	1 cadre de service social
Sociale	Conseil départemental	1 adjoint d'un territoire d'action sociale
Justice	Tribunal judiciaire	1 substitut en charge des majeurs vulnérables 1 juge des contentieux de la protection
Sécurité	Direction départementale de la sécurité publique (DDSP), Gendarmerie	le chef d'État-major 1 lieutenant-colonel
Psychologique	Association d'aide aux victimes	1 psychologue
Prévention de la délinquance	Association départementale des maires	1 maire
Politiques sociales de l'État	Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP)	1 conseillère technique

D'autres types d'acteurs sont impliqués dans les espaces de concertation : une intervenante sociale en commissariat et gendarmerie (ISCG) et une association tutélaire dans un espace situé au siège du CD ([terrain 2](#)), un centre médico-psychologique (CMP), un DAC et un CCAS au sein d'un espace au niveau infradépartemental ([terrain 2](#)).

« C'est tout l'environnement [de la personne qui doit être pris en compte], c'est classique pour la psychiatrie : la psychiatrie, X fois ils nous disent, "nous, on n'y arrive pas à accompagner la personne parce qu'elle a des problèmes sociaux et tant que les problèmes sociaux ne sont pas réglés, elle ne veut pas adhérer à notre accompagnement". Donc d'où les l'importance de travailler ensemble. » (Chargée de l'action sociale d'un territoire infradépartemental, CD, [terrain 3](#))

Avec l'appui d'une **pluralité d'expertises**, il s'agit de prendre en compte l'ensemble des facettes de chaque situation afin de mettre fin à la maltraitance :

*« Ça permet d'aller **explorer des pistes auxquelles on n'avait pas forcément pensé** plutôt que de rester systématiquement sur des mesures de protection, signalement au procureur, mise en place d'un suivi psychiatrique pour la personne [...], de se doter d'une palette de nuances beaucoup plus importante » (Coordinateur de l'action sociale, CHS, [terrain 2](#))*

Les CD concentrent de nombreuses compétences autour de l'accompagnement de la perte d'autonomie. De fait, ils sont en première ligne pour organiser des espaces de dialogue autour des situations de vulnérabilité et de maltraitance ayant pour but de mettre en commun un ensemble d'informations sur les situations et d'établir des plans d'action adaptés à chaque situation, sur la base des expertises mobilisées par les acteurs impliqués dans ces espaces.

2.1.1.3 Des outils d'évaluation et de conventionnement censés favoriser une logique « donnant-donnant »

Un ensemble d'outils a été identifié pendant l'enquête, comme étant des supports au signalement et à son traitement. Ces outils ne sont pas systématiquement connus et utilisés par les acteurs censés le faire, du fait de plusieurs raisons pouvant se cumuler :

- l'inadéquation des outils avec les pratiques réelles des professionnels ;
- le manque d'appropriation des outils ;
- le défaut de diffusion aux acteurs concernés ;
- l'importance des échanges informels.

Les outils ne sont pas performatifs, c'est-à-dire qu'ils ne produisent pas automatiquement les effets attendus simplement par leur existence et leur utilisation. Il est nécessaire qu'ils soient créés conjointement entre parties prenantes du traitement des signalements, qu'ils soient actualisés et appropriés.

Si des **outils d'évaluation** des situations existent, composés de critères permettant de qualifier la vulnérabilité et la maltraitance, certains enquêtés estiment que la formalisation de critères n'est pas nécessaire dès lors que les membres des espaces de concertation partagent les mêmes repères.

« C'est vraiment l'évaluation de chacun et l'expérience de chacun sur le terrain et le partage entre nous qui va mettre la puce à l'oreille ou non. Mais bon, ça fait un moment que certains font partie de la cellule, donc ils ont l'air plutôt rodés sur les situations. » (Coordinatrice du pôle prévention et projets à la direction de l'autonomie, CD, [terrain 2](#))

Dans la pratique, les espaces donnent à voir peu de débats quant à l'évaluation des situations qui parviennent dans ces espaces en étant déjà pré-triées et pré-évaluées. Les débats portent davantage sur les solutions à engager. Cependant, s'il n'y a pas d'hésitation pour qualifier la maltraitance lorsqu'elle est liée à des violences physiques, les comportements négligents ou la maltraitance psychologique peuvent être moins évidents en fonction des types d'expertises des professionnels :

« Des fois on n'a pas le même prisme sur la maltraitance des uns et des autres. Mais bon, on arrive à faire un consensus aussi autour de ça. » (Cadre supérieure de santé, CHS, [terrain 3](#))

De plus, certains outils peuvent tomber dans l'oubli s'ils ne sont plus utilisés, comme sur le [terrain 5](#) : le médecin du CD parti à la retraite, son outil d'évaluation n'est plus utilisé. Le service du CD continue toutefois son action d'évaluation des situations en dehors d'une cellule spécialisée et sans recourir à un outil spécifique.

Ainsi, d'une façon plus générale, on remarque sur les terrains que **la formalisation de certains outils** (conventions, modèles de courriers, outils d'évaluation) **favorise les pratiques informelles permettant de mieux traiter les signalements**. En effet, les conventions d'un jour peuvent paver la voie à la coopération, sans qu'il soit par la suite nécessaire de renouveler ces conventions, du fait de la pérennisation des pratiques, malgré les changements de professionnels, comme les procureurs, substituts et juges ([terrain 4](#)). Sur d'autres terrains, les conventions signées, mais non soutenues par des pratiques effectives d'échanges entre acteurs amènent à leur désuétude ([terrain 5](#)). Si l'enquête a permis de présenter des pratiques de formalisation particulièrement

élaborées ([terrain 3](#)), avec la définition des périmètres de chaque acteur impliqué dans le traitement des alertes et signalements, d'autres terrains donnent à voir l'existence de **pratiques régulières et stables dans le temps, malgré l'absence d'outils de conventionnement entre acteurs du territoire**. Tous ne formalisent pas nécessairement dans des procédures les étapes de traitement des situations (texte ou logigrammes) (*cf.* banque d'outils en [annexe 27](#)⁸). La régularité des pratiques repose sur les interconnaissances et les circuits d'informations directs (en particulier les coups de fil, courriels directs). Lorsque des outils de partage d'informations existent, comme l'espace numérique de travail du [terrain 3](#), les acteurs communiquent tout de même en direct pour expliciter ce qui n'est pas contenu par les écrits professionnels. En outre, on note un élément qui est susceptible de rompre des relations de manière rédhibitoire : l'asymétrie dans les échanges (ce que les acteurs désignent sous le terme « donnant-donnant »). Dépasser ces asymétries suppose de les identifier et de les mettre en discussion, en préalable de la signature de conventions définissant ce que chaque acteur peut apporter dans la coopération.

Toutes les modalités de coopération observées, allant du partenariat très formalisé en passant par le réseau informel ou les espaces de concertation, permettent aux acteurs de gagner en efficacité dans les réponses apportées aux situations, tout en évitant de se décourager face à la complexité et de limiter le risque d'isolement.

2.1.2 La coopération empêchée : des obstacles culturels et organisationnels

Trois éléments constituent des freins à la coopération. Il y a d'abord une méconnaissance des autres acteurs en présence sur les territoires et de leurs missions respectives (2.1.2.1). Il existe ensuite une réelle difficulté à ce que les informations sur les situations circulent entre les différentes parties prenantes du traitement des signalements (2.1.2.2). Enfin, au-delà des questions de circulation d'information, les fonctionnements en silo restent la norme sur nombre de territoires observés (2.1.2.3).

2.1.2.1 La méconnaissance mutuelle des mandats, rôles et compétences des acteurs

Les acteurs, depuis la place qu'ils occupent, voient rarement l'ensemble du dispositif de signalement et de traitement des situations. Leur compréhension des rôles et missions des autres acteurs du territoire est limitée :

*« Dans le département, [...] Ce que l'on a noté sur le travail de maillage partenarial et la prévention, c'est qu'il y a une **réelle méconnaissance de ce que font les uns et les autres sur le territoire**. Et notamment sur la connaissance des missions et prérogatives des différentes institutions. Ces dernières sont connues trop grossièrement, on ignore les missions annexes et le travail concret des professionnels.*

⁸ Une présentation synoptique de l'ensemble de ces espaces est proposée en annexe 27 : partenaires mobilisés, fréquence des rencontres, degré d'ouverture des espaces à d'autres partenaires non permanents, formalisation de l'espace, modalités de rencontre. Le tableau propose de classer de manière systématique les éléments de description des outils de coopération et des espaces de concertation rencontrés sur les terrains. En cela, il ne s'agit pas de typologies, mais d'un contenu qualitatif issu des monographies.

De mon point de vue, c'est un premier gros problème. (...) Ce qu'on a mis en exergue, c'est que les institutions avaient des directions différentes et l'image des tuyaux d'orgue est très parlante. Chacun à ses petites préoccupations et l'on a du mal à se parler. Chacun est centré sur sa propre intervention et ne connaît pas ou ne prend pas en compte le travail des autres. » (Agent de CD, situation A2)

De plus, les missions et les implications de ces acteurs peuvent varier sur chaque territoire. Par exemple, les associations ALMA peuvent se cantonner à leur mission originelle d'écoute et de conseil auprès de victimes ou témoins de maltraitance, mais également être proactives dans l'accompagnement des personnes (terrain 1).

Cette diversité des missions et mandats de chacun implique des logiques d'intervention hétérogènes, parfois contrastées, mais également complémentaires :

- une logique de preuve d'infraction recherchée en priorité par les forces de l'ordre, le tribunal judiciaire ou les ARS lors de procédures judiciaires ou d'inspection ;
- une logique évaluative mise en œuvre plutôt par les travailleurs sociaux pour mieux comprendre la complexité des situations, notamment en recherchant des informations sur l'environnement familial.

Ces deux logiques s'opposent parfois ou sont source de désaccords dans les solutions préconisées. La logique de preuve d'infraction implique d'introduire une rupture, généralement par la mise en œuvre d'une sanction du ou des mis en cause, en partant de l'hypothèse que la sanction permettra de faire cesser la maltraitance. En contraste, la logique évaluative suppose davantage de préserver des équilibres sociaux fragiles afin d'agir sur ces derniers en vue de faire cesser la situation de maltraitance.

« Toutes les parties prenantes ne participent pas à cette évaluation. Même s'il y a une pluralité des acteurs et des évaluateurs... C'est comme si les évaluations avaient eu lieu les unes à côté des autres, donc, à aucun moment, on ne vient pas croiser la pluralité des regards portés sur la situation. » (Agent de CD, situation B4).

Dans les faits, ces deux logiques demandent que les évaluations soient co-construites et partagées pour éviter des conflits et pour trouver un consensus sur l'urgence à agir ou sur les actions nécessaires à entreprendre.

2.1.2.2 Les obstacles à la circulation des informations

Si la loi « Bien vieillir » propose des mesures pour lever le secret professionnel (cf. 1.1.2.2), les acteurs indiquent que les cultures professionnelles et les enjeux de contrôle des informations peuvent constituer des freins au bon traitement d'une situation de maltraitance.

Les ruptures informationnelles peuvent avoir des conséquences négatives dans la mise en œuvre d'un accompagnement adéquat. En effet, **traiter efficacement un signalement demande d'avoir à sa disposition un certain nombre d'informations et d'expertises à jour sur les situations**. La circulation et la mise en commun d'informations entre acteurs sont donc primordiales. Il est possible de schématiser la chaîne des actions en amont et en aval d'un signalement en six grands moments dont chacun demande des informations et de la concertation : la révélation, l'alerte, le signalement, le traitement du signalement, le suivi et la clôture de la situation. À chacun de ces

moments, il peut être difficile de disposer de toutes les informations nécessaires, d'autant plus que le recueil des informations demande souvent des allers-retours entre plusieurs acteurs plus ou moins éloignés du dispositif de traitement des signalements (tel qu'on l'a défini en 1.1.1).

La confidentialité, qu'elle soit justifiée par des arguments légaux ou déontologiques, participe à l'éclatement des connaissances sur les situations traitées. Les fonctionnements en silo sont encore ici des freins à la fluidité des informations, qu'ils soient intentionnels ou non :

*« Je pense que le problème est que l'on a des prises en charge en tuyaux d'orgue. C'est-à-dire, **chacun va bien faire sa part, mais sans communication**. Mais notre gros problème c'est que l'on ne peut pas avoir d'échange avec par exemple la justice ou dans la situation 1 avec l'ordre des médecins. Ce cloisonnement permanent complexifie forcément les prises en charge des uns des autres. Et il faut mettre en place plus de concertation et plus de liens. On a beau inciter ce type de réunion, mais si, en face, on n'en veut pas nous parler, on reste chacun dans nos champs de compétence sans s'articuler. **C'est préjudiciable aux usagers**. » (Inspectrice d'ARS, situation A2)*

*« On a immédiatement accès aux fichiers et donc, je ne pense pas qu'il y ait de difficulté d'accès à l'information. L'autorité judiciaire a accès, sur-le-champ, à ces informations. Ce qui peut poser problème de façon plus globale, c'est quand, parfois, nous **on a ces informations, mais qu'on ne veut pas forcément les délivrer aux professionnels sur le terrain**. » (Procureur de la République, situation C6)*

Ces ruptures dans la transmission des informations participent à morceler les situations complexes et nuisent à l'efficacité d'une action concertée et collective. Au-delà du débat proprement juridique autour de la levée du secret professionnel, loin d'être tranché de manière définitive, s'ajoutent des interprétations contradictoires selon les parties prenantes :

« Le manque de coordination, le manque de lien et également la différence de culture entre les intervenants qui vient compliquer ces liens. Avec les intervenants soumis au secret professionnel, ceux qui ne le sont pas. À ALMA, nous sommes soumis à la confidentialité, mais pas au secret professionnel. Cette question du secret professionnel dépend également parfois davantage des personnes que des professions. Par exemple, certaines assistantes sociales de secteur vont nous lire leur rapport, sans jamais le transmettre, et indiquer ce qu'elles ont transmis à la CDIP [commission départementale des informations préoccupantes]; et d'autres qui vont nous dire qu'elles ne peuvent rien nous dire et nous conseiller de contacter directement la CDIP. Donc, il y a des pratiques différentes avec des personnes qui ont la même formation, les mêmes missions, le même poste. » (Bénévole d'ALMA, situation A2).

Le statut de bénévoles associatifs ou des usagers peut aussi poser problème à certains professionnels :

*« Le réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté [RESAD], c'est justement pour travailler avec tout le monde. Mais là, c'est même violent : il y a des psychiatres ou des psychologues qui nous disent : "Vous n'êtes pas professionnel, il y a le secret professionnel, **vous allez dire n'importe quoi**. Vous n'êtes pas compétents" ». (Bénévole d'une association représentative de personnes handicapées, terrain 2)*

La rétention d'information peut aussi exister lorsque des faits graves sont simplement tus ou minimisés par des personnes qui devraient agir en tant qu'intermédiaires de confiance :

*« Le secret des bénévoles, moi, ça me met très mal à l'aise. **Les bénévoles qui ne veulent pas tout dire**, qui veulent dénoncer une situation, qui viennent chercher de l'aide parce qu'ils sont en difficulté, à la fois, ils ne veulent pas tout dire de ce qui se passe dans cette famille, ou en tout cas ce qu'ils en ont appris. » (Chargée de projet lutte contre les maltraitements, association gestionnaire, situation C2).*

Dans certaines situations, les longs délais de traitement constatés sont souvent dus à ce défaut de circulation des informations, soit parce que personne n'a été missionné pour chercher telle ou telle information, soit parce que l'information n'est pas connue des acteurs pertinents (situations A2, C2, C7). Les méconnaissances, conséquences de ces couloirs informationnels, conduisent parfois à minimiser l'urgence à agir et ont également des effets délétères sur les victimes.

2.1.2.3 Le cloisonnement institutionnel illustré par l'impossibilité du recueil des données fiables sur la maltraitance

La production et le recueil des données sur les maltraitances sont symptomatiques des cloisonnements institutionnels. Sur les terrains enquêtés, les données produites correspondent à l'activité des services du CD et de l'ARS ou d'ALMA. Les données dépendent donc de ce que recueillent les acteurs pour traiter les situations : **il ne s'agit pas de données de santé publique visant à comprendre un phénomène, mais de données d'activité tributaires des organisations locales.**

L'enjeu de la production de données n'est pas compris et partagé par l'ensemble des parties prenantes du système. Par exemple, sur le terrain 1, les chiffres très bas du nombre de situations traitées annuellement, en particulier concernant des personnes en situation de handicap, n'interpellent pas toutes les parties prenantes quant à l'efficacité du repérage et du déclenchement des alertes et des signalements. L'ARS et le CD, satisfaits par leur organisation dans le traitement conjoint des situations, n'interrogent pas ces chiffres, contrairement à la présidente d'ALMA et à l'adjudante adjointe de la Maisons de protection des familles⁹ (MPF), qui s'en inquiètent.

Sur de nombreux terrains, nous avons constaté une **absence de partage de données entre CD et ARS** au sujet des situations en établissements, hormis bien sûr pour les terrains ayant constitué des espaces de concertation entre ces deux acteurs (cf. 2.2.1 ; 2.2.2). Parfois, les informations existent et sont en partie consignées, mais ne sont pas formatées pour être réutilisées. Par exemple sur le terrain 2, l'ensemble des situations individuelles sont consignées dans des fichiers individuels (notes d'entretien et de suivi) qui ne font pas l'objet de statistiques ou de bilans d'activités. Sur le terrain 5, ALMA produit des données d'activité d'après la trame de rapport de la Fédération 3977. Selon l'enquêtée, le document est difficile à compléter et les données sont difficiles à agréger, car il n'y a pas de grille d'évaluation de la maltraitance. La Fédération 3977 ne met aucun outil à disposition. L'enquêtée remarque que chaque bénévole évalue « *au feeling* » : d'un bénévole à l'autre, tel type de maltraitance va être prépondérant, plutôt qu'un autre. Selon la présidente d'ALMA, personne n'a plus raison qu'une autre, mais cela constitue un frein à un pilotage efficace.

⁹ Issues du Grenelle des violences conjugales de 2019, les MPF sont des unités de la gendarmerie visant d'une part à accueillir, informer et orienter les potentielles victimes de violences intrafamiliales, d'autre part à recueillir les témoignages dans des conditions propices à la libération de la parole et sécurisantes dans le parcours judiciaire ou d'accompagnement social ou psychologique des victimes. Les MPF peuvent proposer un appui méthodologique aux autres brigades pour les auditions d'enfants et d'adultes vulnérables, ainsi que des actions de sensibilisation et de prévention en matière de violences, notamment en milieu scolaire. Les gendarmes des MPF sont en partie formés par les associations d'aide aux victimes, les associations LGBT et les associations de personnes en situation de handicap pour comprendre les spécificités de chacun des publics et pour répondre à leurs besoins.

Sur ce terrain, ALMA a témoigné d'une vigilance particulière à cette question des données, c'est pourquoi l'association construit des statistiques pour mieux identifier les victimes de maltraitance. Malgré la définition officielle de la maltraitance qui a donné un cadre commun, la diversité des situations à traiter pose des difficultés pour produire des données d'activité du fait de leur diversité ([terrain 5](#)). De plus, ces données ne servent pas au pilotage local de la politique publique (rapport d'activité pour ALMA et pour la fédération 3977). Sur le [terrain 1](#), le CD ne bénéficie pas d'outil ni de logiciel spécifique, contrairement à la cellule dédiée aux enfants (la CRIP), mais des agents ont récemment constitué un système de codification de chaque information préoccupante ainsi qu'un outil de synthèse interne, actualisé toutes les semaines.

La création d'un observatoire au niveau départemental est souvent à l'état de projet. Sur le [terrain 6](#), il y a un projet de création d'une cellule de recueil des informations préoccupantes d'adultes vulnérables qui aurait une fonction d'observatoire des données sur la maltraitance et un projet d'observatoire des violences et de la maltraitance existe sur le [terrain 7](#). L'initiative la plus avancée sur cette question des données se trouve sur le [terrain 3](#) qui s'est doté d'un observatoire départemental sur les majeurs vulnérables visant à aider à définir la politique départementale de prévention et protection des majeurs vulnérables. Il a été installé quelques années après la signature du premier schéma départemental sur les maltraitances, afin de mieux connaître ces publics ainsi que les acteurs impliqués dans le signalement, mais aussi afin de faire travailler ensemble les partenaires du schéma pour faire évoluer les pratiques de signalement et d'accompagnement des publics. Dans ce cas aussi, la « démarche d'observation et d'analyse partagée », telle que présentée dans le schéma départemental, **peine à exister du fait du manque de données** : au moment de l'enquête, seules les données produites par le service et par l'instance multipartenariale de traitement des situations alimentent l'observatoire (nombre de situations, profil des personnes, nombre de partenaires impliqués, durée de mise en place du plan d'action, etc.). Ni les services de police ni ceux de la justice ne transmettent de données. Les premiers ne produisent pas de données directement utilisables sur les publics vulnérables et sur les situations de maltraitance.

« C'est un problème de remontée statistique. La maltraitance en soi c'est pas une infraction, ça relève des violences. Donc statistiquement, c'est pas quelque chose qu'on arrive à quantifier, non, c'est difficile pour nous. [...] Je comprends que ça a un intérêt pour le Conseil départemental qui finance tout ça et qui organise tout ça [...]. Mais pour nous, non, ça ne va pas nous aider opérationnellement. » (Chef d'état-major, police, [terrain 3](#))

De plus, les seconds posent la question du secret professionnel, mais également du surtravail consacré à la constitution de bases de données dédiées aux maltraitances :

« C'est très compliqué, c'est très difficile [le partage d'informations]. Moi, je donne les éléments que je veux bien donner quand la décision est rendue, [...] c'est quand même assez confidentiel et là je pense qu'on marche un peu parfois sur les œufs. C'est pour ça [que le CD] nous demandait de remplir un temps réel un tableau sur toutes les situations. Et là, mon greffe, d'abord c'est une activité très chronophage et puis on avait aussi le secret professionnel donc on a laissé tomber. Voilà, c'est plus du systématique, c'est simplement des informations sur les signalements. » (Procureure de la République, TJ, [terrain 3](#))

Les données existantes au niveau des services d'action sociale du CD sont avant tout produites par les outils de suivi de l'activité (ex : tableaux de récapitulatif des mandats d'enquête sociale) et non pas par des outils de production statistique. Le responsable du service souhaiterait que soit créé un logiciel permettant d'agréger des données au niveau départemental et infradépartemental et de dresser une nomenclature sur des données ciblées (origines des premières alertes et des signalements, conditions de vie des personnes, caractéristiques de la maltraitance, partenaires impliqués, types d'interventions, *etc.*).

De l'avis de la plupart des acteurs interrogés, cette question de la production de données de pilotage est cruciale à la fois pour rendre compte de l'activité autour des problématiques, mais également pour sensibiliser l'opinion publique et les décideurs sur la question (en faire une priorité politique locale, dédier des moyens fléchés). **Le manque de données cantonne la maltraitance à une agrégation de drames privés indépendants les uns des autres, et empêche de considérer le phénomène comme une carence des liens sociaux contre lequel les autorités publiques sont en droit et ont le devoir d'agir.**

2.2 Quatre types de circuits de signalements juxtaposés

Cette section présente la manière dont s'organisent les quatre acteurs qui ont une mission officielle de recueil des signalements. L'un des principaux constats de la recherche TACT est que **chaque circuit de traitement des signalements est relativement indépendant des autres**. Ce constat, partagé par le législateur, a conduit ce dernier à créer des cellules de recueil et de traitement des signalements des maltraitements (loi dite « Bien vieillir »), dont l'objectif est d'obliger ces différents acteurs à mieux se coordonner quant au traitement des signalements afin d'éviter un fonctionnement en tuyaux d'orgue.

Ces quatre acteurs, du fait de leurs compétences, mandats, champs d'expertise et ressources plus ou moins dédiées à la lutte contre les maltraitements, occupent des rôles contrastés et complémentaires au sein d'un même territoire et d'un territoire à l'autre. Ainsi, les ARS ont pour objectif principal d'identifier des dysfonctionnements au sein des établissements, *via* des procédures spécifiques, plus que d'accompagner des situations de maltraitance (2.2.1). Les Conseils départementaux sont sollicités au titre de leur rôle de proximité et dans le cadre mission de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, avec des circuits de traitement des signalements très hétérogènes, mais au sein desquels ils occupent une place centrale au sein de leur territoire (2.2.2). Les associations ALMA (Allô Maltraitance) jouent un rôle d'écoute et d'accompagnement au signalement, sans être toujours reconnues comme des acteurs clés du dispositif (2.2.3). Enfin, les tribunaux judiciaires sont peu intégrés aux espaces de coopération autour des situations, malgré leur expertise et les ressources partenariales essentielles à la complexité des situations (2.2.4).

2.2.1 Les Agences régionales de santé, focalisées sur les événements indésirables en établissements

Les ARS évoquent peu le terme de maltraitance en tant que tel, puisqu'elles traitent principalement d'événements indésirables ou de réclamations au sein des établissements de santé et médico-sociaux (2.2.2.1). La lutte contre les maltraitances, qui suppose la reconnaissance du problème public, l'utilisation d'un vocabulaire dédié et l'organisation locale de la coopération multipartenariale, apparaît comme un objectif secondaire par rapport à l'identification des dysfonctionnements (2.2.2.2) et l'accompagnement des mesures correctives (2.2.2.3) dans une approche par gestion des risques.

2.2.1.1 Les deux procédures de traitement des dysfonctionnements en établissements au sein des ARS

« Maltraitance » fait peu partie du vocabulaire des professionnels d'ARS rencontrés. Nous proposons plusieurs raisons à cela :

- il n'existe pas de procédure propre à la maltraitance en établissement, mais des procédures qui présentent la maltraitance principalement comme un effet de dysfonctionnements organisationnels ;
- l'approche de l'Agence n'est par nature pas centrée sur les personnes, mais sur les établissements et services, or les situations de maltraitance obligent une approche globale autour de l'individu ;
- plutôt que de la maltraitance, les agents d'ARS évoquent la violence des professionnels envers les patients ou usagers, ou inversement, mais aussi la violence entre personnes accueillies. La définition de la maltraitance au sein d'une relation d'aide entre la personne et l'auteur n'est pas maîtrisée.

Le **signalement d'événement indésirable** est une procédure obligatoire pour les professionnels de santé et du médico-social, qu'ils exercent en établissements ou non, ainsi que pour les personnels administratifs et de direction des structures. L'arrêté relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales¹⁰, repris dans l'article L. 331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles, précise que doit être signalé : « *Tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation [des structures sociales et médico-sociales] susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées* ». L'obligation de signalement porte donc moins sur des situations de maltraitance, que sur des faits susceptibles de produire de la maltraitance, d'autant que les ARS n'ont pas vocation à gérer les situations individuelles. En effet, la typologie des événements indésirables¹¹ décrit des faits. Ces catégories

¹⁰ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

¹¹ Par ailleurs, il existe d'autres « *signaux* » (terme figurant dans les documents institutionnels et dans le vocabulaire de l'enquête) devant être portés à la connaissance des ARS et qui ne concernent pas nécessairement les structures

peuvent être poreuses et renvoyer à des situations de maltraitance sans les nommer, par exemple les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines mettant en difficulté l'effectivité de la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies ; les erreurs dans la distribution de médicament ; les comportements violents de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel au sein de la structure. La seule catégorie qui utilise le terme maltraitance est la suivante : « *Situation de maltraitance envers les usagers, par exemple violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite* ».

Sur les terrains enquêtés, il y a une plus forte proportion de situations de maltraitance institutionnelle liées à des dysfonctionnements organisationnels (désorganisation des professionnels, mauvaise traçabilité des actes, pression sous laquelle se trouvent les professionnels, omniprésence des contrats par intérim), qui touchent particulièrement les EHPAD.

« La maltraitance, effectivement, j'en parle plus sur le domaine personnes âgées, les violences institutionnelles [...] et des vrais faits de maltraitance dans la prise en charge [...] : je l'ai laissée, je l'ai abandonnée, ou j'ai fait vite mon soin ou je l'ai pas fait du tout... C'est une sorte de violence, effectivement, on est à la frontière, mais du coup c'est pas la même violence, c'est pas le même sujet quand même pour moi entre le [secteur des personnes âgées] et le [secteur des personnes handicapées]. » (Réfèrent qualité et accompagnement des ESMS, ARS, terrain 3)

Les enquêtés évoquent seulement quelques situations de « *malveillance pure* », au sens de violences, négligences ou sabotages conscients (terrain 3, situation A6). Dans les situations rapportées par les enquêtés, les victimes sont des personnes avec des difficultés d'expression ou sont a priori pas crues par les professionnels (personnes en situation de handicap mental ou touchées par des maladies neurodégénératives). En miroir de cette distinction entre les types de maltraitance, plusieurs enquêtés d'ARS font une distinction entre les types de procédures liés aux types de maltraitance :

- les signalements des établissements pour des faits de violence de la part des professionnels sur les personnes accueillies (la « *maltraitance pure* ») ou pour des pratiques, volontaires ou non, de professionnels qui ont des problèmes de comportement dans l'exercice de leur métier (terrain 5) ;
- les réclamations renvoient généralement à la maltraitance institutionnelle¹² qui est perçue comme étant une forme de maltraitance à part (terrain 5), voire ne pouvant pas être de maltraitance par l'ARS (terrain 3) :

« Les situations de maltraitance où on a une réclamation, la plupart du temps, en fait, c'est pas de la pure maltraitance, c'est de la maltraitance institutionnelle dans le sens où il y a pas assez de personnel pour faire tourner l'établissement et que du coup ils ont pas assez de temps pour s'occuper correctement des personnes âgées. Mais c'est des personnes [les professionnels] qui d'ailleurs ils le vivent très mal, parce que les professionnels, elles aimeraient faire leur travail à fond. » (Responsable du service personnes âgées et personnes handicapées de la délégation départementale, ARS, terrain 5)

d'accompagnement et de soin : événement pouvant avoir un impact sur la santé de la population, maladies à déclaration obligatoire, événement sanitaire ayant comme origine un agent physique, chimique ou environnemental.

¹² Les réclamations sur le public des personnes âgées sont fréquemment liées à l'hygiène corporelle et des locaux, aux repas (qualité et quantité), aux soins (en particulier pour les personnes en fin de vie dont l'état se dégrade) (terrain 3).

Ce sont effectivement des acteurs différents qui utilisent la procédure de réclamation. Les **réclamations** émanent des usagers ou de leurs proches qui souhaitent se plaindre de la qualité d'un accompagnement en établissement de santé ou médico-social, de professionnels de santé hors établissement ou de transports sanitaires. Les réclamations sont toujours formalisées par écrit. Il n'existe pas de catégorisation officielle des faits comme pour les signalements, mais certaines ARS (non enquêtées) mettent à disposition des formulaires en ligne qui leur permettent de qualifier précisément les motifs de mécontentement.

Il existe des disparités en matière de réclamation en fonction des publics. Dans les territoires enquêtés, les acteurs déclarent un nombre plus faible de réclamations concernant les personnes en situation de handicap ([terrain 1](#)), qui sont relatives aux modalités d'accompagnement pour les situations complexes. Le reste porte sur les dysfonctionnements organisationnels comme dans les EHPAD (prise en charge médicamenteuse, manque de douches, heures de repas) ([terrain 3](#)). Sur certains territoires, l'augmentation du nombre de réclamations semble liée à l'affaire Orpéa¹³ qui a donné davantage de visibilité aux ARS et aux procédures de réclamations.

2.2.1.2 Les signalements et réclamations, outils de dialogue entre établissements et ARS

Les **signalements** doivent être transmis par le formulaire national de signalement des structures sociales et médico-sociales (en ligne sur les sites Web de certaines ARS) ou sur la plateforme nationale de signalement des événements sanitaires indésirables¹⁴. Chaque formulaire de signalement doit être signé par le directeur de l'établissement : il comprend des rubriques appelant des informations détaillées sur les circonstances et le déroulement des faits, les conséquences constatées au moment de la transmission de l'information (pour la personne, pour les personnels, pour l'organisation et le fonctionnement de la structure), les mesures immédiates prises par la structure vis-à-vis des personnes victimes ou exposées et pour assurer la continuité de la prise en charge, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour éviter qu'un nouvel événement similaire ne survienne (ex : révision du projet de soins, formation des professionnels, mesure disciplinaire, aménagement ou réparation des locaux, *etc.*), les suites administratives ou judiciaires. Les signalements sont centralisés aux sièges (*via* le Point focal régional, guichet unique pour les professionnels) et consignés sur un logiciel régional. Les services dédiés aux usagers et réclamations ou à la veille et aux alertes sanitaires ([terrain 5](#)) attribuent des numéros aux dossiers, font des accusés de réception aux émetteurs et, pour les signalements, qualifient le type d'événement indésirable dont il s'agit :

- événement indésirable ;
- événement indésirable associé aux soins ;
- événement indésirable grave ;
- événement indésirable grave associé aux soins.

¹³ Cf. note *infra*.

¹⁴ Plateforme « Signaler un risque pour la santé publique » [<https://signalement.social-sante.gouv.fr>].

En fonction de cette qualification, les signalements sont traités en pluridisciplinarité (avec un médecin ou une infirmière) au siège ou en délégation départementale. Le cas échéant, les agents en délégation fournissent au siège des informations sur le contexte des établissements permettant d'analyser les faits rapportés. Les réclamations sont dès le départ traitées en délégation départementale.

Toute **réclamation**, même anonyme, est traitée pour une question de responsabilité des ARS et de traçabilité des événements, quelle que soit leur gravité :

*« Notre objectif c'est de se dire même si c'est anonyme, si un jour y a un problème dans cet établissement, on va pas laisser sans rien, on n'aura pas laissé lettre morte, on aura traité, on aura eu un retour de l'établissement. Et si ça venait à avoir une relation un jour avec un fait plus grave, **nous, le travail, on l'a fait**. Moyennement bien fait, mais avec des éléments qu'on avait à l'instant T. Tout est traité, on trace tout, on traite tout. » (Référénte qualité et accompagnement des ESMS, ARS, [terrain 3](#))*

Cet anonymat, au même titre que la variété de contenu et de format¹⁵, peut poser des problèmes de traitement : les agents en charge de leur traitement doivent sélectionner les informations permettant de comprendre les situations, les médecins-conseils des ARS ne peuvent consulter les dossiers médicaux des personnes concernées sans connaître leur identité.

Une fois les signalements ou réclamations triés, les ARS dialoguent ensuite avec les établissements. Un terrain présente un protocole de mise en relation directe des réclamants (usagers, familles) et des établissements, si les premiers sont d'accord ([terrain 1](#)). Le circuit n'est cependant pas systématiquement linéaire, puisque certains établissements consultent leur ARS avant de signaler, et que certains signalements sont transmis une fois que l'événement est résolu. En fonction de la gravité, les ARS contactent immédiatement les établissements par téléphone et engagent le traitement du dossier sous quelques jours. Les relations ordinaires avec les établissements dans le cadre de la contractualisation, du dialogue budgétaire, des évaluations ou encore des inspections permettent de connaître les établissements et de les accompagner au fur et à mesure dans l'amélioration des dysfonctionnements :

*« Je suis un **appui des établissements qui sont en difficulté** et qui n'arrivent plus à prendre en charge les résidents correctement, donc on les accompagne pour qu'il y ait pas de problème justement interne qui provoquerait des signaux et des dysfonctionnements importants et majeurs. » (Référénte qualité et accompagnement des ESMS, ARS, [terrain 3](#))*

La procédure de signalement est perçue comme vertueuse par les ARS, car elle démontre que les établissements sont attentifs aux fonctionnements internes. En l'absence de signalement, les ARS peuvent au contraire s'inquiéter d'un manque de vigilance des directeurs de structures :

*« Par exemple si y en a quinze [des signalements], pour nous, **ça trace le fait que l'établissement, il fait son travail**, il trace, il sait qu'il a fait des choses qu'il fallait, qu'il se passait des choses négatives, mais il trace. Celui qui n'en trace jamais, ça questionne. Donc, du coup, effectivement, **ceux qui ne tracent pas, eux ça fait partie des critères qui font qu'à un moment donné ils se font inspecter** [par le siège de l'ARS]. » (Référénte qualité et accompagnement des ESMS, ARS, [terrain 3](#))*

¹⁵ Les ARS reçoivent des appels au sujet de réclamations et demandent alors une trace écrite de l'objet du mécontentement, avec, dans la mesure du possible, des informations précises et exhaustives. Les réclamations sont parfois adressées au ministère de la Santé et des Affaires sociales qui les transmet à l'ARS concernée ([terrain 1](#)).

Les réclamations et signalements permettent également de faire évoluer les établissements dans leur ensemble à partir de situations particulières ou du repérage de certains dysfonctionnements, puisque les ARS vérifient par exemple les projets de vie des personnes accueillies (correspondance entre les besoins et les accompagnements), ainsi que les protocoles existants en lien avec le type de situation examinée :

*« Nous on est plus **sur faire de l'amélioration continue au vu des situations qu'on a** et je pense qu'ils [les établissements] savent qu'on en prend bien la charge, [...] du coup c'est donnant-donnant. [...] Je trouve qu'il y a du positif quand même dans cette situation qui part d'un point négatif, mais pour aller vers du positif, donc on fait en sorte d'accompagner les établissements vers des améliorations continues en permanence. » (Référénte qualité et accompagnement des ESMS, ARS, [terrain 3](#))*

Le signalement est parfois instrumentalisé pour informer les ARS des « *mauvaises relations internes* » qui ne sont pas améliorées par les équipes de direction des établissements ([terrain 3](#)). Dans ce cas, le traitement du signalement passe par un accompagnement de la structure pour adapter ses fonctionnements ou travailler sur la qualité de vie au travail :

*« [Les signalements anonymes] ça relève souvent de conflits ou de mauvaises relations internes qui fait qu'ils sont mécontents et qu'ils essaient de passer par l'Agence ou le CD pour faire débloquent des situations, ou comme certains le disent des fois, pour faire tomber les têtes. **Ça, ça nous regarde pas directement, nous, on n'est pas là pour ça. On ne traite pas comme ça.** » (Référénte qualité et accompagnement des ESMS, ARS, [terrain 3](#))*

D'un autre point de vue, un agent d'ARS déclare limiter les investigations pouvant être perçues comme pesantes et chronophages par les établissements, afin d'éviter de décourager ces derniers à signaler à nouveau ([terrain 1](#)).

Lorsqu'il s'agit d'établissements pour lesquels ARS et CD ont compétence, ces derniers traitent conjointement les signalements et réclamations¹⁶ (sauf sur le [terrain 3](#)), soit à l'occasion d'échanges directs et lors de réunions hebdomadaires sur la gestion générale des établissements ([terrain 5](#)), soit en commissions spécialisées sur les événements indésirables et les situations individuelles ([terrains 1, 2](#)).

2.2.1.3 Les issues des procédures : de rares inspections et sanctions

Sous trois mois après le signalement, les établissements doivent transmettre à leur ARS l'analyse des événements indésirables. Si les ARS estiment que l'analyse est insatisfaisante, ou que les établissements tardent à transmettre les informations, elles peuvent prolonger le suivi avant de clore le signalement. Ces dernières closent les dossiers de signalement ou de réclamation dès lors que les dysfonctionnements sont résolus, que ce soit par des mesures correctives de la part des établissements (ex : mise en place d'astreintes, réparations du bâti, licenciement d'un personnel), par un ajustement du suivi individuel des personnes accompagnées (ex : renvoi à la MDPH pour la révision du plan d'accompagnement, actualisation du projet personnalisé en EHPAD) ou par des actions de formation pouvant être financées par les ARS. Le traitement peut prendre deux à trois

¹⁶ Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

semaines pour des motifs techniques, mais cela peut être beaucoup plus long s'il s'agit de mesures liées à la formation des professionnels ou au recrutement par exemple.

Les inspections sur site suite aux signalements sont rares, c'est le dialogue avec l'établissement qui est privilégié plutôt que « *l'inspection pour l'inspection* » ([terrain 3](#)). Les signalements et réclamations peuvent cependant servir à planifier les campagnes d'inspection des ARS et des CD : certains établissements sont priorisés s'ils ne sont pas impliqués dans le dialogue avec l'ARS suite aux signalements et réclamations, ou si les dysfonctionnements persistent.

Vis-à-vis des professionnels mis en cause dans les situations de maltraitance, les ARS ont peu de marges de manœuvre, mais transmettent les informations aux ordres professionnels en vue de sanctions disciplinaires, le cas échéant pour « une interdiction d'exercer », « une suspension de quatre à six mois » avant de travailler en établissement. Pour les professionnels non inscrits à l'ordre, les ARS peuvent informer directement les établissements de l'existence de signalements ou réclamations les impliquant, sans que cela constitue une interdiction d'exercer ([terrain 5](#)).

Les usagers et familles s'attendent à ce genre de sanctions dans le cadre des réclamations, même si elles sont rares. Les ARS tentent le plus possible de rétablir une relation de confiance entre établissements et usagers en faisant appel aux personnes qualifiées : en tant que tierces personnes, elles rappellent les droits et devoirs de chacun afin de rétablir les échanges, trouver un terrain d'entente et éviter les conflits.

Les agents des ARS peuvent également être garants du signalement au procureur au titre de l'article 40¹⁷ si les établissements ne portent pas d'eux-mêmes les signalements. C'est cependant rare sur les terrains enquêtés (ex : deux fois en dix ans – [terrain 3](#)), car les ARS cherchent d'abord à ce que les établissements engagent les procédures, car « *ça relève plus de leur responsabilité que de la nôtre* » ([terrain 3](#)). Les ARS rappellent notamment la nécessité de signaler au procureur en cas de maltraitance de professionnels sur les personnes accueillies en établissements (ES, ESSMS), en plus de sanctions disciplinaires ou des licenciements de la part des employeurs. Le cas échéant, les TJ transmettent les décisions aux ARS ([terrain 3](#), [terrain 5](#)). Certains autres établissements consultent leur ARS pour évaluer le bien-fondé d'un signalement au procureur de la République ([terrain 1](#)).

2.2.2 Les Conseils départementaux, identifiés comme interlocuteurs sur le public des adultes vulnérables

Les Conseils départementaux occupent une place particulière dans la politique de lutte contre les maltraitements. En effet, désignés comme chefs de file de l'action sociale départementale, ils ont à ce titre la mission d'accompagner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap du département. Dès 2002, les CD sont désignés pilotes de la prise en charge d'urgence des victimes de maltraitance puis dans l'organisation de configurations d'acteurs permettant de mieux traiter

¹⁷ Art. 40- 2 du Code de procédure pénale portant sur l'obligation de dénonciation de crimes et délits incombant aux fonctionnaires.

leur situation (cf. annexes 1 et 2). Étant un acteur de proximité doté de travailleurs sociaux professionnels, les signalements passent souvent par leur intermédiaire (2.2.2.1). Cette mission de protection des personnes vulnérables et de lutte contre les maltraitements est investie de manière très variable selon les départements et l'on constate une grande variété quant au portage politique qui se traduit par des organisations disparates et souvent précaires (2.2.2.2). Enfin, le traitement du signalement se confond parfois avec le traitement de la situation (2.2.2.3).

2.2.2.1 La convergence de signalements aux provenances très diverses

Les CD étant identifiés comme acteurs de proximité de la lutte contre les maltraitements, les signalements qu'ils ont à traiter proviennent d'un ensemble d'acteurs de leur territoire. Au niveau infradépartemental, les travailleurs sociaux peuvent repérer des situations de maltraitance lors de l'instruction de demandes de droits concernant le handicap, la perte d'autonomie, l'insertion ou la protection de l'enfance (sur dossier ou lors des visites à domicile). Le cas échéant, ils transmettent les dossiers au service central du CD, qu'il soit spécialisé ou non, lorsqu'il s'agit de maltraitance ou qu'il y a suspicion de maltraitance.

Les services sociaux du territoire peuvent aussi recevoir des alertes de la part de plusieurs acteurs institutionnels ou individuels qui sont en lien direct avec des personnes en difficulté ou vraisemblablement victimes de maltraitance. Les acteurs mentionnés par les enquêtés sont les suivants :

- les personnes victimes, leur famille, les voisins ;
- les mairies et les CCAS (souvent le premier interlocuteur de proximité dans les villages) ;
- les services de proximité des politiques de l'autonomie, comme les guichets uniques pour les personnes âgées au niveau des communautés de communes (terrain 3) ;
- les services à domicile, avec soins ou non (SAAD, SSIAD) ;
- les médecins traitants ou d'autres professionnels libéraux intervenant dans la prise en charge à domicile (par exemple les infirmiers et kinésithérapeutes) ;
- les établissements de soin, *via* leur service social ;
- les services de secours ;
- les bailleurs sociaux (terrain 5) ;
- les banques (repérage d'irrégularités sur les comptes bancaires (terrains 2, 3) ;
- la Mutualité sociale agricole (caisse de sécurité sociale des professions agricoles) ayant connaissance des difficultés sociales, familiales et de santé des personnes (terrain 3).

De plus, les services infradépartementaux peuvent être mis au courant des situations par les procureurs de la République adressant des mandats pour des enquêtes sociales (« soit-transmis » – cf. 2.2.4.2). Dans ce cas, les CD ne sont pas les premiers alertés, car un traitement est déjà en cours.

Ces acteurs prennent contact par différentes voies, des plus informelles (appels) aux plus formelles (formulaire de signalement). Pour chaque alerte reçue, les services des CD produisent des accusés

de réception ou contactent directement les alerteurs pour obtenir des informations complémentaires, puis ils indiquent les suites données aux alertes, mais sans dévoiler le détail pour des raisons de confidentialité. Plusieurs enquêtes mettent en évidence les frustrations des personnes qui alertent et qui ne sont pas informées des suites données.

2.2.2.2 Des modèles organisationnels tributaires des volontés politiques locales

La pérennité des services départementaux consacrés à la vulnérabilité et à la maltraitance peut être fragilisée du fait de la nature facultative de ces thématiques dans l'organisation des services. Si volonté politique il y a, elle se traduit par la mise à disposition de ressources dédiées (services, postes). Par exemple, la personne à l'initiative de la création du service dédié aux majeurs vulnérables sur le [terrain 3](#) était et demeure perçue comme « *précurseure, visionnaire* », car elle a su convaincre le directeur général adjoint des Solidarités de créer le service. Malgré la forte implication d'un ensemble de partenaires institutionnels engagés dans le schéma départemental (cf. monographie terrain 3 en [annexe 18](#)), le responsable du service occupant ce poste au moment de l'enquête continue à défendre l'organisation auprès des élus et des directeurs de services qui changent au fil des mandatures.

« Ça peut être fatigant au bout d'un moment [...de chercher à convaincre les élus du bien-fondé du service dédié aux majeurs vulnérables, alors que] quand il y a une politique obligatoire, y a une assise, une politique, on est légitime. Voilà, il y a la légitimité de dire "mais non, mais cette mission, elle est pas à votre bon vouloir et ça fait partie de la politique sociale qui doit être conduite au niveau national". Voilà, je pense que c'est vraiment important quoi, parce que sinon je vous dis, ça repose sur des humains, sur des personnes, et à tout moment, tout peut être balayé. » (Responsable du service dédié aux majeurs vulnérables, CD, [terrain 3](#))

Le portage politique se traduit aussi par des partenariats formels *via* une ou plusieurs conventions avec les autres acteurs centraux du dispositif de signalement (ARS, TJ et DDETS). Ce portage a des répercussions sur l'organisation interne des CD :

- pour traiter des situations de maltraitance, certains s'appuient sur des **services généraux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées** qui peuvent être chargés d'espaces de concertation sur les situations de vulnérabilité et de maltraitance ([terrains 1, 4, 5, 8](#)), ou comprennent des postes spécifiques (chargée de mission prévention et lutte contre la maltraitance – [terrain 6](#)) ;
- d'autres encore disposent de **services consacrés à la gestion des publics adultes vulnérables** pouvant être en situation de maltraitance : service dédié aux majeurs vulnérables au sein de la direction de l'Action sociale ([terrain 3](#)), pôle bientraitance au sein de la direction de l'Autonomie ([terrain 2](#)) ;
- et certains d'entre eux cherchent à développer le **principe du « guichet unique » ou « guichet intégré »** afin de proposer une seule porte d'entrée d'alerte pour les publics et les témoins (réception des alertes), ainsi que des circuits de traitement des situations (constituer les dossiers, signalements au procureur de la République) ([en projet sur les terrains 2, 4, 6](#)) – y compris *via* des espaces de concertation –, voire pour animer de la politique publique de lutte contre la maltraitance ([terrain 3](#)).

Au sein du dispositif de traitement des signalements de maltraitance, les CD ont à la fois un rôle d'autorité publique chargée de la réception des alertes, de leur transmission en interne et en externe, mais aussi un rôle de pourvoyeur d'accompagnement des personnes concernées. En cela, les CD sont des alertés, des signalants et des accompagnants. Différents circuits existent en fonction des alerteurs, des types de demandes, des informations recueillies sur les situations. Ces découpages ne sont pas si nets dans les pratiques et plusieurs procédures peuvent être menées en parallèle ([terrain 3](#), cf. encadré ci-dessous).

Illustration des circuits de traitement des alertes sur un terrain

- **Demande d'évaluation sociale** : le service central saisit les services sociaux des territoires en vue d'une évaluation sociale de la situation (*via* leur mandat). Les travailleurs sociaux en charge de cette évaluation peuvent solliciter les acteurs présents dans la situation (médecin, cabinet infirmier, service d'aide à domicile, *etc.*) pour la compléter et faire des recommandations d'actions (mise en œuvre de dispositifs de droit commun, introduction d'une mesure de protection juridique, signalement au pénal, orientation vers l'instance, *etc.*). À l'issue de l'évaluation, plusieurs actions peuvent être envisagées :

- signalement au procureur de la République en cas de maltraitance avérée ;
- demande de mesure de protection au parquet civil ;
- plan d'action pour accompagner la situation, avec des bilans à 3, 4, 6 mois pour veiller à la mise en œuvre du plan. Le plan peut consister en un accompagnement social, une orientation en centre médico-psychologique, la mobilisation de l'équipe mobile précarité psychiatrie ;
- traitement par l'instance multipartenariale en cas de blocage, notamment par manque d'adhésion de la personne aux solutions d'accompagnement ;
- fin du traitement, mais conservation des éléments, s'il n'y a pas de qualification de vulnérabilité ou de maltraitance.

- **Traitement en instance multipartenariale départementale** si c'est une situation complexe, dès que les premiers éléments sur la situation sont réunis. Pendant cet examen pluridisciplinaire, plusieurs mesures sont possibles, comme pour le circuit hors instance (signalement au TJ, demande de protection, plan d'action pour accompagner la situation du point de vue social, médico-social, soins, *etc.*).

- **Réorientation** vers un acteur qui accompagne la situation lorsque le service estime qu'il s'agit de nouvelles informations sur une situation déjà connue, mais qui ne présente pas de complexité dans la mise en œuvre de l'accompagnement.

- **Signalement au procureur de la République**, en fonction des éléments rapportés par l'alerteur, parfois dès réception du dossier et si aucun autre acteur n'a signalé ou ne souhaite signaler.

Si peu de CD formalisent à l'écrit et diffusent leur circuit de traitement des alertes et signalements (logigramme d'instruction des signalements par les commissions – [terrains 1, 3, 6](#) ; étapes de traitement des situations – [terrains 4](#)), cela ne signifie pas qu'il n'existe pas de pratiques régulières. Les acteurs interrogés témoignent de **circuits plus ou moins formels** et ajustés au cas par cas selon

les situations, selon les acteurs impliqués ou à impliquer dans le traitement, en fonction de l'urgence et des ressources à disposition des acteurs.

2.2.2.3 Une quête d'informations pour évaluer les situations

Comme décrit précédemment, le traitement des alertes et signalements par les CD correspond à une série de tâches relatives à l'évaluation des situations, à leur accompagnement et à leur suivi. Pour chacune de ces tâches enchevêtrées se pose la question de disposer des informations pertinentes et exhaustives. Les CD, ayant l'organisation et les compétences nécessaires, sont à même de mobiliser un réseau de partenaires pour recueillir des informations sur les situations.

Ainsi, les CD recueillent des compléments d'information auprès des alerteurs et de l'entourage de la personne concernée, qu'il soit profane (familles, voisins, *etc.*) ou professionnel (médecin traitant, kinésithérapeute, MJPM, *etc.*). Ils sollicitent d'autres sources potentielles d'informations comme les services sociaux généraux ou les équipes d'évaluation des prestations de l'autonomie ou du handicap au niveau central ou infradépartemental du CD, les services sociaux municipaux et d'établissements de santé, auprès des forces de l'ordre, des tribunaux judiciaires. Autrement dit, il s'agit d'**explorer les champs du social (y compris le logement), de la santé, de la sécurité**. Les contacts avec ces acteurs dépendent pour le CD des relations formelles et informelles entretenues avec les institutions ou les individus. Les travailleurs sociaux des CD peuvent également réaliser des visites à domicile ou recevoir les personnes concernées, ce qui peut favoriser leur adhésion aux mesures et accompagnements proposés. À noter que l'utilisation d'outils pour évaluer la vulnérabilité ou la maltraitance (grilles de cotation, listes d'items, *etc.*) n'est pas systématique (*cf.* 2.1.1.3 ; banque d'outils en annexe 27).

En fonction de la gravité perçue par le service au niveau infradépartemental, certains dossiers sont transmis en urgence au service central du CD, le cas échéant, sans attendre les réunions hebdomadaires de passage en revue des dossiers qui se déroulent au niveau infradépartemental (terrain 3). Pour les situations en établissement, les CD redirigent les alertes vers les agents chargés du développement et de la qualité des établissements médico-sociaux, ou vers les espaces de traitement conjoints avec les ARS (*cf.* 2.2.1 ; 2.2.2). Tout au long de cette transmission d'informations, l'anonymat des personnes signalant peut être maintenu à leur demande.

Selon les terrains, les CD mobilisent des **espaces de traitement** composés de partenaires aux expertises diverses et complémentaires pour évaluer collectivement les situations et éventuellement prendre des décisions communes quant à leur traitement. Les membres de ces espaces, qu'ils soient permanents ou invités ponctuellement sur les situations, ont par exemple pour mission de consulter leurs bases de données : dossiers patients (CHS), fichiers de police, dossiers d'usagers concernant le sans-abrisme, l'habitat insalubre, l'expulsion (préfecture), mesures de protection (parquet), *etc.* (terrain 3) (*cf.* 2.1.2.2).

2.2.3 Les ALMA, un rôle d'écoute en marge du dispositif officiel

Les associations ALMA occupent une place particulière dans le dispositif de signalement. Elles assurent une mission essentielle d'écoute et de conseil grâce au numéro national 3977 ou aux numéros locaux (2.2.3.1). Toutefois, ces associations se trouvent en position ambivalente : elles se situent à la fois en amont du signalement et en marge des dispositifs locaux de traitement, ce qui limite leur intégration et leur reconnaissance dans la chaîne de signalement (2.2.3.2).

2.2.3.1 Des interlocuteurs de première ligne pour établir un lien

Le numéro 3977 repose sur une plateforme téléphonique nationale, mise en place dès le milieu des années 1990 par des associations engagées dans la lutte contre la maltraitance¹⁸. Le centre d'écoute a d'abord eu une couverture régionale en Île-de-France, puis nationale. Il s'inscrit dans la continuité d'un dispositif et d'acteurs existant pour le public des personnes âgées : il remplace le numéro « Solidarité vieillesse » et s'étend progressivement aux personnes handicapées en 2002. Deux acteurs associatifs font fonctionner le dispositif d'écoute : les appels peuvent parvenir aux niveaux local et national, puis le suivi des cas est systématiquement réalisé au niveau local (fig. 2). Depuis 2008, l'association HABEO (Handicap, âge, bientraitance, écoute, orientation)¹⁹ gère la plateforme d'écoute du numéro national 3977²⁰, tandis que les bénévoles assurent une permanence téléphonique et recueillent les informations sur les situations et d'en faire une première analyse. En plus de cette mission d'écoute, ALMA mène des actions de prévention : formations ciblées, campagnes d'affichage, plaquettes, bandes dessinées, pièces de théâtre ou dispositifs expérimentaux (terrains 1, 2, 5, 6).

Les associations ALMA (Allô maltraitance)²¹ prennent le relais pour suivre les cas et mobiliser des acteurs locaux afin de proposer des solutions adaptées. L'appelant (victime ou témoin) peut être recontacté par une association ALMA ou par un partenaire du réseau (comme une association de victimes) afin d'engager les démarches jugées nécessaires, y compris le signalement au procureur de la République. Les comités techniques de pilotage installés au niveau local peuvent aussi étudier certaines situations au sein d'une équipe pluridisciplinaire (juristes, médecins, psychologues, infirmiers, policiers ou assistantes sociales). Dans le schéma ci-après destiné au grand public, hormis les situations d'urgence pour lesquelles les forces de l'ordre ou les services de secours sont mobilisés, rien n'est précisé sur les acteurs avec lesquels coopérer pour signaler des faits de maltraitance et chercher des solutions (fig. 2).

¹⁸ Les paragraphes qui suivent sont tirés de la thèse d'Estelle Aragona (2022).

¹⁹ En 2011, l'AFBAH (Association francilienne, puis française, pour la bientraitance des âgés et des handicapés) devient HABEO (Handicap, âge, bientraitance, écoute, orientation).

²⁰ Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

²¹ Le réseau, créé en 1994, constitue un maillage de 52 centres départementaux ou interdépartementaux, couvrant 74 départements et 1 collectivité d'outre-mer, animé par plus de 600 bénévoles formés.

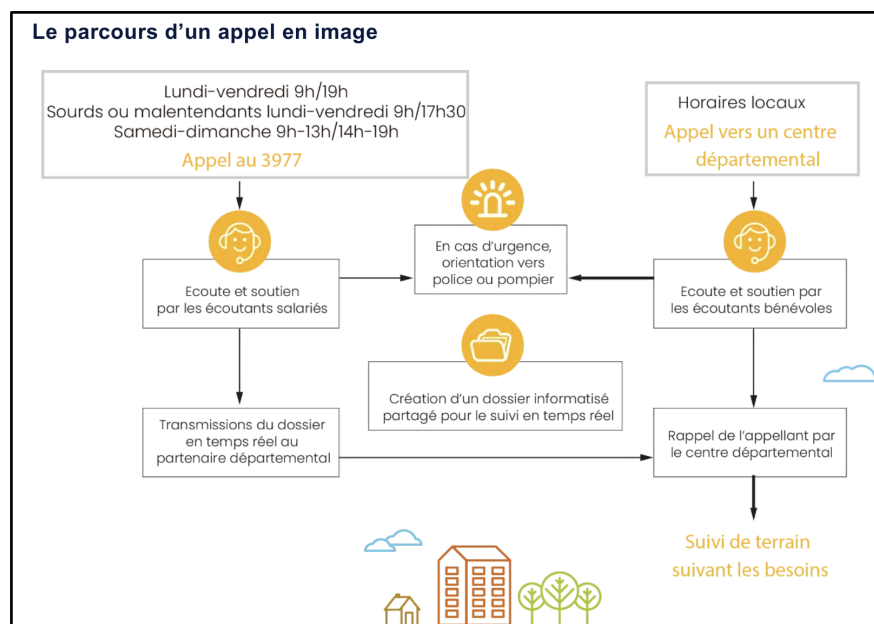


Fig. 2. Circuit de traitement des appels (3977.org [consulté en juin 2024])

En outre, la politique des ALMA consiste à accompagner les appelants à porter plainte lorsqu'ils sont directement concernés ou à signaler lorsqu'il s'agit de tiers (professionnels ou proches). Le signalement de la part d'ALMA est considéré comme un dernier recours qui est justifié lorsque la situation est trop problématique et qu'aucun professionnel ou proche ne peut porter le signalement. ALMA peut aussi accompagner des situations de maltraitances avérées, mais dont le caractère d'urgence ou de criticité est parfois minimisé par le dispositif de traitement du signalement. C'est le cas d'une personne âgée ayant été harcelée anonymement à son domicile pendant trois ans : malgré le fort investissement d'ALMA ayant initié un ensemble de démarches (contact des services sociaux, plusieurs dépôts de plainte et signalements au procureur), aucune d'entre elles n'a abouti. La victime, pourtant autonome, a été contrainte de quitter son domicile pour entrer en EHPAD, dans lequel elle est décédée quelques mois plus tard ([situation A3](#)).

Enfin, quelques réclamations d'usagers ou de familles sont parfois transmises aux ARS par le biais d'ALMA qui transmet les fiches confidentielles de recueil des témoignages de maltraitance ; dans ce cas, ALMA reste l'intermédiaire entre l'ARS et le réclamant jusqu'à la levée de l'anonymat ([terrain 1, 5](#)). Certaines associations tutélaires, expliquent que leurs mandataires accompagnent des personnes protégées pour passer des coups de fil au 3977²² et seulement à leur demande. Les bénévoles se concentrent alors sur le soutien et l'information des appelants, tout en encourageant les victimes et témoins à agir.

²² Numéro national d'appel dédié à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap.

2.2.3.2 Une légitimité incertaine selon les configurations locales

Si les ALMA sont des acteurs clés dans la lutte contre les maltraitances au titre de la gestion du numéro d'appel 3977, leur reconnaissance par les autorités compétentes dépend beaucoup de configurations très locales en fonction du niveau d'intégration du numéro d'appel dans le dispositif local de traitement des signalements. Leur rôle se situe en amont du signalement, en tant qu'« intermédiaires de confiance », d'après le vocabulaire de la commission de promotion de la bientraitance (cf. 2.2.3.2).

Nombre des appels traités concernent des situations à domicile, dont le repérage et le signalement sont de fait contingents et liés à la capacité de l'entourage profane (lesdits « proches ordinaires ») ou professionnel à reconnaître la maltraitance et à connaître les obligations afférentes. Deux obstacles freinent les signalements :

- les personnes concernées elles-mêmes, qui refusent de porter plainte ou de laisser un tiers signaler leur situation ;
- les témoins estiment que d'autres acteurs de proximité sont chargés de transmettre ces signalements et préfèrent se tourner vers des structures comme les CD, DAC (cf. 2.3.1.2) ou ALMA.

Cette dynamique fragilise l'articulation des signalements entre ALMA et les dispositifs officiels. En effet, les ALMA disposent tout au plus de suspicions ou de faisceaux indirects de preuve, ce qui ne correspond pas aux attentes des autorités publiques en matière de signalements. **Ils ne déposent que peu de signalements, faute d'éléments factuels concrets.**

Il est possible d'identifier deux configurations principales concernant l'intégration des ALMA dans les dispositifs locaux de lutte contre les maltraitances :

- Une configuration connectée : il existe soit une convention entre le 3977 et les services du département qui habilitent des agents du département à consulter les fiches d'alerte produites par ALMA, soit de l'interconnaissance qui permet des échanges privilégiés (terrains 1, 2, 6). Ces échanges privilégiés émergent prioritairement lorsque les bénévoles d'ALMA sont d'anciens professionnels de la santé ou du social ayant exercé sur le territoire.
- Une configuration déconnectée : le travail d'ALMA est déconnecté du dispositif de traitement des signalements (terrains 3, 4, 5). Sur l'un des terrains, les appels arrivant au 3977 sont même réceptionnés par l'association du département limitrophe, car l'association locale a disparu au profit d'un service dédié au sein du CD (terrain 3). Parfois, des conventions ont existé et sont évoquées par ALMA, mais les personnes référentes des institutions signataires ayant changé de poste, elles ne sont plus utilisées.

Les interruptions de conventions et le manque d'échanges formels entre ALMA et les institutions freinent leur intégration. Les acteurs du dispositif de signalement sollicitent peu les ALMA pour obtenir des informations ou un avis sur une situation. Par exemple, le procureur de la République du terrain 1 déclare ne pas recevoir de signalements de la part d'ALMA, qui affirme au contraire pouvoir le contacter pour certaines situations : il s'agit donc d'un circuit théorique de traitement.

Sur un autre terrain, la substitut du procureur suppose qu'ALMA sollicite plutôt les services du CD ([terrain 4](#)). Enfin, sur le [terrain 5](#), ALMA porte des signalements de façon exceptionnelle (3 par an maximum) : si la situation est considérée comme très critique, ALMA double le signalement pour lui donner davantage de poids ; si les professionnels voulant signaler souhaitent rester anonymes, ALMA prend la responsabilité de déposer le signalement ([situation C7](#)).

Cette situation renforce l'ambivalence du rôle d'ALMA : **bien qu'elles soient reconnues pour leur mission d'écoute, leur capacité d'action dans la chaîne de signalement reste limitée**. Les configurations locales amplifient ces difficultés, avec une reconnaissance variable selon les territoires. Face à cette variabilité, la loi dite « Bien vieillir » vise à harmoniser les pratiques et à renforcer la collaboration entre les ALMA et les nouvelles cellules de signalement. En effet, elle énonce que les cellules de signalements nouvellement créées et les associations ALMA doivent établir des protocoles pour que les secondes transmettent les situations aux premières²³. La mise en œuvre de la nouvelle loi représente une opportunité pour formaliser leur place dans la chaîne de signalement et renforcer la collaboration avec les autorités même si certains bénévoles d'ALMA s'en inquiètent et y voient un risque de marginalisation des ALMA et de la fédération 3977.

2.2.4 Les tribunaux judiciaires, sollicités tardivement dans le traitement des situations

Hormis pour les situations d'urgence pour lesquelles ils sont sollicités systématiquement, les procureurs sont rarement intégrés dans les espaces collégiaux de traitement des situations. Il s'agira de décrire les différentes provenances des signalements (2.2.4.1), les modalités d'instruction des signalements (2.2.4.2) et les enjeux relatifs aux suites données à ces signalements (2.2.4.3).

2.2.4.1 La provenance des signalements détermine les informations à disposition de la justice

Les tribunaux judiciaires sont chargés de recevoir et d'instruire les signalements provenant des membres du dispositif de traitement des signalements (CD, ARS, forces de l'ordre, y compris les MPF et les ISCG²⁴) ou d'autres types d'acteurs pouvant être catégorisés comme suit, en référence aux travaux de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance²⁵ :

- les « proches ordinaires » : familles, proches, co-résidents, associations de quartier et de proximité ;

²³ Article 13 de la loi Bien vieillir, devenu article L. 119-2 al. 2 CASF.

²⁴ Les ISCG sont des travailleurs sociaux aux statuts divers, notamment employés par les mairies et par les associations de victimes. Leur déploiement s'accélère depuis le Grenelle des violences conjugales de 2019. Ils réalisent des permanences dans les commissariats et dans les gendarmeries afin d'accueillir les victimes ou les mis en cause qui rencontrent des difficultés sociales ; d'évaluer leurs besoins ; de les orienter vers les accompagnements adaptés ; de faire le lien avec les acteurs en charge de réaliser les accompagnements.

²⁵ *Op. cit.*, p. 33.

- les « intermédiaires de confiance » : bénévoles du dispositif national d'écoute lié au numéro 3977 (associations ALMA), acteurs des dispositifs locaux d'écoute mis en place par certaines municipalités, personnes qualifiées ;
- les « professionnels de l'accompagnement » : soignants, professionnels du médico-social en services, établissements ou en activité libérale ; associations gestionnaires et directeurs d'établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ; DAC ; MJPM.

Les substituts et procureurs interrogés n'ont pas de connaissance précise de la proportion des provenances des signalements, car ils ne produisent pas de données de ce type dans le cadre du suivi de leur activité. Ils listent plutôt, pêle-mêle, les acteurs qui signalent. Ils peuvent toutefois affirmer qu'une majorité de signalements provient des CD, émanant des services centraux (généraux ou consacrés aux thématiques de la vulnérabilité et de la maltraitance) ou infradépartementaux (services sociaux) (cf. 2.2.2.1). En effet, les services des CD servent souvent d'intermédiaires pour les alerteurs qui repèrent les situations à domicile ou en établissement de santé ou médico-social.

Par exemple, l'association tutélaire rencontrée (MJPM) incite les personnes sous sa protection à porter plainte directement (en les aidant si besoin) et à relayer pour que les CD portent les signalements aux procureurs. Pourtant, les associations tutélaires sont considérées comme celles devant porter les signalements, car elles connaissent les procédures judiciaires et ont des facilités à travailler avec les tribunaux (terrain 4). Lorsque les MJPM sont eux-mêmes alertés en premier lieu par les professionnels de santé ou les services intervenant à domicile, ils encourageant ces derniers à porter le signalement directement au TJ, en leur rappelant l'obligation de signalement et la nécessité de produire des écrits sur leurs constats (terrain 4). Dans ce cas, l'association tutélaire est un relais du signalement auprès d'acteurs ayant des réticences à signaler, par méconnaissance ou crainte des effets du signalement sur la relation de confiance établie avec les usagers ou patients. Transmis aux procureurs de la République, ces signalements prennent la forme de courriers libres – parfois accompagnés de certificats médicaux de la part des médecins –, de demandes pour des mesures de protection, de signalements pour des situations de vulnérabilité ou de maltraitance (par exemple le formulaire de signalement au procureur de la République en cas de suspicion de maltraitance ou d'abus de faiblesse, terrain 5), ou de transmissions d'informations de la part des forces de l'ordre. Si ces supports sont hétérogènes, ils comportent généralement les mêmes types d'informations sur :

- la personne qui signale et sur les témoins potentiels de la situation ;
- la personne concernée par la situation (état civil, situation familiale, coordonnées), son environnement (conditions de logement), sa situation financière et patrimoniale, *etc.* ;
- sa santé et sur les interventions de professionnels de santé, du médico-social, *etc.*

Du point de vue des procureurs et substituts du procureur enquêtés, il est indispensable que les données transmises soient exhaustives et évaluées en amont, afin qu'ils puissent traiter de façon efficace et pertinente les signalements (choix du circuit civil et/ou pénal, types de mesures). La

« chaîne de transmission des informations » est effectivement un enjeu fort, en particulier pour les cas limites du fait de leur complexité ou des difficultés d'accès aux informations :

« Parfois, on va avoir des signalements, mais on sait pas si on s'oriente vers la saisine d'un juge des tutelles ou si on s'oriente vers une enquête pénale. Ou alors on va être saisi par un courrier d'un particulier qui demande plein, plein, plein, plein de choses. Donc là c'est des choses qui sont pas claires, qui sont dans des zones grises. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 4](#))

De fait, les procureurs et substituts valorisent les pratiques de transmission d'informations qui répondent à leurs attentes et regrettent que les représentations liées au signalement, et plus largement la méfiance envers la justice, nuisent selon eux à la quantité et à la qualité des informations mises à leur disposition sur les situations :

« C'est vrai que l'intérêt des contacts avec [le CD], c'est qu'on a en effet des informations qui sont standardisées et donc on va directement à la conclusion. Et surtout c'est un acteur qui connaît parfaitement la répartition des fonctions et notamment des matières, ce qui relève du civil, des mesures de protection, ce qui relève du pénal et de la nécessité de faire une enquête. Et donc ils savent nous alerter quand la situation est urgente, ou suivre le circuit classique quand ça allait pas nécessairement... Alors que ça peut être plus délicat pour d'autres acteurs. C'est que parfois on est obligé de redemander des informations ou de demander des précisions, donc ça grippe un peu l'efficacité de la chaîne de transmission des informations. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 4](#))

De même, la connaissance par les associations tutélaires des procédures et des attentes des services de la justice en termes de signalement leur permet de produire des documents complets et directement traitables. Par exemple, un responsable d'antenne d'une association veille à apporter le plus d'informations possibles lors des signalements, aussi bien sur les constats que sur les coordonnées à communiquer pour être informé du traitement fait par le TJ ([terrain 4](#)).

2.2.4.2 Les modalités d'instruction des signalements : des moyens efficaces pour centraliser des informations

Les TJ ont quatre moyens d'obtenir des informations :

- les demandes d'informations complémentaires (uniquement administratives pour certains terrains ou de tout type pour d'autres) aux personnes qui signalent, *via* les greffiers ;
- les demandes de notes administratives (appelées « soit-transmis ») aux administrations (en particulier CD, CCAS) ou les demandes d'informations aux professionnels connaissant la situation (médecin traitant, SSIAD, *etc.*) ;
- les demandes de « soit-transmis » aux médecins experts (certificats médicaux) ou aux enquêteurs agréés par la justice pour mener des enquêtes sociales ;

« Pour pallier ce manque [d'accès aux données], j'ai pris contact avec des enquêteurs sociaux qui étaient déjà utilisés par les juges des tutelles eux-mêmes. [...] Sur des situations complexes, notamment quand on est saisi par des particuliers ou par des médecins traitants, où là on a vraiment rien [comme informations], là je demande aux enquêteurs, je fais un "soit-transmis" pour les enquêteurs, pour des enquêtes sociales. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 4](#))

La procureure du [terrain 3](#) explique que l'instance multipartenariale de traitement des situations permet justement d'éviter le recours aux enquêteurs sociaux, puisque les membres de l'instance s'engagent à transmettre toute information utile sur les situations (*cf.* [2.2.2.3](#)) :

« Si je suis sur une famille où j'ai peu d'informations où je sens que la situation est difficile, bien sûr que j'ai comme outil d'ordonner une enquête sociale. J'ai une enquêtrice sociale [agrée par la justice] qui peut me débayer la situation. Mais l'intérêt, justement, de cette instance, c'est qu'on peut se débrouiller avant d'arriver à une enquête sociale, on a plein d'éléments, on croise, on est pluridisciplinaire. » (Procureure de la République, TJ, [terrain 3](#))

- les mandats à la police ou à la gendarmerie pour enquêter, en fonction de la compétence territoriale, afin d'identifier des faits inscrits dans le Code pénal. En cas de situation de danger ou de personnes « très carencées », sans entourage ou qui ne répondent pas aux sollicitations, voire « insaisissables », c'est le moyen privilégié pour recueillir des informations ([terrain 5](#)) :

« Pour tout ce qui est maltraitance, on retombe dans le pénal où dans un monde parfait on aimerait que tout soit bien carré, mais en réalité, on fait les choses avec ce qu'on a, et c'est vrai que c'est souvent les services de police ou de gendarmerie derrière qui vont aller à la pêche aux informations et qui vont regrouper et récupérer ce qu'on attend. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 5](#))

Les greffiers, en tant que garants du bon déroulement de la procédure judiciaire, constituent les dossiers (réception des signalements et recherche d'informations) et les transmettent aux magistrats du parquet (substituts ou procureurs), suivant une priorisation des dossiers en fonction de l'urgence ([terrain 5](#)) et une éventuelle réorientation de la procédure. Par exemple, pour les demandes de mesure de protection émanant des EHPAD (pouvant mettre en évidence des situations de vulnérabilité ou de maltraitance), le TJ demande aux familles en capacité de faire les démarches (et qui ne sont *a priori* pas mises en cause dans la situation), de saisir d'elles-mêmes le juge des tutelles afin de limiter les frais de justice ([terrain 5](#)). Les greffiers interviennent ensuite en cours de procédure pour informer les acteurs au sujet des délais, de l'avancement des dossiers (sauf en cas de secret d'enquête) et des éventuelles audiences, à la demande des acteurs ayant signalé ou de manière systématique en fonction des terrains ; puis en fin de procédure pour authentifier les actes juridictionnels, c'est-à-dire les décisions rendues, notamment par les juges des contentieux de la protection et par les juges d'instruction.

2.2.4.3 Les choix de procédures : des marges de manœuvre pour agir rapidement sur les situations

En matière civile, les juges des contentieux de la protection (ex-juges des tutelles) sont chargés de prendre des décisions en matière de protection juridique (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle). En matière pénale, les décisions consistent en la qualification de délits ou crimes, impliquant la responsabilité d'une personne mise en cause. Puisque la maltraitance ne figure pas dans le Code pénal, les faits peuvent être qualifiés de violences, c'est-à-dire des « *infractions de droit commun sur une personne vulnérable* » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 1](#)) (cf. [1.1.1](#)) :

« Pour nous, la maltraitance en tant que telle, elle existe évidemment humainement, mais on va la qualifier d'infraction pénale que si il y a une notion de violence ou derrière une notion de non-assistance à personne en danger. La maltraitance en elle-même ne veut rien dire pour nous, si on prend vraiment le purement pénal. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 5](#))

Les magistrats du parquet peuvent recourir à plusieurs procédures en parallèle ou en différé afin de garantir la protection des personnes et de contribuer à ce que la situation de maltraitance cesse.

Ainsi, les requêtes pour des mesures de protection donnent souvent lieu à des sauvegardes de justice qui participent à la protection financière des personnes, en particulier dans un contexte de précarisation. C'est aussi une solution temporaire pour des situations qui ne nécessitent *in fine* pas de mesure de protection.

En cas de maltraitance présumée, la substitut ([terrain 4](#)) estime qu'opter pour le circuit pénal peut être contre-productif : si les faits ne sont pas caractérisés, alors il y a classement sans suite, parfois après des mois d'enquête sans trouver de preuves. Or, un accompagnement permet de mieux comprendre la situation et mieux qualifier les faits, notamment par l'intervention d'associations de victimes ou d'ISCG qui proposent un « **regard social sur une situation a priori pénale** [...car] ça peut être intéressant de faire entrer le social dans la situation, plutôt que de saisir le parquet » pour des signalements dont le traitement n'aboutit pas systématiquement rapidement ([terrain 4](#)). C'est par exemple le cas des violences intrafamiliales (ex : injures ponctuelles, aidants familiaux qui perdent patience face à une personne vulnérable au domicile) :

« Il y a souvent des situations où on se dit “bah il faudrait qu'il y ait une assistante sociale qui vienne au domicile, il faudrait que y ait des gens qui passent”, etc. Mais nous, le pénal, il sert pas à ça, le pénal, il sert à statuer, à constater l'infraction, y mettre fin et sanctionner l'auteur, mais ça ne résout pas la problématique de fond de la violence au sein de la famille ou des personnes. Et dans ces cas-là où parfois ça m'est arrivé de solliciter des gendarmes, de prendre contact avec une association d'aide aux victimes pour éventuellement essayer de faire ce travail-là de médiation au sein de la famille. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 4](#))

Dans une autre approche, la substitut ([terrain 5](#)) a recours à l'enquête pénale pour obtenir les moyens d'écarter, au moins temporairement, l'entourage mis en cause et ainsi accéder aux personnes victimes. Par exemple, pour le signalement de services à domicile qui ne parviennent plus à accéder à une personne âgée depuis que son fils est revenu vivre avec elle, des mesures sont prises pour entrer au domicile :

« Basculer en suspicion de violence sur personne vulnérable, ça me permet d'avoir un cadre d'enquête, ça me permet d'aller au domicile, ça me permet de faire une audition de madame, ça me permet de faire une audition de monsieur. Et peut-être que j'aurai pas d'éléments suffisants pour dire qu'il y avait de la violence ou de la maltraitance, mais au moins j'ai eu des outils contraignants pour faire avancer les choses et peut-être pour à un moment donné, isoler madame loin de son fils et faire en sorte que les travailleurs sociaux puissent reprendre la main à ce moment-là. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 5](#))

Par ailleurs, les TJ reçoivent des signalements qui ne concernent pas l'institution judiciaire, mais qui permettent aux personnes qui signalent de montrer qu'elles agissent :

« Au bout d'un moment, quand on sait plus quoi faire d'une situation, on va un peu se couvrir et on va faire ce qu'on est obligé par la loi, c'est-à-dire qu'on va faire un signalement au parquet. Et du coup, il y a des trucs, parfois on est destinataires de documents, de courriers, de machins et en fait on le lit, on fait “Mais... D'accord, mais, et donc ? Qu'est-ce que vous voulez derrière ?” Si c'est juste m'écrire pour me le dire et pour pouvoir dire dans 3 mois quand quelque chose ce sera mal passé, “Ah oui, mais j'avais écrit au parquet y a 3 mois”, ça sert à rien. [...] Et comme la police, parfois la police nous appelle sur un truc, on va pas se mentir, c'est juste pour pouvoir dire qu'ils l'ont dit au parquet et c'est une question de responsabilité, en fait. » (Substitut du procureur de la République, TJ, [terrain 5](#))

Les représentants des tribunaux judiciaires rencontrés regrettent d'être parfois perçus avec méfiance, plutôt que comme des ressources. Ils souhaiteraient être davantage intégrés dans le

dispositif de signalements des maltraitances, car **leur expertise, si elle était mobilisée plus en amont, permettrait d'éviter que des situations se détériorent.**

2.3 Animer et organiser la coopération territoriale autour des situations de maltraitance

Les cellules « Bien vieillir » se donnent pour but de centraliser l'ensemble des signalements et de coordonner les différents circuits de signalement. Sans préjuger de l'effectivité du texte de loi sur la réduction des lacunes en matière de coordination entre les acteurs du dispositif de signalement, décrites dans la partie précédente, les cellules devraient permettre de mieux recevoir l'ensemble des situations de maltraitance envers les adultes vulnérables. En revanche, une question portée par plusieurs enquêtés reste en suspens : **comment s'assurer qu'une fois signalées, les maltraitances cessent ?**

Chaque terrain enquêté présente sa propre organisation en matière de gestion des situations signalées. La gestion de cas (*case management*) renvoie à un ensemble de modalités de travail d'acteurs professionnels ou profanes (entourage familial) pour proposer les accompagnements adéquats aux personnes en perte d'autonomie, comme pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Depuis le début des années 2000, cette approche ouvre un nouveau champ professionnel à l'interface des secteurs sanitaires et sociaux (Corvol *et al.*, 2012), dans une vision holiste de la personne et de son parcours de vie. De nouvelles professions comme les « pilotes MAIA » (Bertillot, 2017) ou de nouveaux outils d'évaluation de la fragilité ou de la vulnérabilité se diffusent à partir de modèles anglo-saxons ayant émergé dans les années 1970.

Pour ce qui nous intéresse, le traitement des alertes et signalements des situations de maltraitance s'inscrit dans la même approche globale et repose sur des outils spécifiques de coopération qui permettent à des acteurs de champs différents de travailler ensemble (santé, médico-social, justice, sécurité, *etc.*). Cependant, les dispositifs de repérage et d'accompagnement des situations de maltraitance, ainsi que leur portage par les acteurs politico-administratifs ne font pas ou peu l'objet de réflexions collectives.

Autrement dit, les questions sur l'existence de ressources et sur les modalités d'organisation de ces ressources ne sont pas posées systématiquement sur chaque territoire. Le cas échéant, ces questions se traduisent par des organisations différentes. Les CD sont les acteurs centraux dans la mise en œuvre de solutions concertées d'accompagnement des victimes, car ils disposent des compétences et des réseaux de proximité nécessaires pour animer et organiser ce travail partenarial. Cependant, la lutte contre la maltraitance, qui s'inscrit dans une mission plus générale de protection des personnes vulnérables, ne dispose pas de financements dédiés, ce qui en limite la portée. Cela explique également que l'organisation et la structuration de cette coopération varient d'un territoire à l'autre. Dès lors, **cela n'aurait pas de sens de promouvoir un modèle d'organisation non transposable, faute de moyens, d'un territoire à l'autre.**

Nous présenterons l'articulation des espaces de concertation de gestion de cas situés auprès des CD et des réseaux de professionnels de proximité au niveau infradépartemental (2.3.1), puis montrerons que cette articulation prend des formes différentes allant du plus formalisé au plus informel (2.3.2).

2.3.1 Animer un travail partenarial autour de la gestion de cas

Sur les territoires, le travail partenarial est généralement coordonné par les professionnels des conseils départementaux. Ce travail vise principalement à garantir que les décisions prises lors des espaces de concertation soient effectivement mises en œuvre, en mobilisant un réseau de proximité autour de la personne victime. Nous examinerons d'abord la manière dont ce travail partenarial se déroule (2.3.1.1), puis, à travers un exemple concret, nous illustrerons comment il peut s'articuler avec des partenaires privilégiés, tels que les DAC (2.3.1.2).

2.3.1.1 Articuler les espaces de concertation avec les réseaux de proximité

Les CD examinent les situations qui leur sont signalées dans le cadre de leurs services, généralistes ou dédiés, et au sein d'espaces de concertation²⁶ (cf. 2.2.2). Ces espaces s'articulent par la suite, avec des réseaux d'acteurs locaux en capacité de mettre en œuvre les solutions d'accompagnement des personnes. Il y a donc deux types de collectifs interdépendants, les uns au niveau des services des sièges des CD, les autres au niveau infradépartemental de proximité. Ces deux niveaux peuvent être conçus et formalisés pour être complémentaires et interagir ou peuvent résulter de dynamiques propres aux espaces dans lesquels ils s'inscrivent, c'est-à-dire sur les interconnaissances de professionnels, les portages associatifs et l'analyse commune de besoins locaux.

Les **espaces de concertation autour des situations**, désignés comme des instances ou cellules, sont des espaces d'examen des situations qui impliquent une diversité d'acteurs, tels que des travailleurs sociaux d'administrations publiques ou d'établissements de santé, des médecins et cadres de santé, des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, des magistrats, des policiers. Ces espaces mobilisent des expertises et des compétences complémentaires. Ils sont plus ou moins protocolisés, au sens d'un recours systématique à des outils (comme les documents types) et au respect d'étapes de traitement et de circuits d'informations.

²⁶ Les ARS examinent également les réclamations et signalements d'événements indésirables dans des services spécialisés et parfois dans le cadre d'instances conjointes avec les CD en cas de double compétence (cf. 2.2.1 ; 2.2.2).

Illustrations des espaces de concertation

Le [terrain 3](#) présente une instance multipartenariale particulièrement protocolisée, animée par le service du CD dédié aux majeurs vulnérables. Ainsi, un logigramme traduit le circuit de traitement de la situation ([fig. 3](#)) et un outil numérique de partage d'informations structure les échanges des membres de l'instance au sujet des situations. Chaque membre de l'instance s'engage à communiquer les informations auxquelles il peut avoir accès au sujet des personnes dont les situations sont examinées, à partir des bases de données à leur disposition. Le cas échéant, les membres sélectionnent les informations à partager et mentionnent leur avis sur les suites à donner, en particulier les mesures judiciaires à engager et les professionnels de proximité à mobiliser.

« L'intérêt de la chose, c'est d'avoir un espace de travail où chacun apporte sa contribution, en permanence. Donc c'est des situations qui évoluent au fil du temps, au fil des actions qui sont menées par les uns et par les autres. Et donc en temps réel, on va sur cet espace numérique de travail, on voit où on en est. On apporte aussi une contribution à l'approche des [réunions de l'instance], des [réunions] qui s'organisent régulièrement. **Cet espace numérique de travail, il est primordial, pour que ça fonctionne.** » (Chef d'état-major, police, [terrain 3](#))

Les situations sont ensuite présentées en réunions de l'instance (trois réunions par an) lors desquelles les membres de l'instance décident des actions à engager. Pour les situations déjà examinées en réunion, il s'agit d'évoquer l'avancement des situations toujours sans solutions ou d'acter la clôture des dossiers.

« La situation est présentée et chacun on intervient, on discute, on réagit, y en a un qui propose une piste, on rebondit, on amène les éléments nouveaux qu'on a pu avoir, etc. L'idée, c'est de **construire ensemble une proposition** ou de décider ensemble que c'est bon, c'est résolu, on sort la situation. » (Conseillère technique en travail social, DDETSPP, [terrain 3](#))

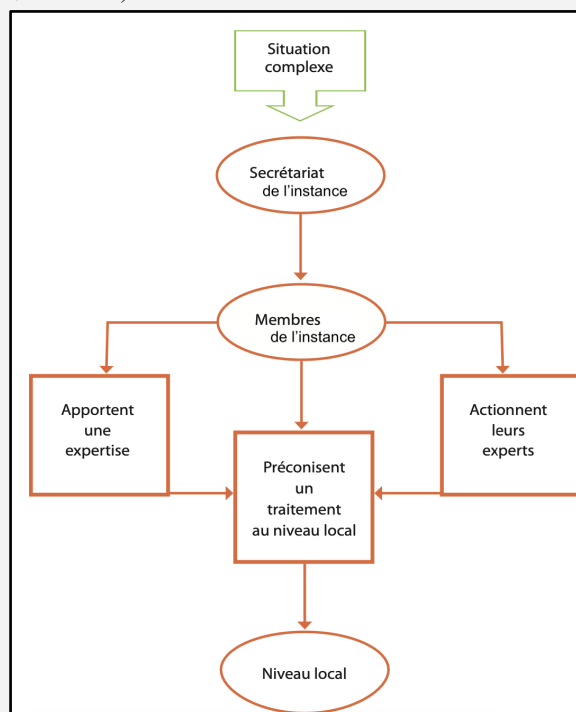


Fig. 3. Logigramme de traitement des situations par l'instance multipartenariale départementale ([terrain 3](#) – Guide pratique)

La cellule interinstitutionnelle départementale du [terrain 2](#) se réunit une fois par mois pendant deux ou trois heures et est animée par un agent du CD (direction personnes âgées et personnes handicapées). Jusqu'à vingt situations sont abordées par séance, en commençant par la veille des situations déjà connues mais non résolues (réévaluer, relancer les démarches de mise en œuvre des solutions). Sont notamment partagées les informations recueillies lors des appels au 3977, puisque le CD reçoit ces informations via un système d'information sécurisé ; celles sur l'existence ou non d'un volet pénal ; sur l'environnement de la personne concernée et sur ses prises en charges sociales et médicales. Un tableur de suivi des situations anonymisé est envoyé en amont aux participants avec les situations à traiter et est complété en séance.

Un autre exemple présente un espace de concertation principalement constitué d'agents de plusieurs services du CD, au niveau du siège et au niveau infradépartemental ([terrain 7](#)). Des infirmières de santé publique et en psychiatrie complètent les membres de la « concertation adultes ». Le temps dédié à chaque situation se structure en deux étapes : dans un premier temps, chaque situation est présentée puis débattue ; dans un second temps, l'instance élabore une synthèse avec des préconisations. L'envoi d'un document présentant la situation en amont de la séance permet aux membres permanents de la cellule de s'informer sur la personne victime et les personnes impliquées, depuis leur ancrage institutionnel. Comme sur d'autres terrains, les membres sélectionnent les informations sur la base du bon sens de chacun, la question du partage ne faisant pas l'objet d'une charte ou d'un accord explicite entre les membres.

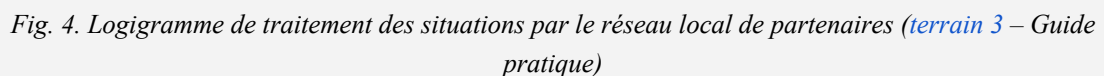
Au niveau infradépartemental, les **réseaux de proximité** décrits par les enquêtés correspondent aux acteurs, plus ou moins coordonnés, étant chargés de la mise en œuvre de solutions d'accompagnement des personnes. Cette mise œuvre peut supposer des phases d'évaluation des situations : en cela, le niveau de proximité ne se limite pas à l'application de plans d'action définis par les espaces de concertation décrits ci-dessus, et les réseaux de proximité peuvent agir sans l'aval des espaces de concertation. Les acteurs impliqués peuvent être les DAC pour les situations complexes, les services d'aide et de soins à domicile, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux ou encore les services tutélaires.

Illustrations des réseaux de proximité

Sur le [terrain 5](#), le territoire infradépartemental enquêté donne à voir un tissu partenarial particulièrement riche, né d'une demande sociale de la part des professionnels du soin, du social et du médico-social pour pallier le manque de ressources et le manque de clarté quant à l'écosystème. Développée et formalisée indépendamment de l'action du service de l'autonomie et de sa « cellule de crise », la « plateforme d'évaluation transversale » examine les situations complexes, en dernier recours, à raison de dix séances par an durant en moyenne 1h-1h30. Les personnes présentes (entre quatre et vingt participants) sont invitées, car elles sont en proximité des situations examinées. La plateforme examine et suit une vingtaine de cas par an. Face au manque de solutions d'accompagnement, il s'agit de porter collectivement la responsabilité des situations (CD, établissements de santé, services d'accompagnement, *etc.*).

Les réseaux d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD) par rapport à la santé mentale sont des collectifs complémentaires à la cellule interinstitutionnelle départementale ([terrain 2](#)). Les RESAD peuvent être sollicités par tout professionnel de terrain à partir d'une fiche de synthèse sur la situation, communiquée au service social au niveau interdépartemental. Lors des séances (3h tous les deux mois), les situations sont examinées pour élaborer collectivement des préconisations (« co-évaluation inter-partenariale »). Au nombre de 38 pour couvrir quasiment tout le territoire, ce sont des réunions d'analyse de situations complexes d'adultes en difficulté (personnes âgées et personnes en situation de handicap) qui réunissent des membres permanents (services du CD, CCAS, CMP, DAC, ISCG) et d'autres acteurs susceptibles de connaître ou d'intervenir auprès des personnes (services de maintien à domicile, tuteurs, infirmiers, centres sociaux, *etc.*). Plus rarement, un membre de la famille de la personne concernée est convié. Ces membres occasionnels ne participent à l'instance que pour la situation qui les concerne.

En aval de l'instance multipartenariale du [terrain 3](#), le réseau local de partenaires a pour mission de coordonner les solutions d'accompagnement. L'organisation du réseau est définie dans le schéma départemental, formalisé par un logigramme qui établit les étapes de traitement de chaque situation, les rôles et responsabilités des partenaires ainsi que les statuts donnés aux dossiers (situation traitée, bloquée, non encore résolue) ([fig. 4](#)). Ce réseau est un réservoir d'expertises et de ressources mobilisables pour chaque situation. Il est mobilisé sur demande du service du CD dédié aux personnes vulnérables ou sur conseil de l'instance technique départementale.



2.3.1.2 Entre concurrence et coopération : l'articulation avec les Dispositifs d'appui à la coordination

²⁷ Les DAC sont créés par la loi n°2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

multipartenariale ([terrain 3](#)) a constaté qu'elle reçoit moins de situations depuis la création des DAC et des plans d'accompagnement globaux (dispositif MDPH) qui absorbent le traitement d'une partie des situations complexes pour des composantes de santé ou de handicap.

En six mois d'activité, l'enquêtrice du DAC du [terrain 4](#) rapporte que 40 personnes sont concernées par la maltraitance sur plus de 1000 cas recensés ou suivis par le dispositif. Ce sont toujours des situations au domicile et dans 80% des cas des personnes âgées²⁸. Pour le reste, ce sont des personnes de moins de 60 ans avec des problématiques de santé mentale, de précarité et d'addictions. Il s'agit de situations qui émergent tardivement, repérées à partir de signaux faibles : les cas de spoliation par les membres de la famille sont très fréquents, mais aussi parfois par des professionnels à domicile ou libéraux (par exemple une infirmière qui est la seule interlocutrice d'une personne âgée et qui gère également ses comptes) ; les cas de négligence par des aidants qui pensent bien faire ; des cas de violence physique et verbale.

Malgré cette crainte de la prépondérance des signalements dans leurs missions, les DAC signalent et accompagnent des alerteurs au signalement. Premièrement, les DAC signalent en leur nom propre au procureur, à condition qu'ils aient recueilli directement des faits. Pour les situations qui ne demandent pas de traitement judiciaire, les DAC considèrent avant tout les situations sous l'angle de leur complexité d'ordre sanitaire (notamment les problématiques psychologiques ou psychiatriques et les addictions) et ils les transfèrent aux services sociaux du CD si elles sont hors champ. Deuxièmement, les DAC assument également un rôle d'accompagnement à l'écriture du signalement avec ses partenaires alerteurs. En effet, il existe un enjeu formel à transformer la simple dénonciation en signalement recevable. Si les faits sont observés par un tiers, les professionnels de DAC demandent aux alerteurs de prendre la responsabilité du signalement. La directrice du DAC ([terrain 4](#)) peut également co-écrire le signalement au procureur, mais refuse de le porter sans connaître davantage la situation. En revanche, lorsqu'une référente de parcours complexe du DAC découvre des faits de maltraitance à partir d'une évaluation (évaluation téléphonique ou visite à domicile) ou pendant la mise en œuvre des accompagnements, le DAC porte le signalement au procureur à partir d'un document type créé par la directrice.

Plus globalement, les DAC participent et parfois animent un réseau avec les adresseurs potentiels de situations. Par exemple, le DAC du [terrain 2](#) participe au réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD), composé de 38 instances de proximité pour l'analyse de situations d'adultes en difficulté (personnes âgées et personnes en situation de handicap) (*cf.* [2.3.1.1](#)). Ces espaces permettent de rendre visibles les prérogatives et les limites des champs de compétence des DAC aux partenaires locaux. Les DAC peuvent être sollicités par les TJ pour avoir des précisions sur les situations ([terrain 4](#)). Cette fonction ressource est rendue possible si le DAC est clairement identifié par les magistrats, mais également par les greffiers qui sont reconnus comme les courroies de transmission des informations sur le suivi des alertes et des signalements.

²⁸ Cela correspond au public des anciens dispositifs locaux d'organisation de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes (MAIA).

A contrario, on observe des limites dans l’articulation avec ALMA et les associations tutélaires. En effet, ALMA n’est pas repérée comme une porte d’entrée des alertes pour les DAC enquêtés (cf. 2.2.3). ALMA semble rarement prendre la responsabilité d’un dépôt de signalement et elle laisse les personnes concernées en faire la demande. La directrice du DAC (terrain 4) distingue sa mission de celles d’ALMA par l’existence ou non de la composante sanitaire. Si le DAC ne reçoit pas de situation de la part d’ALMA, il peut réorienter vers l’association s’il n’y a pas de problématique de soin liée à la situation. En revanche, le DAC et l’association tutélaire ont déjà orienté des personnes vers ALMA.

*« Dès lors qu’on a cette partie sociale dans nos problématiques sanitaires et [comme] on a des profils travailleurs sociaux, on s’occupe de coordonner l’ensemble. **Donc on va pas aller déléguer la partie sociale à ALMA de nos situations, ça n’a pas de sens. Par contre, dès lors que la situation elle est purement pour eux, on va réorienter la personne qui nous interpelle et on les envoie vers eux.** »*
(Directrice du DAC, terrain 4)

L’exemple d’ajustement présenté avec le DAC est aussi valable avec d’autres partenaires gérant des situations complexes (par exemple les centres locaux d’information et de coordination – CLIC, les communautés 360, les pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE).

2.3.2 Trois modalités d’organisation de la gestion de cas

À partir des investigations monographiques réalisées lors de la phase 2, trois configurations de pilotage territorial pour la gestion des cas de maltraitance envers les adultes vulnérables se distinguent. La première, caractérisée par une organisation territoriale à la fois structurée et institutionnalisée, pourrait être envisagée comme un modèle. Toutefois, il semble illusoire de la transposer à d’autres territoires en raison de l’absence de volonté politique et de moyens dédiés (2.3.2.1). Les deux autres configurations reflètent des modalités d’organisation territoriale moins institutionnalisées (2.3.2.2) ou reposant sur des arrangements *ad hoc* (2.3.2.3). Ces dernières illustrent comment des démarches de bricolage institutionnel peuvent également produire des formes de coopération efficaces.

2.3.2.1 Pilotage structuré et institutionnalisé

Organiser une politique de traitement des alertes et des signalements sur un territoire signifie se doter, notamment, d’une vision stratégique, où sont définis les objectifs, les moyens alloués à cette politique, la configuration des acteurs et la répartition des tâches de chacun, particulièrement en ce qui concerne le pilotage et la coordination. Le pilotage territorial permet aux acteurs du territoire de s’ajuster sur la répartition des tâches au regard des missions (quel périmètre attribué à chacun, à quel moment s’arrête la mission), du suivi des situations problématiques (comment sont abordées et prises en compte concrètement les conséquences du signalement), et du statut sur la clôture d’un dossier (à quel moment l’acteur ou les acteurs, en fonction de qui traite la situation et d’après les informations de suivi, estiment qu’ils n’ont plus besoin d’intervenir et décident de la fermeture d’un dossier). Des disparités apparaissent quand il s’agit de définir et de connaître les missions, les rôles de chacun. Les outils de formalisation comme les conventions, qui permettent aux acteurs de

s'engager sur les modalités opérationnelles du partenariat et donc de s'accorder sur les missions et rôles de chacun, ne garantissent pas la coopération effective.

Concrètement, sur la base de l'évaluation des situations, les CD proposent des mesures et accompagnements aux personnes concernées, comme pistes de solution pouvant être cumulées simultanément ou dans des temporalités plus longues. Les CD peuvent mettre en œuvre des accompagnements sociaux, comme les mesures d'accompagnement social personnalisé pour aider les majeurs en grande difficulté pour gérer leurs prestations sociales, en l'absence de difficultés psychologiques ou psychiatriques. Ils peuvent aussi proposer :

- des accompagnements de services spécialisés pour les personnes en situation de handicap (en lien avec les MDPH) ;
- des accompagnements par des professionnels de santé, par exemple un suivi psychologique, un bilan psychiatrique ;
- l'orientation vers des dispositifs d'évaluation spécialisés, comme pour les situations d'adultes en difficulté ou les situations de santé complexes (dispositifs d'appui à la coordination) ([terrain 2, 4](#)).

Le signalement au procureur de la République est rarement réalisé en bout de chaîne, mais il est fait en parallèle de l'examen de la situation ou dès sa réception lorsque les éléments sont déjà repérés. En cela, l'évaluation des situations et les discussions dans les espaces de concertation portent sur les informations trouvées sur les situations ou sur les informations à chercher, ainsi que sur les accompagnements à engager, plutôt que sur l'opportunité à signaler au procureur. Plusieurs enquêtés en CD expliquent qu'ils insistent pour que ce soit les intervenants à domicile qui repèrent les situations de vulnérabilité et de maltraitance qui portent eux-mêmes les signalements :

*« Lorsqu'il y a des professionnels qui suivent la personne à domicile et les SSIAAD [services de soins infirmiers à domicile], je leur demande, **“c'est de votre responsabilité, vous dénoncez, vous faites vous-même le signalement”**. » (Cheffe du service autonomie, MDA, [terrain 4](#)).*

Ces signalements au procureur de la République peuvent donner lieu à des procédures civiles (mesures de protection) ou pénales (par exemple la condamnation des personnes mises en cause) ; ces procédures étant susceptibles de requérir la transmission d'informations aux TJ.

Les CD réalisent le suivi des situations pendant plusieurs mois voire années (déroulement des procédures et de la mise en œuvre des mesures et des accompagnements) et closent les dossiers s'ils estiment que les situations sont traitées. Cette clôture peut être décidée *via* les espaces de concertation. Cela renvoie aux différentes acceptions que recouvre le traitement des alertes et signalements (*cf.* [1.1.1.2](#)). Du point de vue des CD, les contours du traitement sont d'autant plus flous que la nature du travail social suppose des tentatives d'amélioration des situations qui ne fonctionnent pas nécessairement rapidement :

*« À partir du moment où les choses sont enclenchées, où on essaie d'avancer, il n'y a pas de délai parce qu'en service social, **on avance et après on fait quatre pas en arrière et puis on refait un pas en avant**, etc. Bien évidemment, ce n'est jamais satisfaisant que les situations durent une année ou deux. Néanmoins, selon moi, à partir du moment où il y a une prise en charge, ça veut dire qu'il y a une vigilance. » (Responsable adjointe d'un service social, CD, [terrain 2](#))*

Ce type de pilotage est caractérisé par des démarches qui s'inscrivent dans le temps, principalement portées par les CD qui dédient des ressources humaines au pilotage de la politique publique. Ces territoires sont pionniers en ce que la thématique ne fait pas explicitement partie du portefeuille de compétences des CD. Malgré l'institutionnalisation de la politique par des outils qui engagent un ensemble de partenaires, l'action telle qu'elle est structurée n'est pas forcément pérenne. Un seul terrain parmi l'échantillon illustre ce premier type de pilotage.

Le modèle le plus abouti observé est un « *dispositif multi-partenarial innovant pour le traitement des situations des majeurs vulnérables* » (cadre supérieure de santé, CHS, [terrain 3](#)). Il est composé à la fois d'outils liés au pilotage de la politique publique et d'outils de gestion des situations de maltraitance :

- un service dédié aux majeurs vulnérables au CD au sein de la direction de l'Action sociale ;
- un schéma départemental pour la protection des majeurs vulnérables et la lutte contre les maltraitances, avec 25 signataires ;
- un observatoire départemental sur les majeurs vulnérables ;
- une instance multipartenariale départementale de traitement des situations de vulnérabilité et de maltraitance ;
- un réseau local d'acteurs en charge de la recherche et de la mise en œuvre des solutions d'accompagnement des personnes dont la situation est examinée par l'instance.

Illustration du pilotage structuré et institutionnalisé

Le [terrain 3](#) s'est doté d'un schéma départemental quinquennal pour la protection des majeurs vulnérables et la lutte contre les maltraitances il y a dix ans, à la suite de trois ans de réflexion autour du vocabulaire partagé de la maltraitance, du référentiel d'intervention d'un ensemble d'acteurs du territoire, de leur rôle et de leur engagement dans le schéma, des principes d'échange d'informations sur les situations, de la construction de fiches-action, *etc.* Le document dresse un état des lieux de la thématique et institue un programme d'action partagé. Ce dernier mobilise vingt-cinq partenaires signataires qui s'« inscri[vent] dans une logique de complémentarité des compétences et des moyens d'action, de favoriser le dialogue partenarial et permettre une meilleure communication entre acteurs publics et associatifs, entre professionnels et bénévoles ». Les principaux objectifs du schéma sont l'interconnaissance des acteurs, les obligations et responsabilités respectives vis-à-vis des situations et la communication avec d'autres acteurs pour signaler et prendre les mesures visant à traiter les situations. Un principe d'évaluation en fin de mandat est mis en place dans un souci d'amélioration et de renouvellement du schéma, sur la base des fiches-action.

La gouvernance du schéma se déploie autour de plusieurs instances :

- un comité de pilotage qui se réunit au moins une fois par an pour définir les orientations prioritaires et porter des actions de communication. Il est composé du président du CD, du président du TJ, du procureur de la République, du directeur général adjoint du Pôle Solidarités humaines du CD, du directeur de la DDETSPP, du président de l'Association départementale des maires ;

- un comité technique au niveau opérationnel qui réunit des représentants de la direction de l'Action sociale territoriale du CD, des représentants du TJ, un représentant de la DDETSPP, un représentant de l'Association départementale des maires ;
- des comités de suivi pour chaque fiche-action du schéma.

De plus, le schéma est accompagné d'un « guide pratique » de mise en œuvre de la politique publique départementale, c'est-à-dire est une boîte à outils à destination de tous les acteurs locaux. Un colloque a été organisé peu après la publication du schéma pour présenter ce dernier à un large public. En appui du schéma, un observatoire départemental sur les majeurs vulnérables vise à aider à définir la politique départementale de prévention et protection des majeurs vulnérables.

Les avantages reconnus par les acteurs de ce schéma sont les suivants :

- permettre un maillage territorial des principaux alerteurs et par là d'être mieux repérés et d'élargir le nombre d'alertes pris en compte ;
- permettre une articulation entre les autorités compétentes en matière de signalement et les alerteurs du territoire ;
- permettre un accompagnement à l'accomplissement des missions et des tâches de chacun à travers un « guide pratique » et des fiches-action ;
- permettre une adaptation au contexte et à l'évolution des besoins des populations concernées par l'évaluation en fin de période quinquennale.

2.3.2.2 Pilotage peu institutionnalisé mais structurant et reconnu

Le deuxième type de pilotage renvoie à un tissu d'interconnaissances riche, avec des acteurs ayant une ligne directrice claire et travaillant en confiance les uns avec les autres. Cette forme évoque la plasticité des relations qui permet aux acteurs de s'adapter aux changements intra-institutionnels et politiques tout en restant centrés sur leurs missions et sur la façon de les conduire au mieux, selon des critères singuliers qu'ils tentent de partager entre acteurs. Il semblerait qu'un conventionnement plus léger que celui du premier type de pilotage n'empêcherait pas l'exercice d'un pilotage solide, cela grâce à la stabilité des interconnaissances et à l'animation de la politique publique.

Illustrations du pilotage peu institutionnalisé, mais structurant et reconnu

Sur le [terrain 7](#), le département présente une diversité d'espaces rassemblant les acteurs concernés par la maltraitance. Ils ont une vocation réflexive tant pour traiter (concertation adultes) que pour construire une culture et des critères communs. Ils sont engagés dans l'action de traitement des signalements et des alertes vis-à-vis des adultes en situation de vulnérabilité. La politique départementale se caractérise par l'accent donné à la diffusion et la valorisation des réflexions (réunions éthiques) et de l'outillage élaboré (événements pluriprofessionnels, colloques).

Les acteurs se connaissent bien, se font confiance mutuellement, ont une histoire de collaboration, mais le portage connaît des moments de creux (2009-2019), précédés et suivis de moments de dynamisme (2001-2009 et depuis 2019).

Un schéma départemental (2019-2024) a été mis en place en concertation et s'est engagé à la mise en place de trois groupes de travail autour de :

- la sensibilisation du public sur les thématiques de la maltraitance et de la vulnérabilité ;
- l'actualisation des outils et des supports existants ;
- l'évaluation des pratiques des professionnels autour des situations individuelles.

Sur le [terrain 2](#), le CD et plus particulièrement son pôle Bientraitance assure le leadership du dispositif depuis près de 25 ans avec la même énergie. Ce leadership est particulièrement apprécié à un niveau institutionnel comme collectif. Il s'exerce dans le cadre d'un dispositif de coopération autonome très précoce qui précède les impulsions nationales sur la question et qui est en constant renouvellement.

Ce dispositif est pensé comme cohérent : son premier volet concerne le traitement des situations avec le décloisonnement des secteurs sociaux, médicaux, judiciaires et associatifs, la création et l'animation de cellules regroupant les acteurs du traitement des situations de maltraitance. Considérant que former le grand public et les acteurs consiste à ouvrir les portes d'entrée des alertes, un effort très important est investi dans des programmes de sensibilisation et de formation (guide pratique pour les professionnels, exposition autour de témoignages pour le grand public), qui constituent le second volet des actions départementales.

Il s'appuie très fortement sur les dynamiques nationales actuelles, qu'il cherche à diffuser au niveau départemental, à l'instar du vocabulaire partagé de la maltraitance. Le CD insiste sur l'importance du conventionnement entre les acteurs, au service de la clarté et de l'efficacité du dispositif (convention avec le 3977, charte signée par l'ensemble des participants de la cellule ou au niveau local entre partenaires, partenariat formalisé et renouvelé avec le TJ). Un guichet unique intégré pour les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants, et les professionnels de santé et des secteurs et médico-sociaux, permettant de les informer et de les orienter et de proposer une évaluation au domicile des personnes quand la situation le nécessite, est en cours de création au moment de l'enquête. À noter qu'aucune activité de production de statistiques n'est mentionnée pendant l'enquête.

Sur le [terrain 6](#), la politique stratégique de lutte contre la maltraitance fut d'abord portée au début des années 2000 par la commission Personnes âgées au sein du comité local d'aides aux victimes²⁹, constituée d'un procureur de la République, de représentants du CD et du CH, dont le service de gériopsychiatrie. La commission était centrée sur un travail de liens de proximité avec les partenaires du réseau, en charge du repérage, de l'accompagnement et du traitement des situations de maltraitance.

Il y a 10 ans, dans la continuité de la commission et en réponse à l'expérimentation lancée par le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées, la coordination départementale des informations préoccupantes (CODIP) fut ensuite mise en place,

²⁹ Décret n°2016-1056 du 3 août 2016 portant création des comités locaux d'aide aux victimes et des espaces d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme.

sous l'impulsion conjointe de l'ARS et du CD. Une charte de fonctionnement et une convention ARS-CD furent alors établies pour fixer le cadre de travail de l'instance.

Co-animée par le CD et l'ARS, la CODIP est composée du CD, de l'Union départementale des CCAS, des hôpitaux psychiatriques et généraux, du parquet, de la MDPH, de l'antenne ALMA et de l'ARS. Jusqu'à sa dissolution en 2022 du fait d'un délitement de son portage, elle s'est réunie une fois par semestre pour aborder des questions méthodologiques et travailler à l'articulation institutionnelle des instances précitées dans le cadre du système de traitement des alertes et signalements de maltraitance, en prenant appui sur l'étude de situations de maltraitance.

Les groupes de travail réunissant les membres permanents (CD-ARS) et invités de la CODIP permirent une montée en compétence des acteurs par le déploiement d'une stratégie opérationnelle de traitement des alertes et signalement de maltraitance formalisée concrètement par :

- la construction d'un protocole Parquet-CD dans le cadre du traitement des signalements, et sa diffusion auprès des partenaires (dont les CCAS) ;
- l'élaboration au sein du CD, en lien avec les travailleurs médico-sociaux, du service départemental de la solidarité et de l'insertion, d'outils et procédures communs de traitement des alertes et signalements, décrits dans le référentiel d'accompagnement des adultes en situation de vulnérabilités, lui-même co-construit par les acteurs de la CODIP.

Plus récemment, le dernier schéma départemental de l'autonomie du territoire fait état du déploiement d'une politique de formation pour l'amélioration du traitement des situations préoccupantes : par exemple, une formation animée par les partenaires a eu pour objectif de renforcer la culture commune sur les majeurs vulnérables. Hormis cette récente politique de formation, aucune production d'évaluation statistique commune ne fut réalisée depuis le lancement de la politique de lutte contre la maltraitance dans les années 2000. De même, aucune action de prévention ou de sensibilisation n'a pu être identifiée sur le territoire. Enfin, dans le schéma département actuel, il n'est pas fait état de propositions d'action en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, ce qui questionne la pérennisation du portage de la politique, tant à un niveau stratégique qu'opérationnel, d'autant plus que la CODIP a été dissoute.

2.3.2.3 Pilotage ad hoc, stratégiquement non structurant

Le troisième type de pilotage évoque des acteurs qui travaillent ensemble et mènent à bien leur mission, sans avoir une stratégie commune, visible et affichée en matière de traitement des alertes et des signalements. Il n'existe pas de stratégie globale de prévention, d'analyse des besoins des acteurs, ou de formalisation des coopérations. Sans prescription formelle d'objectifs stratégiques à l'échelle du territoire, ces acteurs tentent d'agir de gré à gré, davantage en mode de gestion de cas, en s'adaptant aux caractéristiques des besoins populationnels, de l'offre médico-sociale et sanitaire ainsi qu'à leur évolution en proie aux aléas des moyens politiques, financiers et de ressources humaines. On observe un net tropisme resserré autour des CD, les autres acteurs du territoire intervenant au cas par cas avec une coopération plutôt fondée sur l'interconnaissance personnelle.

Ces terrains en déficit de pilotage ont également perçu la recherche-action TACT comme une opportunité d'activer des relations inexistantes ou de réactiver des relations oubliées. Par exemple,

certaines acteurs du [terrain 5](#) ne travaillent plus ensemble, car ils ne se connaissaient pas du fait des changements de postes au sein du TJ ou du CD, malgré l'existence antérieure de conventions.

Illustrations du pilotage *ad hoc*, stratégiquement non structurant

Il n'existe pas sur le [terrain 1](#) de modalités stratégiques entre acteurs engagés ensemble par leur mission dans le traitement des alertes et des signalements. Les deux commissions existantes sont portées uniquement par le Conseil départemental et l'ARS, sans participation des autres parties prenantes qui n'interviennent que dans le partage d'informations et au moment de l'intervention en amont et en aval de la prise de décisions des commissions. On est là davantage dans une modalité d'animation de réunion d'équipe. Au moment de l'enquête, aucune convention n'est établie, même si une volonté de matérialiser les relations existantes devient un enjeu partagé par tous. Ce mouvement collectif répond à deux objectifs principaux : le souci de fixer le cadre légal et de s'accorder sur la manière de s'y conformer (notamment concernant le partage d'informations) et la volonté de chacun de clarifier tant sa place et ses missions que celles de l'autre signataire dans les dispositifs de traitement des situations de maltraitance et les efforts coordonnés de sensibilisation. Les acteurs responsables des commissions les définissent comme des temps stratégiques fluidifiant le traitement et la communication entre le Conseil départemental et l'ARS et entre les services du Conseil départemental.

Aucune production d'évaluation commune et partagée (quoique plusieurs institutions produisent des statistiques internes), et aucune action de prévention et de sensibilisation par les acteurs référents des commissions ne sont relevées.

Le [terrain 4](#) ne présente pas de politique coordonnée autour de la maltraitance des adultes vulnérables. C'est la Maison de l'autonomie (service du CD) qui est l'acteur principal du traitement des alertes, en raison de ses compétences autour des vulnérabilités, d'une part pour son analyse sur les situations et d'autre part, pour ses capacités d'accompagnement. Une différence notable est faite dans le traitement entre les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, pour lesquelles la MDA, bien qu'ayant récupéré récemment la compétence n'identifie pas encore le phénomène. La MDA transmet les informations des situations à l'aide d'une fiche dédiée. Jusqu'à maintenant, une convention structurait les pratiques de travail. Cependant, elle n'a pas été reconduite, ce qui n'empêche pas que les relations et les pratiques professionnelles se maintiennent peu ou prou entre acteurs.

Des acteurs intermédiaires assurent des rôles d'accompagnement des professionnels alerteurs et de sensibilisation (comme les DAC ou SPASAD). Aucune convention n'est mentionnée dans le cadre de ces accompagnements, ni même avec le TJ malgré une collaboration effective autour de la qualification des situations. Aucune mention de recueil d'analyse de l'activité chiffrée.

3 Recommandations générales sur les conditions d'une bonne coopération en matière de lutte contre les maltraitements

Pourquoi est-il nécessaire de coopérer dans la lutte contre la maltraitance ? La commande initiale du projet TACT consistait d'une part à apporter des réponses issues des expériences de terrain à cette question, et d'autre part à élaborer des recommandations en termes de coopération pour opérationnaliser le vocabulaire partagé de la maltraitance. Les résultats de la recherche-action exposés dans ce rapport invitent à affirmer la nécessité de coopérer, du fait :

- d'un clivage entre le pilotage de la politique publique de la lutte contre les maltraitements et le traitement des situations ;
- du contraste entre le sentiment de paralysie, énoncé par les acteurs qui traitent de façon isolée les alertes et signalements, et les sentiments d'efficacité et de créativité exprimés par les acteurs qui font un traitement collégial des signalements et situations ;
- de la prise en compte du caractère multidimensionnel des situations et de la cohérence des prises en charge attendue par les pouvoirs publics, qui imposent aux acteurs de sortir d'un fonctionnement en silo afin de limiter l'effet de multiplication et de déperdition des informations lié à la diversité des portes d'entrée et des circuits.

Ainsi, la coopération dans le traitement des alertes relatives à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, que ce soit à domicile ou en institutions, requiert une **approche globale et intégrée, impliquant une multitude d'acteurs et de pratiques pour mettre en place des réponses coordonnées et efficaces** face aux situations de maltraitance : professionnels de santé, travailleurs sociaux, autorités de régulation, services de secours, associations d'écoute et d'aide aux victimes, MJPM, ES et ESSMS, élus locaux, bailleurs sociaux, *etc.*

Les leviers de la coopération identifiés sur les territoires sont les suivants :

- tout d'abord, la pluridisciplinarité est une condition essentielle, aussi dans la conception de la politique publique, que dans le traitement des signalements et dans le suivi des situations ;
- cette pluridisciplinarité va de pair avec la connaissance et la reconnaissance mutuelle des ressources sur le territoire ;
- qui suppose des échanges de ressources (sur les circuits de traitement de chacun des acteurs, sur les étapes de traitement de chaque situation, sur les situations elles-mêmes) ;
- et des ressources dédiées (référént dédié, temps de réunion en présentiel) ;
- des outils collégialement conçus et validés : document unique de recueil et de partage d'informations, conventions bilatérales et multilatérales, repères d'évaluation des situations et de décision des actions à engager.

Les recommandations suivantes sont énoncées pour soutenir l’impulsion ou la consolidation des logiques coopératives des acteurs concernés par le traitement de situations de maltraitance. Ces recommandations ne visent ni le signalement ni l’efficacité des dispositifs en termes de solutions apportées. Elles portent sur les composants d’une bonne coopération identifiés au cours de la recherche auprès des acteurs de terrain : **comment rendre une coopération durable sur un territoire ? Comment coopérer avec des acteurs que l’on croise peu ou pas ? Comment établir des manières de travailler communes ? Comment animer une politique territoriale active de lutte contre les maltraitances ?**

Prenant en compte les propositions élaborées dans les États généraux de lutte contre les maltraitances, dans la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances et dans la loi « Bien vieillir », les recommandations s’appuient sur l’ensemble des étapes de la recherche-action TACT (ateliers d’analyse des situations, enquêtes de terrain, ateliers d’élaboration d’un outil d’aide à la coopération).

Les **neuf fiches TACT** appelées « Repères pour la coopération dans le traitement des signalements de maltraitance envers les adultes en situation de vulnérabilité » (mai 2025) proposent la mise en application d’une sélection de recommandations propres à l’installation et au fonctionnement d’espaces collégiaux de traitement des situations de maltraitance envers les majeurs vulnérables. Nous appelons « commission TACT » l’instance dont la mission est d’organiser le travail opérationnel entre tous les acteurs pour le traitement des situations de maltraitance. **Les commissions TACT sont une extension des cellules « Bien vieillir »** visant à assurer ce suivi, au-delà de la mission de centralisation des signalements et d’attribution du traitement à un acteur confiée à la cellule. Les commissions TACT n’ont pas à être créées *ex nihilo* : elles procèdent de la remise à plat des instances que les acteurs locaux ont déjà mises en place et éprouvées. **Rien ne préjuge ni de la composition ni du périmètre de mission ni du fonctionnement opérationnel ni de la dénomination de ces commissions.** Toutes ces caractéristiques résultent des choix locaux. Les fiches proposent des repères pour d’une part définir le cadre de travail de la commission TACT (quatre fiches), d’autre part la faire fonctionner au plan opérationnel (cinq fiches) :

Partie 1. Poser le cadre de travail de la commission TACT	
Fiche n°1	Installer la commission TACT : définir la composition de la commission TACT et les modalités de travail de la commission.
Fiche n°2	Favoriser la coopération dans la commission TACT : s’assurer que chaque acteur adopte une posture coopérative au sein de la commission TACT.
Fiche n°3	Assurer le respect du cadre déontologique de la coopération : s’assurer que chaque acteur respecte la réglementation qui s’applique à lui et partage un cadre déontologique de coopération dans sa participation à la commission TACT.
Fiche n°4	Établir des conventions pour harmoniser et formaliser les pratiques : organiser les modalités de la commission TACT et pérenniser son bon fonctionnement.

Partie 2. Garantir le suivi des situations de maltraitance	
Fiche n°5	Mieux se coordonner autour du circuit de signalement : s'assurer que toutes les situations sont prises en compte.
Fiche n°6	Constituer et animer un réseau structuré pour traiter les situations de maltraitance : s'assurer de l'implication des acteurs de proximité dans un réseau structuré.
Fiche n°7	Partager des repères communs pour évaluer les situations et engager des actions : s'accorder sur des repères d'évaluation et de traitement des situations de maltraitance afin d'agir de manière plus concertée et plus efficace.
Fiche n°8	Organiser le partage d'informations sur les situations : s'assurer de la fluidité du partage des informations sur les situations.
Fiche n°9	Prendre en compte les émotions des professionnels et des bénévoles dans le traitement des situations de maltraitance : se protéger des risques psychosociaux, tels que le stress vicariant, c'est-à-dire le traumatisme par procuration.



Fig. 5. Page de garde des Fiches TACT (56 p.).

L'équipe de la recherche-action TACT insiste sur l'importance d'une coopération prenant en compte de manière égalitaire et adaptée l'ensemble des publics compris dans la catégorie des « majeurs en situation de vulnérabilité », ainsi que les acteurs impliqués dans leur accompagnement.

À visée générale, les recommandations de l'équipe TACT ne peuvent prendre en compte les spécificités territoriales, qu'elles soient ancrées ou mouvantes. Ces recommandations sont adaptables selon les besoins et les ressources disponibles sur chaque territoire. La mise en œuvre des recommandations proposées implique des moyens financiers et humains suffisants pour organiser une politique publique locale pérenne.

3.1 Design des systèmes de coopération

Les supports à la coopération prennent des formes diverses, à la fois espaces et outils conventionnels : plateformes de concertation, groupes de travail thématiques, comités de pilotage ou encore dispositifs d'appui à la coordination ; protocoles, grilles d'analyses, conventions multipartenariales, *etc.* Chacun contribue à renforcer la capacité collective à agir de manière cohérente et coordonnée face aux alertes de maltraitance (*cf.* tableau synoptique de la coopération en [annexe 11](#)). Les recommandations en termes de design des systèmes de coopération face à la maltraitance visent à appuyer la conception partagée et concertée d'outils pouvant être appropriés par l'ensemble des parties prenantes du traitement des signalements. Elles se structurent en deux parties :

- **L'animation de la politique de la lutte contre la maltraitance** (3.1.1), qui doit assurer le respect du cadre légal et éthique au sein du système de coopération (3.1.1.1) ; structurer les réseaux et accompagner l'interconnaissance (3.1.1.2) ; travailler à l'harmonisation des pratiques sur le territoire, la clarification des procédures et au conventionnement entre les acteurs (3.1.1.3) et produire des données statistiques et qualitatives du territoire, support d'évaluation (3.1.1.4).
- **L'opérationnalisation de la politique de lutte contre la maltraitance** (3.1.2). L'opérationnalisation de la politique consiste à assurer l'accessibilité et la lisibilité des entrées et des circuits de l'alerte et des signalements (3.1.2.1) ; à élaborer et utiliser les outils collaboratifs numériques (3.1.2.2) et à accompagner la décision collective de la clôture des signalements (3.1.2.3).

3.1.1 Animer une politique de lutte contre la maltraitance

3.1.1.1 Assurer le respect du cadre légal et éthique de la coopération

- Inscrire la coopération dans un cadre légal et éthique clair, respectant les droits fondamentaux des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (par exemple par la rédaction de chartes ou la création d'une commission éthique).

3.1.1.2 Structurer un réseau et accompagner l'interconnaissance

- Identifier les parties prenantes existantes qui sont ou peuvent être impliquées dans le repérage et /ou l'accompagnement des situations de maltraitance.
- User d'une dynamique portée par un leadership légitime et reconnu pour faire adhérer et mobiliser les parties prenantes identifiées.
- Rendre visibles les circuits d'alerte pour les acteurs du dispositif de traitement des alertes, pour les personnes concernées et pour les professionnels étant ou pouvant être au contact de situations de maltraitance.
- Modéliser les circuits de traitement et les diffuser auprès des parties prenantes et des personnes concernées (schémas, guides, annuaires des acteurs, *etc.*).
- Encourager les échanges entre ARS et TJ pour des signalements au civil et au pénal. Autrement dit, solliciter plus systématiquement l'avis du procureur sur l'opportunité de saisir la justice en ce qui concerne les événements indésirables.
- Accompagner l'interconnaissance en organisant des événements locaux rassemblant les parties prenantes des territoires.

3.1.1.3 Harmoniser les pratiques sur le territoire, clarifier les procédures et conventionner

- Développer des approches transversales (structurer la formalisation, l'organisation et l'outillage du traitement des alertes signalements tout au long du processus).
- Co-produire des outils pouvant porter des objectifs spécifiques à chaque partie prenante.
- Créer des conventions et les faire vivre par des ajustements réguliers.
- Formaliser des procédures communes pour l'ensemble du processus de traitement (conventions, charte), en particulier au sujet du partage d'informations et du secret partagé (respect de la vie privée, confidentialité, interdiction du jugement de valeur, échange d'informations strictement nécessaires à l'évaluation et à la prise de décision sur les actions à engager).

3.1.1.4 Produire des données et évaluer

- Élaborer des outils partagés d'évaluation des situations, avec des indicateurs communs.
- Évaluer de façon systématique les actions et l'efficacité des systèmes d'évaluation et de traitement des situations.
- Produire des données qualitatives et statistiques pour mieux connaître l'activité et identifier d'éventuelles inégalités de repérages chez un public spécifique ou un type d'institution (nomenclature) et ainsi éclairer et guider le pilotage de la politique publique (observatoires).
- Se doter d'un logiciel ou d'un outil numérique pour agréger et comparer les données produites.

3.1.2 Opérationnaliser la politique de lutte contre la maltraitance

3.1.2.1 Assurer l'accessibilité et la lisibilité des entrées et des circuits de l'alerte et des signalements

- Rendre visibles et accessibles les portes d'entrée des alertes (numéro de téléphone dédié, boîte mail structure, guichet intégré unique, *etc.*).
- Accentuer les efforts de sensibilisation et favoriser les rencontres des personnes en situation de vulnérabilité avec les institutions recevant les alertes pour lutter contre les réticences d'alerter et sécuriser l'action d'alerter.

3.1.2.2 Élaborer et utiliser les outils collaboratifs numériques

- Inscrire les situations de maltraitance dans des espaces dédiés (logiciel, coffre-fort numérique).
- Créer des plateformes numériques centralisées de partage, des outils et des méthodes permettant de travailler ensemble, d'apprendre ensemble et d'informer ou sensibiliser.

3.1.2.3 Décider collectivement de la clôture des signalements (en espace de concertation)

- S'accorder sur ce que veut dire un signalement traité.
- Pour les établissements sous la double compétence de l'ARS et du CD, s'accorder sur un protocole de traitement et de clôture des situations.

3.2 Modalités de coopération

La complexité des situations de maltraitance nécessite une approche multidisciplinaire, impliquant des professionnels de différents horizons (soins de santé, travail social, psychologie, droit, *etc.*). Cette diversité d'expertises est essentielle pour évaluer de manière globale les situations de maltraitance et pour élaborer des plans d'intervention adaptés. La coopération dans ce contexte se traduit par la mise en œuvre de pratiques collaboratives interprofessionnelles et interinstitutionnelles, où la communication et le partage d'informations sont essentiels pour assurer une prise en charge adaptée et fondée sur le respect des droits des personnes concernées.

Les recommandations en termes de modalités de coopération s'inscrivent dans trois axes :

- Se connaître et se reconnaître (3.2.1) : coopérer implique de connaître son territoire, son réseau et ses partenaires institutionnels (3.2.1.1) ; de mettre en place et d'animer un réseau partenarial inclusif (3.2.1.2) et de prendre en compte et de favoriser l'expression des expertises et des expériences de chaque partenaire (3.2.1.3).
- Partager et transmettre (3.2.2) : coopérer implique de partager des valeurs pour agir dans le même sens (3.2.2.1) ; de s'assurer de la réciprocité des échanges et des transmissions

d'informations (3.2.2.2) et de travailler sur la transparence et la communication avec les parties prenantes et les personnes concernées (3.2.2.3).

- Agir ensemble, collégialement (3.2.3) : coopérer implique de créer des espaces pour agir ensemble et prendre en charge plus globalement des personnes concernées par des situations de maltraitance (3.2.3.1) et de co-construire les règles de fonctionnement et d'organisation du travail collégial (3.2.3.2).

3.2.1 Se connaître, se reconnaître

3.2.1.1 Connaître son territoire, son réseau et ses partenaires institutionnels

- Comprendre les besoins des populations, les héritages culturels ainsi que les valeurs circulantes.
- Connaître les configurations des acteurs en présence sur un territoire, les circuits de traitement des situations de maltraitance et les périmètres d'action de chaque partie prenante.
- Identifier les compétences, les ressources, les besoins et les attentes de chacune des parties prenantes.

3.2.1.2 Mettre en place et animer un réseau partenarial inclusif

- Prendre en compte, consulter et faire appel à des partenaires non permanents des espaces de travail commun (les associations, les professionnels accompagnant au quotidien les personnes concernées par les situations de maltraitements, les personnes concernées et leurs proches, *etc.*).
- Soutenir les aidants de personnes âgées et personnes handicapées afin d'éviter leur épuisement pouvant amener à des situations de maltraitance intrafamiliale.
- Articuler la cellule avec d'autres instances partenariales d'examen de situations individuelles complexes (par exemple les Conseils locaux en santé mentale, Dispositifs d'appui à la coordination, Plateforme territoriale d'appui, Programme local de l'habitat intercommunal, *etc.*).

3.2.1.3 Reconnaître et favoriser l'expression des expertises et des expériences

- Reconnaître les expertises de tous, prendre au sérieux les associations et les collectifs citoyens (savoirs profanes et professionnels) et limiter l'injustice épistémique.
- Favoriser l'horizontalité dans les échanges.

3.2.2 Partager et transmettre

3.2.2.1 Partager des valeurs pour agir dans le même sens

- Partager un sens et un but communs dans l'action en articulant des cultures professionnelles plurielles.

- Cultiver la solidarité, la confiance et le respect mutuel.
- S'assurer d'un portage collégial des responsabilités du traitement, de ses suites et d'un éventuel signalement judiciaire.

3.2.2.2 S'assurer de la réciprocité des échanges et des transmissions d'informations

- Mettre en place des partenariats fondés sur un fonctionnement « donnant-donnant » pour mobiliser les acteurs autour de trois axes : s'informer mutuellement, réfléchir collectivement et agir avec cohérence et efficacité.
- Expliciter le cadre et les formes des transmissions d'informations et des échanges (par exemple par le conventionnement).

3.2.2.3 Travailler sur la transparence et la communication avec les parties prenantes et les personnes concernées

- Visibiliser les suites d'un signalement et le circuit de son traitement pour les personnes concernées et l'ensemble des parties prenantes.
- Informer les personnes qui portent les alertes et signalements des suites données. En fonction de leur nature et de leurs compétences : accusé de réception, suivi du dossier, décisions prises, *etc.*
- Aller à la rencontre des acteurs de son territoire pour leur présenter les dispositifs de traitement des signalements existants et les outils de contractualisation et d'évaluation des situations de vulnérabilité et de maltraitance.

3.2.3 Agir ensemble, collégialement

3.2.3.1 Créer des espaces pour agir ensemble et prendre en charge plus globalement des personnes concernées par des situations de maltraitance

- Construire et mobiliser un réseau de parties prenantes compétentes pour trouver des solutions au cas par cas.
- Créer des espaces pluridisciplinaires de réflexion et d'action communs à plusieurs domaines d'action (social, médical, judiciaire, associatif, *etc.*), par exemple en mobilisant des intervenants sociaux en commissariat et en gendarmerie.
- Assurer l'horizontalité entre les participants, y compris dans les espaces d'action commune.

3.2.3.2 Co-construire les règles de fonctionnement et d'organisation du travail collégial

- Définir le périmètre d'intervention des espaces de travail collégial (réception de l'alerte, évaluation en cellule, signalement au procureur, décision des actions à mettre en œuvre, suivi du dossier, *etc.*).

- Clarifier le cadre du partage d'information entre les membres permanents des espaces et avec les membres occasionnels.
- Organiser les temps d'inter-commission (préparation des cellules, élaboration d'ordres du jour, recherches d'informations, *etc.*).

3.2.4 Être sécurisé et se sentir efficace dans l'exercice de ses missions

Si l'exercice de leurs missions, dans des conditions ressenties comme difficiles, contraint les professionnels à réclamer, souvent de manière répétée, un recours à encore davantage de formation pour mieux répondre aux défis quotidiens qui sont les leurs, ce serait un leurre de leur fournir uniquement des informations techniques, légales, juridiques et réglementaires. D'une part, ces programmes de formation existent déjà et sont régulièrement mis à jour au fur et à mesure des modifications politiques et juridiques. D'autre part, l'analyse des situations (phase 1) et des propos recueillis pendant les enquêtes sur les territoires (phase 2), ainsi que des éléments colligés dans la documentation consultée tout au long de la recherche-action, donnent à voir la nécessité, pour les professionnels et l'ensemble des parties prenantes, d'acquérir des compétences nouvelles et complémentaires davantage dans le champ de la coopération entre membres de réseaux et dans celui de l'intelligence émotionnelle et collective.

Les recommandations visant à sécuriser les acteurs du traitement des situations de maltraitance dans l'exercice de leurs missions se structurent en cinq dimensions : renforcer ou compléter la formation et le développement des compétences de toutes les parties prenantes dans le champ de la coopération (3.3.1) ; protéger et sécuriser émotionnellement les acteurs dans l'exercice de leur mission (3.3.2) ; sensibiliser et former des professionnels pouvant être au contact d'adultes vulnérables victimes de maltraitance (3.3.3) ; développer des compétences de réflexivité et d'agentivité (3.3.4) ; construire et animer un réseau bienveillant et rigoureux de parties prenantes (3.3.5).

3.2.4.1 Renforcer la formation et le développement des compétences de toutes les parties prenantes dans le champ de la coopération dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et en situation de handicap

- Inclure, systématiquement, dans le périmètre de la formation (initiale/continue) des professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap (mais aussi des professionnels de l'accompagnement en général) les thématiques suivantes :
 - Construction de pratiques communes autour des procédures de qualification et d'interprétation des signalements et de gestion des alertes de maltraitance ;
 - Recueil de la parole et des modalités de signalement ;
 - Enjeux et défis de la coopération ;
 - Acquérir des pratiques de coopération et mettre des actions en place.

- Mettre en place des programmes de sensibilisation et de formation aux droits des personnes, au repérage des signaux (faibles et forts) de maltraitance pour favoriser chez toutes les parties prenantes, des pratiques bientraitantes, respectueuses des personnes majeures victimes.
- Organiser, systématiquement dans les réseaux, des dispositifs agiles d'apprentissage collectif autour des pratiques professionnelles, comme les échanges de connaissances et de compétences, et le développement de cultures professionnelles partagées valorisant le travail en équipe, l'interdisciplinarité et la co-construction des réponses aux situations de maltraitance (échanges de pratiques, communautés de pratiques, *etc.*)³⁰.
- Organiser régulièrement et systématiquement des colloques, des journées d'étude, des séminaires interinstitutionnels.

3.2.4.2 Protéger et sécuriser émotionnellement les professionnels dans l'exercice de leur mission

- Proposer des formations au développement des compétences émotionnelles dans le cadre de la lutte contre la maltraitance (émotions telles que la colère, la détresse, l'impuissance et la culpabilité, à la fois obstacles, mais également leviers d'action permettant de trouver des solutions face aux situations complexes/de maltraitance).
- Sensibiliser l'ensemble des parties prenantes aux conséquences psychiques, mentales et physiques de l'exposition aux expériences de maltraitance : le traumatisme vicariant est lié au traitement, aux soins et à l'accompagnement des personnes qui souffrent au quotidien.
- Offrir des séances de supervision individuelle, collective et d'analyse de la pratique, co-animées par des professionnels pairs, c'est-à-dire concernés aussi, dans leur pratique, par les situations suivies par les professionnels.
- Faire intervenir des pairs-aidants auprès des professionnels dans les formations et en consultation des démarches de traitement et d'évaluation des situations.

3.2.4.3 Sensibiliser et former des professionnels pouvant être au contact d'adultes vulnérables victimes de maltraitance

- Former au recueil de la parole et aux enjeux et modalités du signalement les professionnels intervenant à domicile, les professionnels de santé consultés (médecine de ville et hôpital), les forces de l'ordre.

³⁰ Communautés d'apprenance constituées des acteurs : travailler et apprendre ensemble, en continu (monter en compétences). Empruntant à Carré sa définition de l'apprenance, nous définissons une « communauté d'apprenance » comme étant une « communauté favorisant l'émergence, la croissance et/ou le maintien d'un ensemble stable de dispositions affectives, cognitives et conatives, favorables à l'acte d'apprendre, dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite » (Carré, 2005).

- Diffuser des messages de prévention et d'information aux professionnels de lieux fréquentés par les personnes vulnérables au quotidien (pharmacies, magasins de proximité, maisons des associations, *etc.*).
- Agir, en co-construction³¹, auprès des associations, des aidants familiaux et des familles et autres réseaux associatifs afin de mieux faire connaître les missions des acteurs de la lutte contre la maltraitance et impulser des partenariats.

3.2.4.4 Développer des compétences de réflexivité et d'agentivité³²

- Participer à des dispositifs favorisant l'échange, la réflexion commune, l'action en bonne intelligence, comme l'analyse de l'activité, les retours d'expérience, la construction de savoirs collectifs ou hybrides.
- Se former à des techniques de travail en commun et aux méthodes participatives.
- Avoir recours à des formes d'auto-formation et à l'initiative personnelle et concertée favorisant le sentiment d'auto-efficacité des professionnels³³.
- Avoir recours à des formes de bricolage des pratiques.

3.2.4.5 Construire et animer un réseau bienveillant et rigoureux de parties prenantes

En tant qu'encadrant :

- Soutenir les professionnels de son institution et de son réseau dans l'exercice de ses missions, en privilégiant des approches de communautés de pratiques³⁴.
- Acquérir et mettre en place des méthodologies de conduites de projets partagés.
- Favoriser les méthodes de management qui privilégient la participation de tous de façon horizontale.
- Participer à des rencontres interprofessionnelles pour connaître les réalités vécues par les professionnels de terrain.
- Améliorer les modalités de contrôle des professionnels dans un réseau, sur un même territoire.

³¹ La co-construction quant à elle se définit comme « un processus volontaire et formalisé sur lequel deux ou plusieurs individus (ou acteurs) parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, *etc.* L'accord traduit un compromis sur lequel ces acteurs s'entendent et se reconnaissent » (Foudriat, 2016, p. 23).

³² « Cette "capacité à nous diriger nous-mêmes" indique la part des individus eux-mêmes comme agents actifs de leur propre changement, en interaction dynamique avec les facteurs contextuels, sociostructurels, groupaux, microsociaux, écologiques... » (Carré, 2004).

³³ Le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche (Bandura, 1982).

³⁴ Les communautés de pratiques sont « des groupes de personnes qui partagent une préoccupation, une série de problèmes ou une passion pour un sujet et qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant de manière continue » (Wenger et al., 2002, p. 4).

Conclusion : une démarche participative à poursuivre

En 2021, le montage de la recherche-action TACT est apparu comme une évidence dans le prolongement de la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. Cette démarche, initiée et portée par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, a permis de formaliser un vocabulaire reconnu par les pouvoirs publics. Une fois cet objectif atteint, il devenait nécessaire de s'engager dans une mise en application concrète sur les territoires, à une époque où la lutte contre les maltraitements ne constituait pas encore une politique publique pleinement assumée.

Les origines de TACT se trouvent dans les interrogations de ses promoteurs sur les moyens d'amener un large éventail d'acteurs – qu'il s'agisse des territoires, des professionnels ou des citoyens – à s'approprier ce vocabulaire et à développer des stratégies adaptées pour lutter efficacement contre la maltraitance. Les dispositifs d'alerte et de signalement, identifiés comme des éléments centraux de cette lutte, ont été choisis comme objets principaux d'attention et de recherche. De plus, la démarche de consensus préalable avait mis en lumière l'importance de la coopération, tant sur le plan théorique que pratique. Ce mode de travail collaboratif, expérimenté par les membres de la Commission nationale et les acteurs locaux, s'est révélé particulièrement pertinent.

La participation à la recherche-action TACT reposait sur le volontariat, à la suite d'appels à participation lancés par les promoteurs lors de rencontres formelles et informelles. L'enthousiasme des nombreux candidats, motivés par l'idée de produire collectivement des savoirs expérientiels et transférables, a marqué chaque étape de la recherche. Les chercheurs ont tenu compte de cet engouement en intégrant davantage de participants dans les ateliers d'étude de cas et les enquêtes approfondies, et en créant un outil d'aide à la coopération matérialisé par les fiches TACT. Cet engagement a témoigné d'une mobilisation remarquable face à des enjeux complexes et à une détresse bien réelle.

Le principal constat de la recherche TACT est que la maltraitance envers les adultes vulnérables constitue une réalité d'une grande complexité, impliquant une multitude d'acteurs aux logiques et temporalités souvent divergentes. Bien que les coopérations soient fréquentes sur le terrain, elles reposent majoritairement sur l'engagement personnel de professionnels. Les territoires où la coopération est véritablement structurée et coordonnée sont rares, faute de moyens suffisants et d'orientations réglementaires claires. Parmi les territoires étudiés, un seul présente un modèle de coopération véritablement formalisé, mais difficilement transposable en l'absence de volonté politique et de ressources dédiées.

Face à ces constats, **la recherche TACT ne propose pas de solutions universelles, mais des repères pour interroger les éléments clés de la coopération.** Les fiches TACT ne suivent pas une logique prescriptive, mais visent à guider les acteurs locaux dans des choix autonomes adaptés à leurs configurations spécifiques. Ces fiches constituent une aide à l'auto-questionnement pour

les collectifs d'acteurs, plutôt qu'un ensemble de recommandations impératives. Sur la base des résultats de la recherche-action, neuf fiches repères ont été élaborées pour accompagner la mise en œuvre des mesures de la loi dite « Bien vieillir ». Ces fiches, conçues pour être utilisées par les commissions locales, ne prédéterminent ni leur composition ni leurs missions ni leur fonctionnement. Elles visent à **faciliter une réflexion collective sur l'organisation des commissions locales en s'appuyant sur les dispositifs existants**. Ces commissions, désignées par le terme générique « commission TACT », auront pour mission d'organiser le travail opérationnel entre tous les acteurs impliqués dans le traitement des signalements, en articulation avec les cellules « Bien vieillir » issues de la nouvelle loi.

Les situations de maltraitance présentent souvent une complexité intrinsèque, amplifiée par des facteurs comme la multiplicité des formes de maltraitance – qu'elles soient physiques, psychologiques ou financières – et la vulnérabilité accrue des victimes due à l'isolement ou à la dépendance. Les tensions entre les logiques des différents acteurs, notamment entre les approches judiciaires centrées sur la recherche de preuves et les approches globales du champ social, compliquent encore la qualification des situations et la coordination des interventions.

Un obstacle majeur à la coopération est le manque d'interconnaissance entre les institutions impliquées. Les rôles et prérogatives des uns et des autres sont parfois méconnus, et les représentations mutuelles peuvent être sources de blocages. De plus, l'absence de circuits d'information fluides et les interprétations restrictives des exigences de confidentialité freinent le partage d'informations essentielles. Ces limites aboutissent à des signalements fragmentés ou redondants et à des actions parfois contradictoires.

Les différences de temporalité entre les domaines administratifs, judiciaires et médicaux aggravent ces difficultés. Les délais liés aux enquêtes ou aux mesures de protection apparaissent souvent inadaptés face à l'urgence de certaines situations, renforçant l'impression d'une machine administrative lourde et déconnectée des besoins des victimes.

De plus, l'impact émotionnel des situations de maltraitance, tant pour les professionnels que pour les victimes, constitue un autre frein. Les intervenants expriment des sentiments d'impuissance et de culpabilité face à des situations récurrentes ou non résolues, tandis que la peur des représailles limite les signalements. L'absence de reconnaissance institutionnelle renforce ce sentiment d'isolement.

Pour répondre à ces défis, il est essentiel de **renforcer l'interconnaissance et la confiance entre les institutions**. La mise en place d'espaces réguliers de concertation, tels que des ateliers interprofessionnels, peut faciliter la compréhension mutuelle et le partage d'informations stratégiques. Ces échanges permettent de construire une vision commune des situations, tout en confrontant les points de vue divergents. La formation des professionnels joue également un rôle central dans cette dynamique. Elle doit inclure des compétences spécifiques pour recueillir la parole des victimes et sensibiliser aux formes invisibles de maltraitance. Les formations transversales, rassemblant divers professionnels autour de cas pratiques, sont particulièrement utiles pour créer des réflexes communs et harmoniser les approches.

Enfin, la reconnaissance et la valorisation de l'engagement des professionnels sont indispensables. Cela passe par **un accompagnement institutionnel renforcé, incluant des ressources supplémentaires et un soutien psychologique pour les parties prenantes confrontées à des situations exigeantes.**

En conclusion, **la recherche-action TACT confirme l'importance de poursuivre la compréhension du phénomène de la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité et de favoriser des modalités de coopération adaptées aux réalités locales.** La dynamique participative de TACT a démontré la pertinence d'une communauté de recherche, en écho aux recommandations du Haut conseil de la santé publique. Le modèle esquissé par TACT, associant acteurs de terrain et chercheurs, offre une base légitime pour promouvoir une démarche de recherche-action collaborative, à poursuivre et à développer.

Bibliographie

Littérature scientifique

- Aldrich H., (1976). "Resource Dependence and Interorganizational relations". *Administration and Society*, 7 (4).
- Alter, N. (2010). « Coopération, sentiments et engagement dans les organisations ». *Revue du MAUSS*, n°36, p. 347-369
- Aragona, E. (2022). *À la recherche de l'admission. Sociologie politique de l'appariement en établissements spécialisés pour personnes en situation de handicap*. Thèse de doctorat, Université de Picardie-Jules-Verne, Amiens.
- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Baudot, P. (2022). « Handicap ». In G. Petit, L. Blondiaux, I. Casillo, J.-M. Fourniau, G. Gourgues, S. Hayat, R. Lefebvre, S. Rui, S. Wojcik, & J. Zetlaoui-Léger (Éds.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart* (2e éd.). En ligne : <https://www.dicopart.fr/handicap-2022>
- Bauduret, J. (2023). « La loi 2002-2 reste un bon outil pour diversifier les accompagnements sociaux et médico-sociaux et réussir l'articulation intégration-inclusion ». *Vie sociale*, 43, p. 47-53.
- Benkler, Y. (2002). "Coase's Penguin, or, Linux and The Nature of the Firm". *Yale L.J*, 112, p. 369-446.
- Bergeron H., Castel P. (2024). *L'organocène, du changement dans les sociétés surorganisées*, Les presses de sciences-Po.
- Bertillet H. (2017). « Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. Les nouveaux professionnels de la transversalité dans le secteur de l'autonomie ». *Terrains & travaux*, n° 30, p. 5-30.
- Bouvier, G. & Dellucci, H. (2017). « Les traumatismes vicariants ». In C. Tarquinio, M. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann (Dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris, Dunod. p. 269-278
- Callu, M-F., Girer, M., Rousset, G. (2021). *Dictionnaire du droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. 2e éd., Paris, Éd. LexisNexis.
- Carré Ph. (2004). « Bandura, une psychologie pour le XXe siècle ». *Savoirs*, 2004/5 (Hors-série), p. 9-50.
- Carré, Ph. (2005). *L'apprenance. Un nouveau rapport au savoir*. Paris, Dunod.
- Corvol., A., Moutel, G., Somme, D. (2012). « La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions ». *Gérontologie et société*, vol. 35, n°142, p. 195-204.
- Cret B., Guilhot N. (2016). « Le secteur du handicap, un marché en construction ? Stratégies concurrentielles et stabilisation du champ (1944-2010) ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 193-223.
- Cristol, D., Cyrot, P., Jeunesse, C. (dir) (2013). « Renforcer l'autoformation : Aspects sociaux et dimensions pédagogiques ». *Chronique Sociale*, p. 121-144
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, Seuil.
- Dameron, S. & Josserand, E. (2007). « Le développement d'une communauté de pratique : Une analyse relationnelle ». *Revue française de gestion*, 174, p. 131-148.
- Dumoulin, P., Dumont, R., Bross, N. & Masclet, G. (2015). *Travailler en réseau : Méthodes et pratiques en intervention sociale*. Paris, Dunod.
- Dumont, R. (2020). « Travailler en réseau ou en partenariat ». *Les Cahiers de l'Actif*, 526-527, p. 7-28.
- Dunlop, J. (2009). *Les 100 mots de la géographie*. Paris. Presses universitaires de France.
- Epstein, R. (2015). « La gouvernance territoriale : une affaire d'État. La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires ». *L'année sociologique*, n°65, p. 457-482.
- Foudriat, M. (2016). *La co-construction. Une alternative managériale*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Fourdrignier, M. (2016). « Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? » *Pensée plurielle*, 43, p. 23-35.
- Fricker, M. (2009). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford, Oxford University Press.

- Frigoli, G. (2004). « Lorsque gérer l'action sociale devient affaire d'action collective. Une contribution à l'analyse des partenariats dans l'action sociale territorialisée : le cas de la lutte contre l'exclusion ». *Revue française des affaires sociales*, p. 85-103.
- Gayet, M., Hennion, S., Moisdon-Chataigner, S. (2024). Dossier « Les lanceurs d'alerte dans la prévention de la maltraitance ». *Revue droit & santé*, n°3, p. 367-429.
- Jourdain, É. (2021). *Les Communs*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Lafont, P., Foucart, J., Pariat, M. (2016). « Transition, transaction et transformation, formes et contours de la coopération ? ». *Pensée plurielle*, 41, p. 7-12.
- Piquet, A. (2009). *Le guide pratique du travail collaboratif : théories, méthodes et outils au service de la collaboration*. Ville de Brest.
- Malone, T.W., Crowston, K. (1990). What is coordination theory and how can it help design cooperative work systems? Conference on Computer Supported Cooperative Work.
- Martineau, A., Plard, M. (2018), « Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du Successful Aging », *Cybergeog: European Journal of Geography*, En ligne : <http://journals.openedition.org/cybergeog/29118>
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations, Paris, Éditions d'organisation.
- Pasquier, R. (dir) (2020). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Pariat, M. (2016). La coopération, une valse à trois temps ?. *Pensée plurielle*, n°41, 29-39.
- Pierru, F. (2020). « Agences Régionales de Santé : mission impossible ». *Revue française d'administration publique*. vol. 2, n° 174, p. 385-404.
- Polton, D. (2004). « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 284-285.
- Py, B. (2021). « Cent ans de secret professionnel ». *Revue droit & santé*, n°100, p. 230-250.
- Touzard, H. (2006). Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique. *Négociations*, n°5, p. 67-74.
- Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., Austin, B. (1999). « A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? », *Managed Care Quarterly*, vol. 7, n°3, p. 56-66
- Weiss, J., Hughes, J. (2005). "Want collaboration? Accept and actively manage conflict". *Harvard Business Review*, vol. 3, n°83, p. 92-101
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press.

Littérature grise

- ANAP (2012). *Les coopérations dans le secteur médico-social*. Guide.
- Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance (2021). *Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité*. Rapport.
- Conseil de l'Europe (2003). *Protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*. Rapport.
- Défenseur des droits (2021). *Rapport sur les droits fondamentaux des personnes accueillies en EHPAD*. Rapport.
- États généraux des maltraitances (2023). *Rapport de la concertation*. Rapport.
- Haut Conseil de la santé publique (2024). *Lutte contre les maltraitances des personnes en situation de vulnérabilité : analyse et propositions*. Rapport.

Liste des annexes

Numéro d'annexe	Contenu
	Analyse historique de la politique de lutte contre la maltraitance en France
1	Version longue de l'analyse historique.
2	Version synthétisée de l'analyse historique.
3	Schéma du traitement théorique des alertes de maltraitance : protection de l'enfance.
4	Schéma du traitement théorique des alertes de maltraitance : maltraitance des majeurs en situations de vulnérabilité à domicile.
5	Schéma du traitement théorique des alertes de maltraitance : établissements médico-sociaux.
6	Schéma du traitement théorique des alertes de maltraitance : violences conjugales / violences faites aux femmes.
7	Frise chronologique : protection de l'enfance.
8	Frise chronologique : établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité.
9	Frise chronologique : échelles départementale, régionale, nationale de la politique publique.
10	Guide de lecture des schémas du traitement théorique des alertes de maltraitance et des frises chronologiques.
	Analyse du cadre théorique de la coopération
11	Tableau synoptique du cadre théorique de la coopération
12	Bibliographie des notions de coopération et de coordination
	Analyse des situations de maltraitance
13	Analyse thématique des ateliers
14	Nomenclature des situations
15	Synthèses individuelles des ateliers
	Enquêtes de terrain
16	Monographie du terrain 1
17	Monographie du terrain 2
18	Monographie du terrain 3
19	Monographie du terrain 4
20	Monographie du terrain 5
21	Monographie du terrain 6
22	Monographie du terrain 7
23	Monographie du terrain 8
25	Guide d'entretien
26	Tableau de relations (Terrain 1)
27	Inventaire des outils de fonctionnement et de coopération collectés
	Enquêtes de terrain
28	Signalement et secret professionnel, analyse approfondie
29	Les émotions provoquées par le traitement des situations de maltraitance : concepts et exemples

Table des matières

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des sigles	4
Introduction	5
1 Une recherche-action centrée sur la coopération des acteurs clés du dispositif de signalement.....	7
1.1 Ce que signifie traiter un signalement.....	7
1.1.1 Les dispositifs de traitement des signalements	8
1.1.1.1 L'enchevêtrement des alertes et des signalements	8
1.1.1.2 Différentes acceptions du traitement des signalements subsistent malgré les dispositions de la loi « Bien vieillir »	9
1.1.2 Le cadre réglementaire des auteurs de signalement : des incitations et des freins	11
1.1.2.1 Les lanceurs d'alerte : une protection des signalants	11
1.1.2.2 Les épineuses questions du signalement et du secret professionnel.....	12
1.2 La coopération en réponse au problème public de la maltraitance envers les adultes vulnérables.....	13
1.2.1 Les définitions de la coopération	13
1.2.2 Territoires et coopérations dans les politiques publiques de lutte contre la maltraitance : une perspective historique	14
1.2.3 Les bénéfices de la coopération	16
1.3 Méthode TACT : l'approche qualitative pour entrer au cœur des modalités de coopération	18
1.3.1 Les ateliers d'analyse des situations de maltraitance.....	18
1.3.1.1 Réunir une diversité d'acteurs pour capitaliser sur leurs savoirs expérientiels.....	18
1.3.1.2 Dix-sept ateliers pour analyser les freins et leviers de la coopération.....	19
1.3.1.3 L'analyse d'un matériau particulièrement riche.....	19
1.3.2 Les enquêtes de terrain : des monographies sur les coopérations autour des signalements de maltraitements	20
1.3.2.1 Les choix de terrains enquêtés.....	20
1.3.2.2 Une méthode qualitative par entretiens	21
1.3.2.3 L'analyse croisée des verbatim et des documents transmis par les enquêtés	22
1.3.3 Les ateliers de co-construction d'un outil d'aide à la coopération dans le traitement des signalements de maltraitance	23
1.3.3.1 Une méthode de co-construction avec les acteurs de terrain.....	23
1.3.3.2 Les enseignements des ateliers pour outiller la coopération	23
2 Coopérer dans la complexité : freins et leviers.....	25
2.1 Manifestations et limites de la coopération territoriale sur les maltraitements envers les adultes vulnérables	25
2.1.1 Lutter contre les maltraitements envers les adultes : une coopération protéiforme	26

2.1.1.1	Une coopération indispensable pour traiter des situations complexes et pour limiter les risques psychosociaux associés au traitement.....	26
2.1.1.2	Des espaces multipartenariaux à géométrie variable.....	28
2.1.1.3	Des outils d'évaluation et de conventionnement censés favoriser une logique « donnant-donnant » .	31
2.1.2	La coopération empêchée : des obstacles culturels et organisationnels.....	32
2.1.2.1	La méconnaissance mutuelle des mandats, rôles et compétences des acteurs	32
2.1.2.2	Les obstacles à la circulation des informations	33
2.1.2.3	Le cloisonnement institutionnel illustré par l'impossibilité du recueil des données fiables sur la maltraitance.....	35
2.2	Quatre types de circuits de signalements juxtaposés	37
2.2.1	Les Agences régionales de santé, focalisées sur les événements indésirables en établissements	38
2.2.1.1	Les deux procédures de traitement des dysfonctionnements en établissements au sein des ARS	38
2.2.1.2	Les signalements et réclamations, outils de dialogue entre établissements et ARS.....	40
2.2.1.3	Les issues des procédures : de rares inspections et sanctions.....	42
2.2.2	Les Conseils départementaux, identifiés comme interlocuteurs sur le public des adultes vulnérables.....	43
2.2.2.1	La convergence de signalements aux provenances très diverses	44
2.2.2.2	Des modèles organisationnels tributaires des volontés politiques locales	45
2.2.2.3	Une quête d'informations pour évaluer les situations	47
2.2.3	Les ALMA, un rôle d'écoute en marge du dispositif officiel.....	48
2.2.3.1	Des interlocuteurs de première ligne pour établir un lien	48
2.2.3.2	Une légitimité incertaine selon les configurations locales	50
2.2.4	Les tribunaux judiciaires, sollicités tardivement dans le traitement des situations	51
2.2.4.1	La provenance des signalements détermine les informations à disposition de la justice	51
2.2.4.2	Les modalités d'instruction des signalements : des moyens efficaces pour centraliser des informations	53
2.2.4.3	Les choix de procédures : des marges de manœuvre pour agir rapidement sur les situations	54
2.3	Animer et organiser la coopération territoriale autour des situations de maltraitance....	56
2.3.1	Animer un travail partenarial autour de la gestion de cas.....	57
2.3.1.1	Articuler les espaces de concertation avec les réseaux de proximité	57
2.3.1.2	Entre concurrence et coopération : l'articulation avec les Dispositifs d'appui à la coordination	61
2.3.2	Trois modalités d'organisation de la gestion de cas	63
2.3.2.1	Pilotage structuré et institutionnalisé.....	63
2.3.2.2	Pilotage peu institutionnalisé mais structurant et reconnu	66
2.3.2.3	Pilotage ad hoc, stratégiquement non structurant.....	68
3	Recommandations générales sur les conditions d'une bonne coopération en matière de lutte contre les maltraitements.....	70
3.1	Design des systèmes de coopération.....	73
3.1.1	Animer une politique de lutte contre la maltraitance.....	73
3.1.1.1	Assurer le respect du cadre légal et éthique de la coopération.....	73
3.1.1.2	Structurer un réseau et accompagner l'interconnaissance	74

3.1.1.3	Harmoniser les pratiques sur le territoire, clarifier les procédures et conventionner	74
3.1.1.4	Produire des données et évaluer	74
3.1.2	Opérationnaliser la politique de lutte contre la maltraitance	75
3.1.2.1	Assurer l'accessibilité et la lisibilité des entrées et des circuits de l'alerte et des signalements	75
3.1.2.2	Élaborer et utiliser les outils collaboratifs numériques	75
3.1.2.3	Décider collectivement de la clôture des signalements (en espace de concertation)	75
3.2	Modalités de coopération	75
3.2.1	Se connaître, se reconnaître	76
3.2.1.1	Connaître son territoire, son réseau et ses partenaires institutionnels	76
3.2.1.2	Mettre en place et animer un réseau partenarial inclusif	76
3.2.1.3	Reconnaître et favoriser l'expression des expertises et des expériences	76
3.2.2	Partager et transmettre	76
3.2.2.1	Partager des valeurs pour agir dans le même sens	76
3.2.2.2	S'assurer de la réciprocité des échanges et des transmissions d'informations	77
3.2.2.3	Travailler sur la transparence et la communication avec les parties prenantes et les personnes concernées	77
3.2.3	Agir ensemble, collégialement	77
3.2.3.1	Créer des espaces pour agir ensemble et prendre en charge plus globalement des personnes concernées par des situations de maltraitance	77
3.2.3.2	Co-construire les règles de fonctionnement et d'organisation du travail collégial	77
3.2.4	Être sécurisé et se sentir efficace dans l'exercice de ses missions	78
3.2.4.1	Renforcer la formation et le développement des compétences de toutes les parties prenantes dans le champ de la coopération dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et en situation de handicap ..	78
3.2.4.2	Protéger et sécuriser émotionnellement les professionnels dans l'exercice de leur mission	79
3.2.4.3	Sensibiliser et former des professionnels pouvant être au contact d'adultes vulnérables victimes de maltraitance	79
3.2.4.4	Développer des compétences de réflexivité et d'agentivité	80
3.2.4.5	Construire et animer un réseau bienveillant et rigoureux de parties prenantes	80
	Conclusion : une démarche participative à poursuivre	81
	Bibliographie	84
	Littérature scientifique	84
	Littérature grise	85
	Liste des annexes	86
	Table des matières	87