



## DOSSIER DE PRESSE

**Conseil national de la bientraitance – 25 juin 2013**

- Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation
- Résumé de la Charte
- Rapport des travaux du groupe N°2, réorganisation nationale du dispositif de signalement et d'alerte des situations de maltraitance
- Propositions du groupe N°2



## **Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles**

*Document inscrit dans un processus d'actualisation et d'amélioration continues, établi en lien avec les organisations du secteur de la gérontologie*

**Edito de Michèle Delaunay  
Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie**

Dans le cadre du CNBD que j'ai eu l'honneur d'installer en février dernier, j'ai demandé au groupe de travail « LAV » de se pencher sur la question de la géolocalisation. Il est de notre responsabilité collective de faire avancer le dialogue, l'échange, les pratiques qui vont permettre de respecter deux exigences fondamentales mais souvent difficile à concilier que sont d'une part les droits et libertés des personnes accompagnées par un établissement ou un service, d'autre part la sécurité ou plus justement la sûreté de ces personnes qui sont de facto sous la responsabilité d'un directeur et de son équipe.

Le sujet de la géolocalisation est par essence très complexe. La complexité tient non pas aux dispositifs qui sont aujourd'hui disponibles et divers mais à leur usage qui se développe de manière désordonnée et en vente libre sur internet, sans repères professionnels et juridiques clairs, et à la réflexion éthique qui doit en constituer le cadre. Une charte de bonnes pratiques apporte des éléments de réponse et constitue une aide à la décision pour les acteurs, sur le qui peut et doit faire quoi, et sous quelles conditions.

Elle propose d'éclairer les usages en matière de dispositifs de géolocalisation, pour qu'ils soient réfléchis et facteurs de liberté, de sécurité et de dignité, plutôt que l'inverse.

La tâche que j'ai confiée à ce groupe est éminemment ambitieuse et je souhaite féliciter le travail qui a été réalisé et l'engagement de chacun des participants et des partenaires qui accompagneront la diffusion de cette première version de la charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles et plus encore la feront vivre et grandir.

Il n'est pas possible, peut être même n'est-il pas souhaitable, de parvenir à poser dans la rédaction d'une charte toutes les réponses à des questions qui méritent d'être, au long cours, discutées et affinées. Il n'est pas non plus possible, ni souhaitable, de ne pas essayer de trouver les mots justes. Il s'agit donc d'un document évolutif, d'un processus ouvert à une actualisation et une amélioration continues. C'est dans cet esprit que je souhaite m'associer au travail réalisé et donner de l'ambition à l'après.

La version de la charte que nous partageons le 25 juin 2013 ne sera pas la même que la version de la charte que nous partagerons dans un an. Cet outil, fruit du travail de professionnels et d'associations représentant les usagers et d'industriels, en lien avec des centres experts, qui est aujourd'hui disponible sera testé et évalué par plusieurs sites pilotes qui souhaitent s'engager et que mon Ministère va accompagner dans une expérimentation. J'ai souhaité aussi que le groupe de travail se réunisse à nouveau, à échéance régulière sous forme d'un comité de suivi pour poursuivre dès septembre 2013.

*Version finale du mardi 25 juin 2013*

Ce travail de co-construction est exigeant, il nécessite un engagement fort de tous les acteurs et une ouverture au dialogue apprenant.

D'ores et déjà, je remercie vivement de leur engagement les Présidents et Directeurs Généraux de la Fondation Nationale de Gérontologie, chère Paulette, du CNRPA, cher Sylvain, de France Alzheimer, chère Marie-Odile, ainsi que tous ceux qui se sont engagés dans cette démarche.

**Michèle Delaunay**  
**Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie**

## Préambule sur les valeurs et objectifs de la présente Charte

Les technologies doivent être mises au service de l'homme et de son aspiration à aller et venir librement, et non l'inverse. Les technologies de géolocalisation peuvent contribuer à conjuguer les droits et aspirations fondamentales de liberté d'aller et de venir, de sécurité et de qualité de vie, et ce notamment des personnes vulnérables souhaitant bénéficier du meilleur niveau possible d'autonomie et de qualité de vie, tout en facilitant et en rendant moins astreignante la vigilance bienveillante de leurs proches ou des professionnels de santé et socio-éducatifs. Une des libertés fondamentales, comme celle d'aller et venir librement, est ainsi facilitée, de même que la capacité de chacun d'organiser les différentes implications de son avancée en âge.

La présente charte vise l'emploi le plus judicieux et équilibré de dispositifs de géolocalisation dont les usages professionnels sont encore en phase émergente, tandis que les technologies proprement dit sont disponibles et que leurs usages sociaux se développent rapidement dans le grand public. Le développement de ces technologies doit évidemment être respectueux des droits et garanties requises par les consommateurs et utilisateurs disposant par ailleurs pleinement des facultés leur permettant de les faire valoir et de les faire respecter. Le développement de ces utilisations en population générale est d'ailleurs un facteur important d'accessibilité financière et de réduction des coûts unitaires d'acquisition et d'abonnement, sans préjudice des efforts qui doivent être encore menés pour réduire le reste à charge. Tel est le cas également des progrès dans la mise en œuvre des technologies elles-mêmes, notamment dans leurs qualités intrinsèques de « continuité territoriale » tant à l'extérieur que dans des locaux d'habitation. Pour autant et concernant spécifiquement les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, il est apparu important de mettre en avant les valeurs et « bonnes pratiques » susceptibles de contribuer à structurer une offre de services encore émergente, et permettre d'aider à distinguer les solutions de qualité intégrant des dispositifs de géolocalisation.

Ces technologies ne sauraient évidemment se substituer à la nécessité de relations humaines suivies, et d'un accompagnement professionnel adapté pour les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles. Cet appui technologique est facilitateur par la réassurance qu'il procure à l'entourage et aux professionnels qui sont mobilisés. Pour autant, cet appui des technologies ne doit en rien dériver vers un usage de supervision continue ou de « pointage » des personnes concernées, en lieu et place des aides et interventions humaines adaptées, professionnelles ou non. Si la personne est désorientée, agressive, ou déambule sans but apparent, le premier rôle des proches et des soignants est de rechercher et d'identifier, voire de résoudre, les raisons de ce comportement afin de mieux répondre à ses besoins et comprendre ses désirs. De même et si la personne concernée se débarrasse continûment du dispositif de géolocalisation, mis en place initialement dans son intérêt par ses parents ou proches ou professionnels ou protecteurs qui l'accompagnent, alors il conviendra de considérer qu'il s'agit d'un refus et d'une cohérence qui doivent être respectés, quand bien même leur forme ne serait pas verbalisée ou écrite d'une manière directement intelligible. Pour que cette volonté puisse être respectée, il convient que le dispositif puisse être enlevé sans difficulté par la personne si elle en exprime le désir. Dans ces situations, une réévaluation collégiale de la situation est menée, afin d'élaborer une approche alternative adaptée au contexte.

La mise en place d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé défini avec la personne concernée, et le cas échéant avec la

personne de confiance qu'elle a désignée, son curateur ou son tuteur ou son mandataire spécial dans le cadre de l'exécution d'un mandat de protection future. Bien évidemment, le projet personnalisé et sa temporalité tiennent compte des différences tenant aux différences de situation pour la contribution du dispositif de géolocalisation à l'atténuation et à la compensation de troubles cognitifs ou psychiques. Si la mise en place du dispositif de géolocalisation intervient dans le cadre d'un établissement ou d'un service sanitaire, social ou médico-social ayant fait le choix de proposer une solution de géolocalisation, elle doit s'inscrire également dans le cadre global et préalablement défini d'une politique institutionnelle explicitée dans le projet d'établissement ou de service ou le projet institutionnel, après concertation avec les instances de concertation avec les usagers et leurs associations représentatives (conseil de la vie sociale, commission des représentants des usagers et de la qualité de la prise en charge).

La technologie doit être placée au service du projet personnalisé et le projet doit être régulièrement réévalué. Un dispositif de « surveillance à demeure » mis en place sur la personne sans projet ni réévaluation de celui-ci ne ferait qu'identifier la personne vulnérable à son équipement électronique ou magnétique, à l'instar d'un objet.

La présente charte de bonnes pratiques relatives à l'emploi des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles reprend en 10 points les valeurs et principes énoncés ci-dessus, qui en sont les clés de lecture et d'interprétation.

La présente charte se donne pour objectif également d'organiser un déploiement des solutions intégrant un dispositif de géolocalisation, aujourd'hui à leurs débuts, en valorisant à la fois :

- leur potentiel d'utilité et de promotion de l'autonomie et de la liberté d'aller et de venir pour les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, et leurs proches ;
- l'intérêt d'une maturation et d'une structuration des dispositifs techniques et des solutions qui les intègrent, tant du point de vue de la qualité de service et des garanties apportées aux utilisateurs, que de la possibilité d'engendrer des économies d'échelle et de peser ainsi à la baisse sur les coûts d'acquisition ou d'abonnement ;
- une réévaluation régulière des avancées et des difficultés de mise en application des principes de la présente charte de bonnes pratiques, et de son amélioration et de son actualisation continues, dans le cadre d'un comité de suivi réunissant les organisations signataires et les pouvoirs publics.

*Nota Bene : Il est envisagé de réunir un comité de suivi au mois de Septembre 2013, pour permettre à ce processus de travail de se poursuivre, autour de la charte et de ses principes, mais également de ses implications ultérieures dans sa déclinaison pratique (modalités d'évaluation dans des sites pilotes, clauses adaptées dans les contrats de prestations, etc...).*

## **Article 1<sup>er</sup> : Principe général**

Il ne saurait être institué un recours systématique à la géolocalisation pour toutes les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, à domicile ou en établissement sanitaire, social ou médico-social : le recours de principe est donc exclu.

Le recours aux dispositifs de géolocalisation ne peut s'inscrire que dans le cadre d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement, dont les modalités d'élaboration rechercheront la

compréhension et l'adhésion de la personne concernée, et de ses proches. Le retrait ou les tentatives répétées d'enlèvement du dispositif de géolocalisation par la personne concernée doivent être considérés comme un refus de mise en place de sa part, et cette cohérence doit être respectée, quand bien même elle ne serait pas directement intelligible. Dans le cadre d'un établissement ou d'un service sanitaire, social ou médico-social ayant fait le choix de proposer une solution de géolocalisation, l'usage d'un dispositif de géolocalisation doit s'inscrire préalablement dans le cadre global du projet d'établissement ou de service ou du projet institutionnel.

Dans le cadre du projet personnalisé, régulièrement réévalué, la géolocalisation peut apporter des réponses utiles à des situations et à des attentes particulières. Ainsi, l'utilisation de la géolocalisation doit être considérée et appréhendée comme un outil d'accès à une plus grande liberté d'aller et venir pour la personne concernée. Les troubles des fonctions intellectuelles doivent être médicalement attestés par un praticien ayant une compétence ou une expérience en ce domaine, préalablement à la mise en place d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation.

En aucun cas, un dispositif de géolocalisation ne doit avoir pour objet de pallier des besoins en aide humaine en diminuant leur quantification ou en influençant l'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement, le droit au retrait du dispositif étant constant.

## **Article 2 : Bientraitance et promotion de l'autonomie : Subsidiarité et Proportionnalité**

Le recours aux dispositifs de géolocalisation doit être inscrit dans le respect de la primauté de la personne et de ses souhaits, garantie par une appréciation médicale de son opportunité concernant les troubles des fonctions intellectuelles.

Conformément aux dispositions légales en vigueur, la personne concernée doit se voir garantie dans la mise en œuvre d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation:

- la préservation de sa dignité, de sa vie privée, de son intégrité, de son intimité, de sa liberté d'aller et venir,
- la préservation de sa sécurité, sur la base d'une identification et d'une prévention des risques qu'elle peut encourir, du fait des troubles de ses fonctions intellectuelles et des conditions de vie qui sont les siennes, ainsi que de ses projets.

L'utilisation des dispositifs de géolocalisation s'inscrit dans les logiques de subsidiarité et de proportionnalité, afin d'assurer un juste équilibre entre ces deux dimensions de recherche du plus haut niveau possible d'autonomie et de qualité de vie d'une part, et de recherche des meilleures conditions de sécurité, d'autre part. L'utilisation d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation s'intègre donc dans une évaluation bénéfices/risques et ne peut être assimilée à la possibilité d'un « risque zéro », ni être abordée comme une garantie d'évitement de tous accidents ou incidents pour les personnes concernées, leurs parents, leurs protecteurs et leurs proches. En effet, les causes de ces accidents ne sont pas toujours identifiables à l'avance, et leur survenance ne peut être toujours prévenue. Ainsi, leurs conséquences ne sont pas toujours évitables, dans le cadre d'une démarche normale de prévention des risques à laquelle participe l'emploi de dispositifs de géolocalisation.

## **Article 3 : Information adaptée**

Toute personne présentant des troubles des fonctions intellectuelles, à domicile ou dans un établissements sanitaire, social ou médico-social, doit être informée, de manière adaptée à sa

capacité de discernement, sur la possibilité de disposer ou non d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation en rapport à sa situation, ses activités et ses aspirations. Si cette possibilité existe, cette information porte notamment sur les modalités d'utilisation et les alternatives possibles à la géolocalisation, en termes d'accompagnement et de prévention des risques d'accident. Le parent ou le proche et le cas échéant, la personne de confiance ou son curateur ou son tuteur ou son mandataire spécial dans le cadre de l'exécution d'un mandat de protection future, sont informés dans les mêmes conditions.

En cas d'accueil au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, ou d'un accompagnement social ou médico-social à domicile, la politique institutionnelle d'usage ou de non usage d'un dispositif de géolocalisation et les modalités d'information et de concertation sont inscrites préalablement dans le cadre global du projet d'établissement ou de service ou institutionnel. Dans ce cadre, les modalités de cette information ainsi que la référence aux valeurs et principes de la présente charte de bonnes pratiques sur l'emploi des dispositifs de géolocalisation, figurent également dans le livret d'accueil, le règlement intérieur ou de fonctionnement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge le cas échéant.

La famille et les proches de la personne bénéficient d'une information dans le respect des dispositions légales en vigueur, dès lors que la personne ne bénéficie pas d'une mesure de protection juridique, ni d'un mandat de protection future en exercice.

#### **Article 4 : Prévention et assistance**

L'utilisation des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation doit toujours être envisagée comme un moyen d'accompagnement des personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles et de leur projet personnalisé, ce qui implique que la solution qui intègre un dispositif de géolocalisation est aussi destinée à assurer la prévention des risques et, le cas échéant, permettre de concourir concrètement à l'assistance à la personne concernée : il ne s'agit donc pas seulement d'employer un dispositif matériel ou logiciel, lequel n'a pas de fin en soi, mais de mettre en œuvre une solution organisationnelle intégrant un dispositif de géolocalisation, qui pourra être paramétré pour son activation ou les modalités d'intervention si besoin, en cohérence avec le projet personnalisé.

#### **Article 5 : Homologation, qualité, sécurité et configuration de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation**

Les solutions de géolocalisation pour des personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles -et les dispositifs sur lesquels ils s'appuient- sont homologuées, afin de garantir aux acquéreurs et utilisateurs l'assurance nécessaire que les avantages escomptés seront obtenus, tout en garantissant l'absence de nuisances ou de dangers pour les personnes portant ces dispositifs, et pour leurs proches. L'homologation porte ainsi sur :

- la configuration du dispositif qui doit être adaptable à la situation à traiter – paramétrage personnalisé- et dont la forme ou l'aspect ne doivent pas comporter d'éléments péjoratifs ou stigmatisants pour la personne concernée ou ses proches,
- les conditions de garantie technique, matérielle et logicielle, des dispositifs,
- les modalités d'emploi, lesquelles rechercheront une intelligibilité optimale, y compris au moyen d'écriture et de communication adaptées aux personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, ainsi qu'une intégration aisée dans les pratiques des établissements et services utilisatrices de la solution,



- l'offre de formation proposée par le fournisseur pour maîtriser la solution et son adaptation aux cas à prendre en compte ;
- les garanties apportées du point de vue des libertés publiques, en termes d'effacement ou d'enfouissement périodiques des données de localisation enregistrées, le cas échéant.

## **Article 6 : Mise en place du dispositif et consentement de la personne**

Le recours à une solution intégrant un dispositif de géolocalisation nécessite toujours l'avis favorable d'un médecin dont le rôle est d'attester que la personne présente des difficultés ou des troubles des fonctions intellectuelles, pouvant justifier ledit recours.

Le consentement de la personne est recueilli préalablement à la mise en œuvre de tout dispositif de géolocalisation, ainsi que celui de la personne de confiance ou le cas échéant, son curateur ou son tuteur ou son mandataire spécial dans le cadre de l'exécution d'un mandat de protection future.

Cette adhésion peut être anticipée avec la personne concernée, notamment dans l'hypothèse :

- d'un diagnostic précoce d'une pathologie comportant à terme l'éventualité de troubles des fonctions intellectuelles,
- ou dans le cadre des échanges préalables à la conclusion d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge.

Lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer un consentement libre et suffisamment éclairé ou constant, et qu'elle est concernée par des dispositions de protection des majeurs protégés, la décision de mettre en œuvre une solution intégrant un dispositif de géolocalisation relève de la personne chargée de sa protection, sous réserve de l'appréciation concordante d'un médecin choisi sur une liste établie par le Procureur de la République (article 431 du Code Civil). En aucun cas, il ne doit être exigé de la personne de son curateur ou de son tuteur d'expliquer les raisons d'un éventuel refus.

Lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer un consentement libre et suffisamment éclairé ou constant, et qu'elle est hébergée dans un établissement sanitaire, social ou médico-social comportant des contraintes de vie en collectivité, la décision relève du directeur de l'établissement ou de son délégué, sur la base d'un avis favorable du médecin traitant ou du médecin coordonnateur ou du médecin chef de service, à l'issue d'une évaluation collégiale de la situation et du projet personnalisé associant l'équipe pluridisciplinaire chargée des soins et/ou de l'accompagnement et la personne concernée, accompagnée le cas échéant de la personne de confiance. L'implication des membres de la famille et leur avis sont également intégrés dans l'évaluation collégiale.

Dans le cadre d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, les frais de mise en place et de fonctionnement de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation ne doivent pas être facturés individuellement à la personne concernée ou à ses proches, mais ils doivent être mutualisés à l'échelle de l'ensemble des usagers de la structure, voire dans le cadre de coopérations entre différents établissements et services.

Lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer un consentement libre et suffisamment éclairé ou constant, et si elle est soignée ou accompagnée dans le cadre de son domicile, la décision relève de la personne de confiance le cas échéant, ou du parent ou du proche, sur la base d'un avis favorable du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, à l'issue d'une

évaluation collégiale de la situation et du projet personnalisé associant le cas échéant l'équipe pluridisciplinaire chargée des soins et/ou de l'accompagnement et la personne concernée.

Lorsque la mise en œuvre du dispositif de géolocalisation est réalisée dans le cadre du processus collégial visé aux trois paragraphes précédents, le médecin ayant attesté les troubles des fonctions intellectuelles effectuée également, après concertation avec la personne de confiance ou le parent ou le proche, un signalement au Procureur de la République permettant, si nécessaire, la mise en œuvre de la protection juridique de la personne concernée, régie par le titre XI du Livre Ier du Code Civil.

Dans tous les cas de figure, le retrait ou les tentatives répétées d'enlèvement du dispositif de géolocalisation par la personne concernée doivent être respectés et compris comme un refus dont la cohérence doit être accueillie, même si sa forme n'est pas directement intelligible.

#### **Article 7 : Protocole d'activation de la solution et de déclenchement de la géolocalisation**

L'activation de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation est mise en œuvre par la personne chargée de la protection de la personne vulnérable, la personne de confiance ou le parent ou le proche, et si cette dernière réside dans un établissement sanitaire, social ou médico-social qui a fait le choix d'un service de géolocalisation, par le directeur de cet établissement et les personnes qu'il mandate à cet effet.

Lorsque la personne souffrant de troubles de fonctions intellectuelles est recherchée et doit être rapidement localisée pour sa propre sécurité, les modalités de déclenchement de la géolocalisation sont paramétrées lors de la mise en service avec la personne chargée de sa protection ou la personne de confiance ou le parent ou le proche, ou les personnes mandatées de l'établissement.

Le fournisseur de matériel ou le prestataire de service de géolocalisation doit contractuellement indiquer les fonctionnalités du dispositif et le périmètre du service fourni, ainsi que les différents types d'utilisateurs concernés par la mise en place et l'exploitation du service.

Dans le cas d'un service de géolocalisation, un protocole écrit de déclenchement d'alerte personnalisé doit être établi entre le prestataire, la personne concernée, et le cas échéant la personne chargée de la protection et le directeur de l'établissement.

Une procédure écrite est définie par chaque établissement ou service sanitaire, social ou médico-social, en cohérence avec les dispositions contractuelles convenues avec le fournisseur de matériel ou prestataire du service de géolocalisation, après avis du conseil de la vie sociale ou de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. La procédure définit les modalités éventuelles –selon les situations- d'un signalement aux services de l'Etat.

La responsabilité du fournisseur de solution s'inscrit dans le périmètre des prestations contractuelles et des modalités d'intervention convenues, et il appartient au commanditaire de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation de prendre les dispositions de prévention qui lui incombent.

#### **Article 8 : Homologation des solutions et dispositifs de géolocalisation**

Les matériels utilisés dans le cadre de solutions de géolocalisation sont soumis aux exigences législatives et réglementaires en vigueur concernant les dispositifs médicaux et les logiciels de santé : marquage CE, hébergement de données de santé, protection des données personnelles de santé. L'homologation des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation inclut la vérification de conformité des dispositifs aux exigences rappelées ci-dessus, mais également une évaluation de la solution globale du service rendu décrite à l'article 10. L'homologation des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation et de leurs cadres d'utilisation est confiée au Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie après avis de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Pour accomplir cette mission, le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie s'attache, autant que de besoin, la collaboration ou les conseils méthodologiques et technologiques des centres experts compétents ainsi que du Laboratoire National d'Essais.

#### **Article 9 : Traitement des données à caractère personnel**

Le recours à une solution intégrant un dispositif de géolocalisation induit la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel sous le contrôle de la CNIL et dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité, conformément aux dispositions légales en vigueur.

#### **Article 10 : Evaluation**

L'homologation des solutions de géolocalisation repose sur une évaluation interdisciplinaire périodique, sur une période de trois ans renouvelable. La responsabilité opérationnelle de cette évaluation périodique est confiée conjointement au Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie, sur la base notamment d'une grille d'évaluation pluridisciplinaire dont la composante visant les compétences et les pratiques professionnelles est validée conjointement par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). L'évaluation participe à la démarche qualité des prises en charge et des accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle soutient l'amélioration des recours aux dispositifs et des pratiques des acteurs engagés. L'évaluation est réalisée par et sous la responsabilité d'un centre d'expertise, au choix du prestataire ou fournisseur, certifié par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) et dont l'existence et la disponibilité sont garanties par le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie.

**Annexe I : Liste des personnes ayant concouru à l'élaboration de la présente charte, par leur contributions, réflexions, relectures critiques et suggestions**

**Membres de l'atelier 3.1 du comité national de bientraitance :**

Sylvain Denis ; Robert Moulias ; Pierre Delaunay ; Cecile Balandier ; Laurent Levasseur ; Jean Hamonic ; Annabelle Malnou ; Françoise Toursière ; Clémence Lacour ; Romain Gizolme ; Pierre-Jean Duportet ; Christophe Deguerre ; Alain Mreiden ; Bernard Ferrer ; Federico Palermi ; Sylvain Rispal ; Dominique Terrasson ; Monique Ferry ; David Causse ;

**Experts dans le domaine du droit ou des nouvelles technologies :**

Maître Maxence Cormier, Professeur Hervé Rihal ; Professeur Claudine Esper ; Maryvonne Lyazid ; Professeur François Violla et l'équipe juridique du centre européen d'études et de recherche droit & santé : Claire Debost, Maxime Delouée, Paul Véron ; Maître Florence Fresnel ; Robert Picard ; Alexis Westermann ;

*Paulette GUINCHARD*  
*Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie*



*Madame le Professeur Anne-Sophie RIGAUD*  
*Présidente du CEN STIMCO*



*Sylvain DENIS*  
*Président de la Conférence Nationale des Retraités et des Personnes Agées (CNRPA)*

*Emmanuel HIRSCH*  
*Directeur de l'Espace national de Réflexion Ethique que la Maladie d'Alzheimer*



Antoine DUBOUT  
*Président de la FEHAP*  
Représenté par Yves JEAN-DUPUIS, *Directeur Général*



Frédéric VALLETOUX  
*Président de la Fédération hospitalière de France (FHF)*



Claudy JARRY  
*Président de la FNADEPA*



Marie-Odile DESANA  
*Présidente de France Alzheimer*





**Geneviève RUAULT**  
*Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)*  
*Déléguée générale*



**Michèle FREMONTIER**  
*Directrice de la Fondation Médéric Alzheimer*



**Alain FAYE**  
*Président de MADOPA*







Claude MORDELET  
*Président de l'AFRATA*



Didier JARDIN  
*Président de l'ASIPAG*



Bernard d'ORIANO  
*Président de LESISS*



Monsieur le Professeur Jean-Claude SEYS  
*Président de Centre national de référence (CNR)*



**Florence LEDUC**  
*Présidente de l'Association Française des aidants*



**Claude RAMBAUD**  
*Présidente du CISS*



**Nathalie Maubouguet**  
*Présidente de la FFAMCO-EHPAD*





## Groupe sur les droits et la géolocalisation :

### quelle démarche, quels objectifs ?

Lors de la première séance plénière du Comité National de la Bienveillance et des Droits (CNBD), le 12 février dernier, Michèle DELAUNAY a demandé que soit constitué un groupe de travail pour travailler sur le sujet important de la bonne utilisation des dispositifs de géolocalisation. Début 2013, plusieurs accidents dramatiques concernant des personnes très âgées ayant quitté leurs lieux d'habitation avaient été médiatisés, posant avec acuité la question entre liberté d'aller et venir et sécurisation des conditions de vie, ainsi que celle de l'utilisation éventuelle de dispositifs de géolocalisation.

La finalité de ces dispositifs de géolocalisation ne fait pas débat : il s'agit de mettre en oeuvre une assistance de la personne âgée présentant des troubles intellectuels supérieurs. Mais ces dispositifs se diffusent aujourd'hui largement, et il convient de trouver la bonne manière de les utiliser. Un sujet par nature très complexe, puisque supposant de trouver un subtil point d'équilibre entre les préoccupations légitimes de tous les acteurs.

Le groupe sur les droits et la géolocalisation a donc travaillé, en lien avec des experts du champ de la gérontologie et des juristes, à l'élaboration d'une « Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles ». L'enjeu de cette charte est de dégager un point d'équilibre entre sécurité et liberté. Elle doit permettre d'avancer progressivement vers une bonne définition de l'utilisation et des pratiques concernant les dispositifs de géolocalisation.

Le projet de charte, présenté ce mardi 25 juin 2013 à Michèle DELAUNAY, permet de définir et de préciser un principe général : le recours aux dispositifs de géolocalisation ne peut se faire que dans le cadre d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement. Rédigé en dix articles, il pose des garanties pour la personne âgée présentant des troubles intellectuels supérieurs : préservation de la dignité, de sa vie privée, de son intégrité, mais aussi de sa sécurité sur la base d'une identification et d'une prévention des risques qu'elle peut encourir du fait des troubles dont elle est atteinte. Ce projet énonce aussi plusieurs principes : l'information donnée à la personne âgée se doit ainsi d'être adaptée à sa capacité de discernement ; la famille et les proches doivent bénéficier d'une information ; la mise en place de ce dispositif nécessite toujours un avis favorable médical ; enfin, la mise en oeuvre d'un traitement des données à caractère personnel doit s'effectuer sous le contrôle de la CNIL.

Plusieurs organisations membres du CNBD, comme d'autres organisations spécifiques au champ considéré (centres experts, fédérations professionnelles), ont déjà signifié leur intention de signer cette charte.

Dès cet été, plusieurs sites pilotes s'engageront dans la mise en oeuvre des principes de la Charte, tant à domicile qu'en établissement. Cette charte est un outil original parce qu'évolutif, fruit du travail de professionnels et d'associations représentant les usagers et les industriels, en lien avec des centres experts, cet outil sera testé et évalué par plusieurs sites pilotes qui seront accompagnés dans cette démarche. A partir de septembre, un Comité de suivi sera chargé de confronter le projet élaboré par le CNBD et l'expérience du terrain afin d'améliorer continuellement cet outil.

Ce Comité de suivi sera animé par David Causse et Monique Ferry, qui ont déjà piloté le groupe de travail au sein du CNBD.





## Principes pour une réorganisation nationale du dispositif de signalement et d'alerte des situations de maltraitance

Rapport des travaux du Groupe N°2 – CNBD

Présidente : Alice Casagrande

Rapporteurs : Bernard Duportet, Robert Moulias

### *Préambule : quelques constats*

*NB : les réflexions qui suivent ont été produites durant quatre séances de travail organisées les 29 Mars, 16 Avril, 29 Avril, 16 Mai et 03 Juin 2013. Dans les délais qui étaient impartis, il n'a bien évidemment pas été possible de parvenir à des conclusions exhaustives sur les sujets complexes qui sont évoqués. Le présent a simplement vocation à proposer les grandes lignes d'une réorganisation des circuits de signalement des situations de maltraitance. Les propositions qui y figurent devront être précisées et affinées avec les acteurs impliqués dans les prochains mois avant que des modifications concrètes n'interviennent sur le territoire.*

Le groupe de travail du Comité National pour la Bienveillance et les Droits dont le mandat concernait la réorganisation du signalement des situations de maltraitance et la rédaction d'un cahier des charges a d'abord fait un double constat :

1. Les autorités légitimes pour recueillir les informations relatives à des situations ou à des risques de maltraitance (police, gendarmerie, procureur de la République, Agences Régionales de Santé, Haute Autorité de Santé, organismes gestionnaires associatifs) reconnaissent la relative rareté des remontées d'informations à leur niveau même si celles-ci se sont accrues depuis la mise en place du 3977 (NB : sur ce point, les chiffres seront à insérer avant envoi du rapport définitif) ;
2. Ce constat confirme les conclusions des études françaises et internationales sur le sujet, qui pointent toutes les obstacles à une appréciation juste du phénomène de maltraitance en termes chiffrés.





Le groupe estime que trois phénomènes peuvent en outre légitimer l'hypothèse que le nombre de personnes concernées par le risque de maltraitance est en nette augmentation :

- D'une part, l'allongement de la durée de la vie et de la durée de vie à domicile y compris de personnes très fragiles, qui augmentent considérablement le nombre de personnes âgées potentiellement exposées aux mauvais traitements de tous ordres (allant de l'escroquerie à la maltraitance physique, en passant par l'abus de faiblesse ou l'influence indue d'un proche ou encore d'une maltraitance exercée par un aidant épuisé).
- Le monde du handicap connaît une évolution de même nature et la fragilité de personnes en situation de handicap accédant à un âge avancé amène à un cumul des risques dus au handicap lui-même et de ceux dus à la pathologie fréquente dans l'avancée en âge ;
- D'autre part, le mouvement de désinstitutionalisation massif qui, en insistant sur l'intégration des personnes en situation de handicap psychique dans la cité, augmente dans le même geste leur exposition à toutes les formes d'exploitation et de maltraitance (la situation étant particulièrement critique pour les femmes, ainsi que les études européennes le soulignent).

**Les attentes des acteurs en présence** ont été recueillies par la voie d'un questionnaire, dont le succès est éloquent sur la forte mobilisation des acteurs sur le sujet. Pour ce qui est des **ARS**, 17 d'entre elles ont renseigné le questionnaire envoyé ; leurs attentes concernent principalement la clarification des **définitions** de la maltraitance et des **circuits de signalement**, le suivi de certaines situations dont le périmètre est commun avec les Conseils Généraux, et la nécessité d'un **système d'information** faisant davantage ressortir les situations de maltraitance pour donner davantage de visibilité au phénomène. Ces attentes sont convergentes avec celles des 14 Conseils Généraux qui ont répondu au questionnaire, dont les réponses font déjà apparaître la richesse et la variété des dispositifs existants sur les territoires.

Pour ce qui est des **établissements** les directeurs ayant eu recours au signalement en apprécient clairement l'intérêt, évoquant en particulier l'importance du rappel du droit à tous les acteurs et la protection des personnes vulnérables impliquées. Ils évoquent néanmoins comme éléments négatifs l'absence de retour d'information lors d'un signalement et les longs délais de réponse, notamment de la part de l'autorité judiciaire.

Il ressort de toutes les perspectives recueillies que **quatre points nuisent à l'efficacité des dispositifs d'alerte** :

1. La **difficulté de compréhension, du seuil et de l'étendue du terme** de « maltraitance » ce qui conduit à banaliser certains événements ou à les noyer dans



d'autres relativement mineurs ou, au contraire, à dramatiser et judiciaireiser des situations qui demandent d'autres traitements, par exemple, la médiation.

2. Le **défaut de définition du rôle, de la légitimité et de l'indispensable coordination** des acteurs en charge du recueil, de l'analyse et du traitement des situations, alors même que l'interrogation de tous les acteurs montre bien l'importance de cette coordination
3. La persistance de la **difficulté à signaler** une situation relevant de la maltraitance, dans des contextes où la crainte des représailles ou l'empreinte disqualifiante de la délation sont encore très vifs.
4. **L'absence de visibilité** d'un dispositif polymorphe, mal régulé et fragilisé par l'absence d'une connaissance et d'une évaluation de la performance et du service rendu.

De l'expérience de la protection de l'enfance, le groupe a retenu :

- l'importance et l'efficacité de la coordination des acteurs sur le terrain au sein d'un dispositif commun et la nécessité des protocoles écrits pour sécuriser les circuits ;
- l'intérêt d'un regard pluridisciplinaire porté sur chaque situation pour en apprécier la gravité (ce qui concorde également avec l'expérience des cellules d'analyse mises en place dans certaines antennes ALMA) ;
- la nécessité de recours diversifiés pour ne pas emboliser l'appareil judiciaire inutilement là où des interventions d'un autre ordre seraient pertinentes (interventions allant de l'enquête sociale ou à l'inspection de l'établissement à la démarche de médiation, en passant par le recours au Défenseur des Droits ou à l'intervention d'une équipe de professionnels de la santé mentale) ;

Ainsi, c'est un **nouveau modèle** qui est proposé pour faire face à la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le direct sillage de la réforme de la protection de l'enfance de 2007 et dans un souci de cohérence des politiques publiques quelles que soient les vulnérabilités en cause.



## 1/ Le nouveau modèle proposé

Le nouveau modèle proposé se fonde sur six principes-clé :

- Le **nouveau dispositif national se doit d'être interministériel** au sein d'une gouvernance nationale unique, véritable pilote national du dispositif, afin que soit établie par la loi l'indispensable cohérence entre ces différentes structures nationales qui toutes doivent participer en justice et équité au bien-être des populations fragiles. Le dispositif doit associer les ministères de la Santé, des Personnes âgées, des personnes en situation de handicap, de l'Intérieur et de la Justice (et prévoir d'associer aussi rapidement que possible les ministères du droit des femmes, de l'économie sociale et solidaire et de la famille).
- **Le rassemblement et la coordination de tous les acteurs au sein d'une même instance départementale** chargée d'instruire et de construire les suites les plus adaptées pour chaque situation, avec à chaque fois une mobilisation des ressources compétentes sur le cas évoqué. Cette instance pourrait être placée sous la responsabilité du préfet, ou faire l'objet d'un co-pilotage dont les acteurs restent à déterminer (ARS et CG ? autre configuration selon le territoire ?). L'instance ainsi composée réunirait en tous cas pour un travail commun les professionnels des préfectures, ARS et CG, ainsi que les représentants des équipes pluridisciplinaires des antennes ALMA. Quelle que soit la source de l'alerte : lettre ou courriel de plainte (via le point focal régional de l'ARS, ou au CG) ou appel (à une antenne locale ou au 39 77), et quel qu'en soit l'auteur (particulier, proche, témoin, professionnel ou directeur d'établissement), il s'agit donc que toutes les situations concernant des personnes âgées ou handicapées soient examinées avec la même rigueur et la même grille d'analyse par des acteurs légitimes, compétents et formés spécifiquement en **liens permanents** et plus encore, **en confiance** les uns avec les autres (car l'expérience de la protection de l'enfance montre bien que là est le facteur décisif de succès : l'habitude du travail en commun et le respect mutuel).
- **L'existence d'un système d'information commun**, outil de gestion et d'analyse, ouvert en permanence sur le net, totalement sécurisé, permettant l'analyse statistique aux niveaux départemental, régional et national et surtout devant être utilisé par tout « informant » pour une exhaustivité de l'information recueillie et le suivi de toute situation. Le système d'information actuellement en fonction dans le cadre du 3977 pourrait être la base d'un nouveau système d'information élargi et interfacé (voire fusionné) avec les autres dispositifs.
- **Le changement de terminologie**, décisif pour aider tous les acteurs impliqués à transmettre plus facilement des informations que le vocable de « signalement » et de « maltraitance » décourage souvent. Ainsi s'agirait-il de promouvoir un système où tout acteur « transmet une information préoccupante » plutôt que de « signaler une situation de maltraitance ». Cette définition sémantique générale devra être doublée d'une description précise de son champ d'application depuis les crimes et délits



relevant du code pénal jusqu'aux négligences de toute sortes **Cette terminologie sera parfaitement claire au niveau du système d'information** et la nécessaire évaluation permettra de vérifier la compréhension et l'utilisation des termes utilisés.

- **La transversalité du dispositif aux établissements sanitaires et médico-sociaux**, afin que quels que soient les professionnels en jeu, les personnes vulnérables soient l'objet de la même vigilance et d'une attention conjointe de tous ceux qui se consacrent à l'analyse et à la résolution des situations.

Les implications de ces deux changements – de terminologie et de dispositif – et plus encore le changement culturel qu'il implique, exigent d'asseoir les préconisations selon trois procédures complémentaires et inséparables :

1. La structuration du dispositif ne doit s'établir de manière définitive qu'au vu d'un **état des lieux complémentaire** de ce qui existe sur l'ensemble du territoire national au niveau des structures déconcentrées, décentralisées et du secteur associatif.
2. Le dispositif proposé doit être l'objet d'un **test dans des territoires** qui en acceptent le principe et en montreront l'intérêt et les nécessaires réajustements, car nul modèle théorique ne saurait se passer de l'épreuve des réalités de terrain ;
3. Le dispositif proposé, une fois testé, doit faire l'objet d'un **ancrage législatif**, afin de lui donner la légitimité nécessaire auprès de tous les acteurs et de permettre de maintenir le principe d'équité sur l'ensemble du territoire ainsi que les changements qui s'avéreraient nécessaires au niveau des équipes





## **2/ Le nouveau cahier des charges du signalement : qui fait quoi ?**

*En préalable du schéma proposé, il convient de rappeler que les principes généraux de cahier des charges ici présentés ne peuvent être que provisoires et qu'un travail d'élaboration complémentaire sera nécessaire pour le finaliser.*

*Quelle que soit l'organisation arrêtée, elle devra faire l'objet d'un déploiement respectueux des diversités des territoires, et des dispositifs (nombreux) déjà installés. En d'autres termes, il s'agit avant tout de généraliser et de formaliser les circuits d'alerte, bien plus que d'instaurer un système nouveau.*

**Voir logigrammes en Annexe 1**

**L'alerte concernant une situation de maltraitance suspectée ou avérée peut provenir de toute personne victime ou témoin. C'est un devoir citoyen :**

- **Au sein du domicile ou de la cité** : de la personne vulnérable victime, d'un proche, d'un citoyen témoin, d'un professionnel du domaine concerné (social, sanitaire, médico-social, administratif, économique, etc.)
- **Au sein d'un établissement ou service social, médico-social ou sanitaire** : de la personne vulnérable victime, d'un proche, d'un citoyen témoin, d'un professionnel, de l'encadrement et de la direction de l'établissement ou service.
- **Par l'intermédiaire d'un médecin libéral** ou d'un professionnel de santé libéral

**L'alerte peut être transmise directement : il importe que toutes les voies puissent être utilisées pour pouvoir rompre le silence autour de la maltraitance.**

- A l'Agence Régionale de Santé (courrier, courriel ou appel téléphonique réceptionnés au point focal régional, PFR)
- Au Conseil Général (courrier ou appel téléphonique)
- Au 39 77 et/ou à son réseau de proximité (appel, courrier ou courriel)
- Au Défenseur des droits (échelon national ou départemental) (courrier, courriel ou appel téléphonique)
- A la police ou à la gendarmerie (plainte)
- Au procureur de la République
- Aux services du Préfet
- Autre : association d'aide et de soutien, CCAS...

**Le dispositif proposé** ne remet en cause aucun des circuits de remontée d'informations actuels (il n'y a pas de mauvais circuit, tous doivent être laissés au choix de la personne et pris en compte).



Il importe d'éviter que les cellules recevant les informations soient noyées sous des demandes sans relation avec des maltraitements, voire sans fondement, ce qui rendrait le système inefficace, sauf à engager de nouveaux moyens considérables en personnels.

Il importe aussi que les appelants bénéficient d'une écoute adaptée et compétente et reçoivent des réponses. Beaucoup sont en situation de souffrance.

Il importe aussi qu'une **communication nationale et locale répétée incite victimes et témoins à parler**, donc de disposer d'un lieu d'écoute d'accès facile à communiquer qui leur garantisse confidentialité (ce qui évite les appels anonymes), indépendance et compétence et qui puisse les conseiller et orienter.

Pour être efficace, cette communication devrait notamment être ciblée sur le dispositif national d'écoute réunissant un N° national d'appel, le 39 77 et des centres d'écoute départementaux. Ce dispositif traite déjà 4 à 5.000 dossiers par an utilisant des salariés et des bénévoles pluri disciplinaires et multi-professionnels, tous formés à leur mission. Cet ensemble coordonné est capable d'assurer une écoute initiale et approfondie (temps), une analyse de ces situations avec une méthodologie homogène, de donner des conseils et d'orienter utilement les appelants, d'informer de façon pertinente le ou les services ou personnes compétentes dans le « traitement » éventuel de la situation, enfin d'assurer un suivi dans la mesure où il peut bénéficier de retours d'informations.

Ce dispositif assure ainsi pour les appels qui lui arrivent un filtre indispensable, ne transmettant aux services concernés que les situations préoccupantes. Ou les fortes suspicions de telles situations.

De plus ce dispositif dispose déjà d'un outil informatique de recueil des données déjà éprouvé et en évolution régulière, sans lequel toutes les informations resteraient dispersées.

Une meilleure information sur ce dispositif renforcerait immédiatement les possibilités de résolution de ces situations. Ce dispositif est désormais sous la gestion de la Confédération de lutte contre la Maltraitance.

La communication devra également être construite à destination des établissements et services et des instituts de formation initiales et continues, à commencer par ceux qui forment des responsables (EHESP, Facultés de médecine), afin d'assurer une montée en vigilance collective chez les professionnels.

Le nouveau dispositif instaure également une **nouvelle terminologie** destinée à faciliter la remontée d'informations : il s'agit pour les directeurs de structures de **transmettre toute « information préoccupante »** et non plus de faire un **« signalement de maltraitance »**

**Cette information préoccupante est également transmise à la cellule pluri-institutionnelle pour les établissements de santé** comme pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux



Le principe d'une évaluation et d'un suivi de toutes les informations préoccupantes reçues sur un département par une cellule pluri-institutionnelle dédiée transversale aux secteurs médico-social et sanitaire, réunie régulièrement.

Le principe du dispositif d'alerte est que tous les acteurs qui reçoivent en première instance une information

- **Reçoivent une formation** sur le domaine dont ils vont avoir la charge. L'objet de cette formation est de partager les expériences des acteurs en présence, de créer une culture commune et de déterminer avec précision, en amont de l'action, les responsabilités de chacun, le périmètre du filtre quand il s'exerce (c'est-à-dire les situations qui se traitent directement par chaque acteur) notamment.
- **Font un premier filtre** pour identifier les appels ou lettres qui ne relèvent pas d'une situation de maltraitance (les critères de ce filtre seront à préciser, ils concernent notamment les situations de souffrance ou d'isolement qui ne relèvent pas d'une maltraitance, ainsi que les situations d'insatisfaction de personnes ou de familles pour des motifs de dysfonctionnements divers – sans maltraitance - d'une structure d'accompagnement ou de soin (réclamations).
- **Traitent eux-mêmes les situations simples** suivant les modalités qu'ils utilisent ordinairement afin de ne pas ajouter des délais de traitement inutiles, et transmettent à la cellule les informations relatives à la situation et à son suivi.
- **Transmettent toutes les situations de maltraitance ou de risque de maltraitance reçues**, sous le vocable de « Informations Préoccupantes » à une cellule interinstitutionnelle départementale placée sous le pilotage du Préfet.

La composition de la cellule est la suivante :

- **Membres permanents et obligatoires** : Représentant du préfet, représentant de l'ARS, représentant du CG, médecins du CG et de l'ARS (l'un ou l'autre ou les deux), représentant du dispositif 39 77 local. Représentant union de CCAS ou CCAS de grosse métropole ?
- **Membres facultatifs ou ponctuels** : toutes ressources jugées pertinentes par les membres permanents de la cellule et disponible sur le territoire : médiateurs, représentant de la Commission départementale d'accès aux droits, associations de représentants des usagers concernées par un dossier, représentant de la commission départementale de l'hospitalisation psychiatrique, ressources dans le champ de la santé mentale, travailleurs sociaux, associations d'aide aux victimes, associations familiales,... pourra être sollicitée en fonction des situations à analyser.



Le rôle de la cellule est un rôle de veille, d'alerte et d'aide à la décision, dont le détail est le suivant :

- **Recevoir** et centraliser toutes les informations préoccupantes à l'échelle du département.
- **Analyser** les situations lors d'une réunion mensuelle (périodicité minimale) ou en cas d'urgence ou de gravité lors d'une réunion extraordinaire (NB : comme cette périodicité faible de réunion est souhaitée, il faut que la cellule ne revienne pas sur ce qui a été résolu autrement et ne travaille principalement que sur les cas complexes ou ceux pour lesquels rien n'a été fait).
- **Apprécier** si un signalement au procureur est nécessaire au vu des éléments disponibles et si oui, **effectuer le signalement**.
- Si un signalement à la justice ne semble pas nécessaire, **émouvoir des recommandations pour le traitement** qui semble le plus adapté, en fonction des spécificités de chaque situation, des compétences et des ressources disponibles sur le territoire.
- **Transmettre à chaque service ou autorité compétente des préconisations de suivi et s'assurer qu'une réponse à la personne concernée par la situation préoccupante est apportée**. Bien sûr, chaque autorité compétente reste décisionnaire quant aux suites apportées et responsable de leur mise en œuvre (exemple : mission d'inspection détachée par une ARS, enquête sociale par une équipe sociale de CG, etc), la seule obligation étant d'informer la cellule des suites données à la situation jusqu'à la clôture du dossier.
- **Etre informée de la suite donnée à chaque signalement de maltraitance avérée**.
- **Evaluer le service rendu aux personnes vulnérables et à la société à travers l'analyse régulière des données recueillies au niveau départemental** (nature de l'information préoccupante, suites données, résultat, informations aux personnes concernées...)

**Concernant le secret partagé**

Le fonctionnement de cette cellule implique que tous ses membres soient tenus au secret mais soient autorisés à partager les informations dont ils disposent pour traiter la situation. Comme pour les soins médicaux, pour traiter ces situations « sociales », un partage de l'information utile à la résolution est indispensable. Sans ce partage, aucun suivi n'est possible. Il y a là un problème majeur mais des solutions (qui peuvent s'inspirer des dispositifs en place pour l'enfance maltraitée).





### **3/ Les deux facteurs clé de succès du dispositif : le système d'informations et la formation des acteurs**

#### **3-1 Le système d'information et son interface avec les SI existants**

A ce stade, il existe plusieurs niveaux de recueil et de traitement des données relatives à la maltraitance, en particulier le logiciel du dispositif 39 77 et celui que les ARS utilisent pour traiter les événements indésirables ou les réclamations.

Trois dimensions essentielles seront donc à explorer si le principe de la cellule interinstitutionnelle est retenu :

- L'ouverture du logiciel du 39 77 à tous les autres acteurs
- L'interface de ce logiciel avec celui qu'utilisent actuellement les ARS
- La question de la confidentialité des données transmises, de leur anonymisation et des autorisations CNIL afférentes au dispositif partagé

#### **3-2 La formation de tous les acteurs**

- Tous ceux qui interviennent en tant que salariés ou bénévoles dans ce dispositif d'alerte ou dans celui d'intervention doivent bénéficier d'une formation spécifique en fonction de leur niveau d'intervention ou de responsabilité (Cf supra). Le cahier des charges de cette formation devra être élaboré en concertation avec tous les acteurs concernés, ceci afin qu'il réponde à tous les besoins à la fois de partage d'expérience, de création d'un langage, et de partage d'une culture commune.
- La formation des autres acteurs en situation de responsabilité sera également à prévoir pour ancrer le dispositif dans une culture commune à ce niveau.
- La formation des professionnels de terrain à la bonne compréhension du système sera également indispensable.



#### **4 – L'évaluation du dispositif**

Si les modalités d'évaluation du dispositif n'ont pas été arrêtées à ce stade, l'une de ses dimensions fondamentales fait l'objet d'un consensus, à savoir le fait d'y associer les représentants des usagers. Le groupe de travail du CNBD estime en outre à ce stade que la CRSA sur chaque territoire serait le lieu adéquat pour que les représentants des usagers soient associés à cette évaluation, puissent avoir connaissance de l'activité des cellules et des suites données aux situations.



## 5/ Proposition de calendrier et méthode de travail

25 Juin 2013	Validation du dispositif et de la terminologie utilisée par le CNBD et les autres acteurs associés : Ministère de la Santé, Police, Gendarmerie, Procureur, Défenseur des Droits, UNCCAS
08 Juil. et 20 Sept 2013	2 journées de travail pour construire les dispositifs avec DGCS, ARS, CG, Ministère de la Santé, représentant Défenseur des droits, Mission Nationale d'appui en Santé mentale, justice, représentant de la mission du ministère de la Santé sur la bientraitance à l'hôpital
Octobre 2013	Installation d'un comité de pilotage interministériel pour le déploiement du dispositif
Octobre 2013	Installation d'un groupe de travail dédié pour prévoir la stratégie de communication et la campagne de Décembre 2013
Oct 2013-Janv 2014	Test des deux circuits du nouveau dispositif dans 3 lieux pilotes
Novembre 2013	Formation des professionnels des cellules sur les territoires test à partir de laquelle le cahier des charges définitif sera rédigé
Décembre 2013	Campagne de communication nationale sur <ul style="list-style-type: none"><li>○ Le rôle de la Confédération nationale</li><li>○ Le nouveau dispositif d'alerte</li></ul>
Fin 2013	Installation du dispositif par voie réglementaire
Fev-Mars 2014	Analyse des tests / Ajustement des dispositifs
Avril 2014	Décrets d'application de la nouvelle loi Extension du dispositif à tout le territoire
Eté 2014	Bilan de la réforme des dispositifs de signalement Nouvel ajustement des dispositifs si besoin



## 6/ Les travaux ultérieurs nécessaires

- La définition précise de ce que sont les informations préoccupantes, comment les distinguer d'autres informations qui ne rentrent pas dans le périmètre d'instruction et de suivi de la cellule afin qu'elle ne soit pas inutilement débordée (notion de « filtre » au sein de chaque organisation à circonscrire de façon à amener des fonctionnements homogènes)
- La définition des modalités de fonctionnement du comité de pilotage interministériel
- La mise en place de la stratégie de communication sur le dispositif à la fois auprès des professionnels et auprès du grand public
- Le rôle de l'hôpital pour mieux identifier et signaler les situations préoccupantes
- La sensibilisation des professions de santé et notamment du corps médical, acteur clé pour une plus grande vigilance
- La question des observatoires
- Une meilleure prise en compte des citoyens en situation de handicap et en particulier de handicap psychique
- La sensibilisation des personnels judiciaires, du monde commercial et artisanal, des membres des instances prudhommales





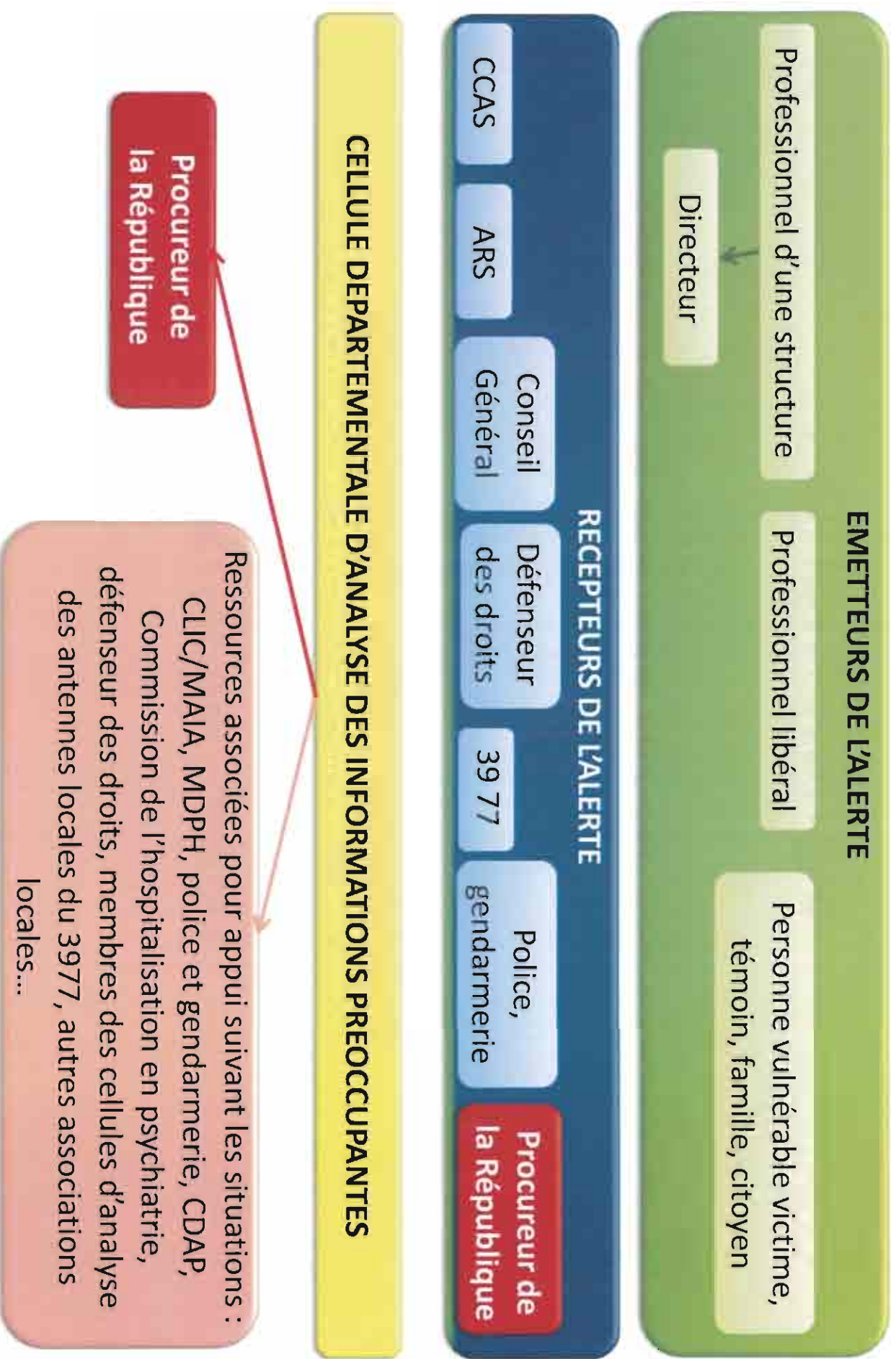
# Dispositifs d'alerte et de signalements :

Propositions du groupe N°2 CNBD

Présidente : Alice Casagrande

Rapporteurs : Bernard Duportet, Robert Moulias,  
Dominique Terrasson

# Le logigramme de l'alerte



# Le traitement des alertes

Réception d'une alerte par lettre, courriel ou appel par un CG, une ARS, le dispositif national et local du 3977

## ANALYSE INTERNE SUIVANT CIRCUIT DÉJÀ EN PLACE

Situation 1  
Relève du pénal

Signalement  
au  
procureur  
de la  
République

Situation 2  
L'alerte n'est pas une IP

Suivi adapté à la situation (traitement de la plainte, classement, écoute et soutien...)

Situation 3  
L'alerte relève d'une IP simple

Traitement immédiat par ressources internes suivant circuits déjà en place  
Cellule informée dans le cadre de son rôle de veille sur toutes les situations

Situation 4  
Situation complexe

Situation traitée par les membres de la cellule, en urgence ou lors de la réunion mensuelle (selon la gravité du cas)

# Les cinq principes du dispositif

- Un dispositif qui ne remet pas en cause les circuits actuels de l'alerte et de traitement mais renforce la coordination des acteurs sur les cas complexes
- Un changement de terminologie pour faciliter l'alerte : de signalement d'acte de maltraitance à remontée d'informations préoccupantes
- Une coordination du suivi des alertes établie sur le modèle des CRIP (loi de 2007, protection de l'enfance)
- Un suivi des alertes effectué à l'échelon départemental dans une cellule composée d'acteurs formés à cet effet
- Une transversalité cité/domicile/établissements et médico-social/sanitaire et un pilotage interministériel du projet

# Les acteurs de la cellule

- Acteurs permanents : représentants du préfet (DDCS-PP), de l'ARS, du CG, des antennes locales du dispositif 39 77 et de l'UNCCAS
- Acteurs associés en tant que de besoin suivant les situations : police ou gendarmerie, représentant du CLIC ou de la MAIA, de la CDAP, de la MDPH, de la commission départementale de l'hospitalisation en psychiatrie, pôle santé du défenseur des droits, ressources locales pertinentes pour des actions de médiation, de suivi social, de suivi et de coordination en santé mentale... Chaque cellule apprécie les ressources pertinentes selon ses besoins et au cas par cas des situations

# Le rôle de la cellule

- Recueil des données (toutes les informations préoccupantes reçues dans le département lui sont transmises) pour lui permettre d'assurer un rôle de veille et de suivi des « parcours de vulnérabilités »
- Analyse des situations complexes et préconisations pour le suivi des situations. Les situations « courantes » sont traitées directement et sans attendre par chaque organisation saisie si elle peut le faire seule.
- Signalement au procureur si la cellule le juge pertinent et que cela n'a pas été fait précédemment.
- Suivi des situations jusqu'à leur résolution mais chaque structure (ARS, CG...) reste pilote de ces décisions et responsable de leur mise en œuvre jusqu'à clôture du dossier.

# Les points méritant arbitrages et travaux complémentaires

- Pilotage ou co-pilotage des cellules (pilotage du préfet ou co-pilotage ARS-CG ?), ou pilotage laissé au choix de selon l'organisation locale ?
- Définition précise de ce que sont les informations préoccupantes (et leur différence avec les autres terminologies : événements indésirables par exemple)
- Stratégie de communication à mettre en place sur le 39 77 et sur ce nouveau dispositif de coordination
- Système d'information dédié ou interfacé avec les SI déjà en place
- Modalités de la formation des membres de la cellule et des acteurs concernés
- Définition des modalités d'évaluation du dispositif
- Nécessité de prendre en considération les besoins en ressources et moyens alloués au sein de chaque organisme partenaire
- Phase d'expérimentation avec les partenaires volontaires

