

AGIR

AUX RACINES DE LA VIOLENCE

à Monsieur Jean-François MATTEI

Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

**Contribution à l'exercice de préparation
de la Loi d'Orientation en Santé Publique**

Mars 2003

Philippe CLERY-MELIN , Vivianne KOVESS, Jean-Charles PASCAL

TABLE DES MATIERES

DEFINITION D'OBJECTIFS	3
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	4
PREAMBULE	5
1 - RECOMMANDATIONS GENERALES	7
1.1. Instaurer une série de mesures qui permettent un décloisonnement des professionnels, condition essentielle du travail en équipe	7
1.2. Informers et former les professionnels	8
1.3. Instaurer les «démarches de qualité» et l'accréditation des structures y compris des structures médico sociales et sociales	10
1.4. Explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et la recherche-action	11
2 - MESURES SPECIFIQUES	12
2.1. DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PETITE ENFANCE	12
2.2. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE	15
2.3. DES ACTIONS CONTRE LA MALTRAITANCE	19
2.4. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ADOLESCENCE	24
2.5. UNE ACTION CONTINUE SUR LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE DROGUES	26
2.6. VIOLENCE ET SOCIETE	28
2.6.1. VIOLENCE ROUTIERE	28
2.6.2. VIOLENCE ET TRAVAIL	29
2.6.3. VIOLENCES FAMILIALES ET CONJUGALES	31
2.6.4. VIOLENCES A L'HOPITAL	33
2.6.5. MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES	34
2.7. VIOLENCE ET MEDIAS	36
2.8. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE	38
2.9. VIOLENCE ET SOINS SOUS CONTRAINTE	39

Participation à l'élaboration de la loi d'orientation de santé publique

Définition d'objectifs

Demandée par le Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, cette contribution analyse l'un des objectifs prévus dans le cadre de la loi d'orientation de santé publique, afin d'identifier les mesures de nature législative qu'il conviendrait de prendre dans le cadre de l'exercice de préparation de la loi dont l'échéance est prévue fin Mars, date de dépôt du texte au Conseil d'Etat.

Cet objectif est de recenser à partir des connaissances disponibles, les problèmes de santé mis en jeu par les **phénomènes de violence**, de maltraitance, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique.

Il propose, pour chacun de ces problèmes, des objectifs susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années, qu'il conviendra naturellement de quantifier.

Les problèmes de santé traités ont été identifiés à partir de deux sources principales :

- D'une part, les auditions d'experts, conduites ces trois dernières semaines, et les consultations impliquant les principaux acteurs concernés,
- D'autre part, la consultation d'ouvrages spécialisés et de rapports spécifiques, dont le récent rapport de l'OMS sur le thème « violence et santé ».

Chaque type de violence sélectionné fait l'objet d'un chapitre particulier. Celui-ci précise les recommandations retenues par le comité de pilotage à partir des travaux des groupes et des auditions d'experts.

Cette contribution de notre mission opérationnelle, bien qu'incomplète du fait du délai très court, est proposée pour consultation dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique.

Liste des personnalités entendues

Nous tenons tout particulièrement à remercier les Directions du Ministère (DGS, DHOS, DGAS) qui ont participé aux réunions de cadrage et nous ont communiqué leurs travaux et apporté l'argumentation de certaines de nos recommandations.

Nos remerciements chaleureux vont aux personnes dont les noms suivent, qui ont bien voulu consacrer du temps et enrichir notre réflexion, au cours des auditions et des deux séminaires qu'il nous ont permis d'organiser, malgré le très court délai :

Docteur	ALECIAN	Patrick	Psychiatre
Docteur	ANTIER	Edwige	Pédiatre
Docteur	ARVISSON	Pierre	INPES
Docteur	BAILLON	Guy	Psychiatre
Madame	BARRES	Martine	DGAS
Docteur	BOTBOL	Michel	Pédo-psychiatre
Madame	BONNAFOUS	Evelyne	DHOS
Docteur	BRANGEARD	Dominique	Pédo-psychiatre
Docteur	BROCHIER	Anne-Marie	Médecin conseil rectorat
Docteur	BUISSON	Bernadette	Médecin de PMI
Monsieur	CARBUCCIA-BERLAND	Jean-Pierre	Directeur PJJ
Docteur	CONSTANT	Jacques	Pédo-psychiatre
Docteur	CORDIER	Bernard	Psychiatre
Docteur	DANON	Gisèle	Pédo-psychiatre
Madame	DEBAUX	Fabienne	DGS
Monsieur	DOVA	Jean-Paul	Vice-président Conseil Général 92
Docteur	ECHÉ	Patrick	Pédo-Psychiatre
Docteur	ELIACHEFF	Caroline	Pédo-psychiatre
Docteur	FACY	Françoise	INSERM Toxico
Docteur	FERRAND	Isabelle	Psychiatre
Docteur	GUEDENEY	Antoine	Pédo-psychiatre
Docteur	GUEDJ	Marie-Jeanne	Psychiatre CPOA Paris PU-PH
Docteur	HIRIGOYEN	Marie-France	Psychiatre
Docteur	JOFFE	Joëlle	Pédo-psychiatre
Monsieur	LAVAL	Christian	Sociologue
Madame	LAFARGUE	Marie	DHOS
Docteur	LANTZ	Brigitte	Chargée de Mission Sécurité Routière
Docteur	LERY-POULIQUEN	Claire	Médecin du Travail
Professeur	MANCIAUX	Michel	Pédiatre
Docteur	MOLENAT	Françoise	Pédo-psychiatre
Docteur	PANCRAZI	Marie-Pierre	Géronto-psychiatre
Madame	REVEL	Myriam	DHOS
Professeur	ROUILLON	Frédéric	Psychiatre (DGS)
Docteur	ROURE	Louis	Psychiatre
Madame	VERGES	Marie-Dominique	Président TPE Créteil
Docteur	VIDON	Gilles	Psychiatre

PREAMBULE

Notre société perçoit une montée de la violence sous toutes ses formes (écoles, lieux publics, routes) et de plus en plus précocement bien qu'il soit difficile d'appuyer ce sentiment sur des données factuelles car on dispose en fait de très peu d'études avant/après relevant des indicateurs définis précisément avec une exhaustivité comparable.

Le suicide diminue en France comme dans de nombreux pays d'Europe, la consommation d'alcool diminue, il est très difficile de se faire une idée sur la violence scolaire puisque le logiciel « Signa » n'est en place que depuis 2001 et montre des chiffres stables et de plus très faibles si on les rapporte au nombre de journées-élèves par an, mais probablement concentrés sur quelques lieux critiques.

Les données issues des services de police et de justice sont aussi relativement récentes en sachant qu'une élévation des délits et condamnation peut tout autant signifier une meilleure efficacité des services qu'une élévation de la violence ; de plus il importe de séparer la violence de type grand banditisme, dont les relations avec la santé mentale et la présente réflexion sont plus lointaines de la violence, et des délits plus proches de la vie quotidienne qui renforcent l'impression d'insécurité et sont plus proches des domaines d'intervention pluri professionnels que nous préconisons.

Enfin la libéralisation de la parole sur les violences sexuelles et différentes sortes de maltraitances permet difficilement de comparer un avant /après puisque ces paroles n'étaient pas possibles et encore moins répertoriées.

Le rôle des médias est essentiel en ce qu'ils relaient tout acte de violence, trop rarement mis en perspective ; or le sentiment de dangerosité augmente les risques de violence surtout lorsque ces violences sont commises par des populations stigmatisées : malades mentaux, immigrants .

On aboutit à une sorte d'amalgame entre insolence, incivilités et violence ; de plus le seuil de tolérance sociale diminuant , il exacerbe l'impression de violence d'autant que la création de nouveaux délits augmente de ce fait même le nombre de délits recensés ceci même si la théorie de la tolérance zéro a quelque efficacité.

La violence cependant n'en reste pas moins un phénomène qui risque de prendre des proportions importantes dans notre société, aussi longtemps que ne seront pas prises en considération les conditions psychologiques à partir desquelles elle se développe. C'est dans un climat d'insécurité affective que l'agressivité, au coeur de l'esprit humain, trouve à s'exprimer.

Si la violence est présente dans les rapports humains, dans la société, c'est souvent pour exprimer des conflits d'ordre politique, économique, territorial, tribal, ou, sur le plan individuel, des conflits conjugaux ou relationnels. Il en va tout autrement avec une certaine violence juvénile par laquelle des jeunes prouvent qu'ils ignorent la réalité, le sens de l'autre, les règles morales et les lois à partir desquelles on régule son comportement. L'agressivité primordiale anime la vie psychique de l'enfant et s'exprime, entre autres, à travers des conduites violentes. L'environnement, à commencer par son père et sa mère, va s'y opposer verbalement et physiquement en communiquant des modes d'expression qui encouragent un contrôle de soi et des réalités.

Mais l'état de la société peut favoriser l'expression de la violence dès lors que la précarité familiale et la confusion des codes provoquent la déliaison sociale. La violence

juvénile est donc d'abord générée par la psychologie même de l'individu et non par la société. Cette violence se déploie d'autant plus rapidement que les jeunes ne sont pas socialisés, ou alors fictivement, à travers, par exemple, un type de musique ou de sport qui les enferme dans leur narcissisme. Examinons donc comment se présente l'agressivité psychique.

Dès la naissance, la violence est une force vitale. Il suffit de voir avec quelle rage, avec quelle force, l'enfant nouveau-né réclame de la nourriture pour alimenter sa vie ! Il l'exprime comme s'il était aux prises avec un danger majeur, une détresse intense, un appel à l'autre intransigeant. La satisfaction du besoin est alors intimement liée à la rencontre avec l'adulte qui mettra des mots sur ses moments d'angoisse panique due au manque. Les carences majeures s'organisent autour des vécus d'abandon, de rejet, d'absence et d'incompréhension.

Dès lors l'éducatif en santé n'est pas une perte de temps, c'est le socle nécessaire pour bâtir une société riche de sa pluralité. Comment construire la cohésion narcissique nécessaire, un sentiment de soi qui ne s'effondre pas malgré les aléas d'une histoire ?

Comment mettre en place en aval de l'histoire d'un sujet un accueil adapté et respectueux de chacun dans les cités, les lieux à risques et tous les lieux de la petite enfance ? Et comment lui permettre une fois le traumatisme constitué de l'intégrer dans son histoire pour que la vie redevienne possible ?

La société, comme le monde pénitentiaire, interroge donc aujourd'hui la psychiatrie sur la violence et les troubles du comportements. Si toute la violence et tous les troubles du comportement ne relèvent pas de la santé mentale et de la psychiatrie, nombre de sujets croisent ce champ, pour une certaine part : la maltraitance des femmes, enfants et personnes âgées ; les adolescents difficiles ; les auteurs d'agressions sexuelles ; la santé mentale en prison...

Nous proposons une approche de santé publique mettant en avant la prévention ; la violence étant présente dans des contextes très variés : petite enfance, école, ville et lieux de circulation, milieu de travail, lieux de soins, maisons de retraite, famille,...elle ne peut se combattre que par une approche coordonnée de toutes les personnes à même d'intervenir dans tous ces contextes, et, au plus haut niveau, implique une politique interministérielle.

RECOMMANDATIONS

La violence concernant de multiples aspects de la vie quotidienne à toutes les phases de la vie, ces recommandations couvrent des thèmes très variés.

Nous les déclinons en recommandations générales qui concernent toutes les actions qui peuvent être proposées pour lutter contre la violence et en actions plus spécifiques présentées par tranche de vie ou populations spécifiques.

1. RECOMMANDATIONS GENERALES

1.1. Instaurer une série de mesures qui permettent un décloisonnement des professionnels condition essentielle du travail en équipe :

Les rencontres que nous avons eues avec les professionnels quels qu'ils soient , nous ont convaincu que dans tous les champs d'action il existait des professionnels profondément motivés et le plus souvent très compétents mais que les communications entre professionnels et souvent leurs administrations de rattachement étaient gravement défailantes, mettant en péril l'action des uns et des autres.

Avant même de proposer une quelconque action nous voulons souligner l'importance de tout mettre en place pour favoriser un décloisonnement des professionnels.

Outre des rattachements à des administrations différentes, les cultures des professionnels sont très différentes et tiennent peu compte du savoir et des champs conceptuels des uns et des autres ; ceci fait obstacle à de véritables pratiques collectives ce qui ne veut pas pour autant dire une confusion des rôles.

Nous préconisons la mise en place de lieux de partage des savoirs et des expériences : par la mise en place de formations conjointes, d'une formation initiale et continue de tous les types de professionnels concernés par la violence : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, médecins du travail et médecins scolaires, intervenants de l'école (IUFM et autres), intervenants de l'enfance (PMI, pédiatres, sage-femmes, obstétriciens et gynécologues), urgentistes, travailleurs sociaux dans tous les contextes et services de justice et de police, familles d'accueil, milieu associatif comprenant des éléments communs à la fois sur les facteurs de risque et la santé mentale mais aussi sur le fonctionnement des autres professionnels et sur des pratiques de collaboration.

Puisqu'il s'agit de travailler ensemble une attention particulière sera portée aux incitations de formations croisées tant au niveau des intervenants directement en contact avec le milieu (infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants) que de ceux qui assurent la direction des structures ; de ce point de vue le rôle de DRASS peut s'avérer précieux comme cela l'a été lors de la mise en place des PRAPS ou encore celui de l'ENSP qui forme de nombreux corps professionnels dont les directeurs d'établissement de divers types.

Des réunions autour de présentations de cas, conduites avec différents professionnels, devraient être valorisées, car elles sont des outils précieux dans le partage d'expériences et une incitation au travail en commun ; ces réunions devraient être facilitées par des personnes qui ont une formation adéquate comme cela a pu être proposé dans le contexte de l'accompagnement à la naissances.

Dans ce contexte, une étude spécifique de la formation et de l'encadrement des psychologues en particulier de la définition des stages cliniques et de la formation continue sous forme de supervision ainsi que du développement des aptitudes à conduire des supervisions de groupes car ceci permettrait un déblocage important de moyens d'actions pour toutes ces interventions pluriprofessionnelles.

1.2. Informer et former les professionnels :

A partir de ce qui vient d'être dit, on comprend qu'il est indispensable de :

1.2.1. Donner l'information nécessaire

Toutes ces personnes disposent d'un accès à des informations validées scientifiquement sur la santé mentale, les facteurs de risque, les modalités de pratiques des professionnels de soin et leur champ de compétence pour savoir où et à qui s'adresser en cas de dépistage ; l'accès facile à un système d'information par Internet devrait permettre une mutualisation des savoirs et des ressources pour les prises en charge : on recommande la mise en place d'un groupe interdisciplinaire pour veiller à la mise en réseau de toutes les informations pertinentes entre ces différents secteurs d'activité voir à des sites soigneusement encadrés permettant de recueillir des avis et des ressources pour des orientations.

1.2.2. Constituer un « socle commun » des connaissances nécessaires à tout adulte ayant une responsabilité éducative auprès d'enfants.

La compétence professionnelle est une condition éthique indispensable pour s'occuper des enfants tout en les respectant.

1.2.2.1. Former et développer les compétences

Les compétences nécessaires à la prévention et à l'éradication des maltraitances institutionnelles sont forgées à l'occasion des formations initiales, mais elles sont aussi remaniées et enrichies en cours d'emploi. On insistera sur :

- la maîtrise et l'utilisation à bon escient d'un certain nombre de gestes et de savoir-faire techniques,
- le développement, la mise en valeur, l'entretien et la transmission des capacités relationnelles, des connaissances dans les domaines de l'accueil et du soin, mais aussi du droit, de l'anthropologie, de la sociologie des organisations, etc..
- la reconnaissance objective de la douleur et de l'angoisse de l'enfant

1.2.2.2. Repérer au quotidien les violences évitables

La formation initiale et en début d'emploi des jeunes professionnels doit s'attacher à les sensibiliser au repérage des violences évitables liées à des gestes ou des propos inutiles.

Ainsi est-il important, par exemple, d'apprendre aux jeunes médecins pourquoi et comment prescrire moins d'examens paracliniques aux enfants ; aux auxiliaires de puériculture, les méthodes leur permettant d'obtenir la participation plutôt que la soumission des enfants aux soins et activités proposés; aux travailleurs sociaux, la nécessité de se montrer rigoureux, précis et explicites dans les propos et les écrits qu'ils sont amenés à produire en direction de leurs multiples interlocuteurs, et dont il serait d'ailleurs légitime que parents et enfants puissent avoir connaissance.

1.2.2.3. Sensibiliser à l'approche transculturelle

Déjà malmenés par leurs conditions de vie et de transculturation, – et souvent en grande précarité sociale - les enfants et leurs parents migrants gagneraient à ce que les professionnels des institutions d'accueil et de soins soient systématiquement formés à mieux les comprendre pour mieux collaborer avec eux.

Cet effort permettrait d'identifier les sources culturelles de certaines difficultés relationnelles et organisationnelles qui, lorsqu'elles ne sont pas perçues dans cette optique, peuvent occasionner une escalade d'incompréhensions, de quiproquos et parfois de violences institutionnelles dont les enfants sont souvent les témoins exposés, voire les victimes impuissantes. Les formations nécessaires peuvent ici être assurées par des anthropologues ou des sociologues, mais aussi par des professionnels issus eux-mêmes de l'immigration et aptes à élaborer leurs observations et à faire part de leurs réflexions dans une perspective à la fois pédagogique et transculturelle.

1.2.2.4. Former les éducateurs

- La formation actuelle des éducateurs en matière de psychologie infantile est insuffisante, mettre en place un travail éducatif rigoureux tenant compte de la représentation de la sexualité infantile, condition nécessaire pour travailler ce qu'on appelle la régulation de la distance avec l'enfant.
- Le socle commun de la formation qui intégrerait ce thème devrait être élaboré avec d'autres responsables de la formation, dans la santé, l'éducation nationale, la justice, pour constituer une référence qui échappe au risque du « quant à soi » propre à chaque institution.
- Il convient de former les éducateurs à de nouvelles formes de travail : comme la formation aux outils cognitifs et à la re-médiation cognitive

1.3 **Instaurer les «démarches de qualité» et l'accréditation des structures y compris des structures médico sociales et sociales**

Aucune recommandation ne saurait avoir de sens si une mesure d'évaluation ne lui était pas associée d'emblée.

Il convient de distinguer l'évaluation des pratiques de type évaluation de la qualité, de l'évaluation de résultats, plus difficile à mettre en place et qui appartient au domaine de la recherche clinique, même s'il importe d'inclure des indicateurs de résultats dans l'évaluation de la qualité.

Ainsi quelles que soient les mesures préconisées il est indispensable de voir se développer les « démarches de qualité » peu à peu mises en place en France en milieu hospitalier, du fait de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et de l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cette démarche, qui associe étroitement les professionnels et l'expertise dont ils sont porteurs, vise en effet à une meilleure gestion de la qualité et des risques au niveau des structures et des procédures de soins, en s'appuyant sur les attentes, la sécurité, la qualité de vie et la satisfaction des patients, mais aussi sur le respect de leurs droits.

Aussi conviendrait-il de solliciter l'ANAES pour la mise en place d'instruments d'identification et de réduction des sources concrètes de mauvais traitements liés aux soins ou à leur contexte, par la diffusion de référentiels de « bonnes pratiques », comportant des éléments de ce type qui seraient utilisés lors de l'accréditation des structures. Une attention particulière serait portée en milieu hospitalier à tout ce qui peut éviter, sinon soulager, les agressions et les violences physiques inutilement douloureuses, mais aussi les angoisses et les traumatismes psychologiques et affectifs.

Plus généralement, la démarche de qualité doit veiller à terme à ce que les organisations institutionnelles, administratives et techniques soient conçues en fonction des besoins de confort physique et de sécurité psycho-affective des patients plus particulièrement quant il s'agit d'enfants. Il convient en particulier de dégager le temps et les méthodes nécessaires pour

rechercher une coopération active et éclairée aux soins prodigués de la part des patients, et, quand il s'agit d'enfants, de leur acceptation des contraintes liées à la maladie et aux soins ainsi qu'à la vie et au fonctionnement de l'institution qui les héberge, temporairement ou dans la durée, ainsi que la participation des parents.

Il est essentiel que cette démarche de recherche de qualité et d'accréditation soit largement étendue aux institutions sociales, médico-sociales et socio-éducatives car il est indispensable d'avoir un regard extérieur, porté par des professionnels - eux mêmes impliqués dans la pratique -, sur toutes ces institutions et sur les relations entre institutions.

1.4. Explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et pour la recherche-action

Il nous paraît indispensable de pouvoir capitaliser les savoirs faire et les expériences, donc théoriser et accumuler les savoirs : c'est le rôle des universités, qui sont, par principe, lieux de formation et de recherche ; de ce point de vue, la recherche évaluative doit être particulièrement développée et des professionnels doivent être formés pour ce faire en faisant large part aux méthodes développées dans d'autres pays car il est illusoire de vouloir développer la recherche en l'absence de chercheurs compétents.

Nous proposons d'approcher la MSU (mission scientifique universitaire) pour voir comment favoriser les enseignements et unités de recherche sur ces thèmes ainsi que le CNRS et de l'INSERM pour inciter des chercheurs à investir le champ de l'évaluation dans ces domaines.

Il convient également de se rapprocher de la MIRE (DREES), et de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire), pour mettre en place des incitations à la recherche épidémiologique et avoir des données fiables sur la santé mentale et la violence.

En particulier, des recherches longitudinales pluri-disciplinaires et des recherches sur les facteurs institutionnels les moins visibles devraient être favorisées

2. MESURES SPECIFIQUES

2.1. DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PETITE ENFANCE

Dans le contexte actuel, il est indispensable de protéger et développer les moyens de la pédopsychiatrie, partenaire indispensable des actions entreprises dans le domaine de l'enfance tout en se donnant les moyens d'évaluer que les actions préconisées sont effectivement mises en place.

Cela implique d'une part de prendre des mesures pour valoriser adéquatement toutes les actions entreprises par les intersecteurs dans la démarche PMSI car cette absence de valorisation en point ISA est un obstacle important du développement des intersecteurs dans les hopitaux ;

Il faut aussi mettre en place au niveau national une politique volontariste sur la place obligatoire de moyens déclinés en pourcentage du budget global pour les intersecteurs à décliner par les ARH , tout en redéfinissant avec les professionnels les limites de leur champ d'intervention et les complémentarités avec les autres professionnels généralistes, pédiatres et éducateurs .

Enfin une demande doit être faite à l'ANAES de mise en place de critères d'évaluation de leurs actions dans ces domaines à auditer lors de l'accréditation pour assurer une distribution équitable des soins et des méthodes sur tout le territoire

2.1.1. Mettre en place dans les maternités, des unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement

Pour prévenir la violence, notamment post-natale, il faudrait multiplier les unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement. Accueillir et accompagner une femme enceinte dans son histoire particulière quand elle se sent en état de fragilité est une prévention qui protège le fœtus. Les événements vécus par l'enfant dès sa naissance réveillent le tout-petit enfoui en chacun de ses parents. Ces derniers peuvent s'appuyer sur cette expérience pour prendre un nouveau départ. Et le temps de l'accueil du nouveau-né est un moment privilégié de possibilités de réajustement, s'il y a écoute thérapeutique. Confier à la sage-femme ou à l'obstétricien, au médecin généraliste, le soin de repérer les facteurs de risque, en y apportant sollicitude et soutien positif, c'est contribuer à donner

sécurité au(x) parent(s), - et, par là, sécurité de base aux enfants à naître -, à lutter contre leur démission, à leur donner confiance dans la fiabilité de leur environnement médical et médico-social, qu'ils n'hésiteront plus désormais à solliciter en tant que de besoin.

De l'enveloppe protectrice ainsi tissée à la maternité, à l'enveloppe constituée par **le réseau d'aide à la parentalité**, pourrait ainsi se construire une continuité de prise en charge des familles en situation de vulnérabilité, rapprochant l'ensemble des acteurs au sein du bassin de vie. Pour ce faire, il reste à :

- développer les formations dans le cadre du réseau, pour les acteurs de première ligne, avec la possibilité pour ceux-ci de reprendre les cas difficiles, avec un animateur formé pour ce travail, facilitant la résolution des problèmes et augmentant la sécurité des professionnels, qui ne seraient plus seuls, et celle des parents qui pourraient être écoutés et rendus capables de « mettre des mots sur leurs émotions ».
- supprimer pour cela les cloisonnements sectoriels, inter-professionnels et inter-institutionnels
- assurer les financements des formations trans-disciplinaires, grâce à une politique d'incitations à partir des CRAM et des Conseils Généraux.
- pallier à la pénurie de compétences par une bonne connaissance du terrain, la constitution de centres de références, la formation des sages-femmes et des psychologues...

2.1.2. Mettre en place des unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielle :

Leurs missions consisteront à :

- 1) **évaluer** l'état clinique de la femme enceinte et/ou de la mère et du nourrisson sur son lieu de vie (lieux d'hébergement, lieux d'hospitalisation, lieux de vie)
- 2) **procéder à une prise en charge** par l'équipe psychiatrique d'unité mobile, sur les lieux de présence de la patiente sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines ;
- 3) **renforcer la réflexion** sur la dynamique de prise en charge pluridisciplinaire ;
- 4) **proposer les orientations** nécessaires vers les structures des intersecteurs et de psychiatrie générale dès que possible en fonction des moyens disponibles.

En complément de leurs missions, ces équipes mobiles intersectorielles en psychiatrie périnatale serviront de référents pour les professionnels et services en charge des femmes enceintes, des mères et des familles, et interviendront pour sensibiliser, former et soutenir en deuxième ligne les acteurs sociaux et les professionnels de soins primaires (sages-femmes,

équipes de PMI, médecins généralistes) ou de soins spécialisés (pédiatres, obstétriciens, radiologues, réanimateurs etc...). Cette fonction centrée sur l'analyse des situations, ainsi que des pratiques professionnelles permettant d'y répondre, n'exclurait pas l'intervention directe auprès des familles et des mères, ainsi que l'orientation vers une prise en charge spécialisée.

Elles permettront notamment de :

- 1) **Renforcer le décroisement autour des femmes enceintes**, de la mère et du bébé souvent pris en charge par une multiplicité d'intervenants de champs différents ;
- 2) **Evaluer les besoins de prises en charge rapides en périnatalité** tant pour les parents que pour l'enfant, en particulier quantifier, si possible, les facteurs de risque de troubles psychiques et de carences et de négligences tant pour les parents que pour l'enfant ;
- 3) **Recenser les données épidémiologiques** sur ces situations, analyser les modes de réponses en quantité et en qualité.

2.1.3. Développer des lieux d'écoute et d'aide à la socialisation :

2.1.3.1. Renforcer les moyens des PMI (accueil mère enfant pluriprofessionnel, halte jeu mère /enfant, possibilités de visites à domicile renforcées, aide à la parentalité,...) Les haltes-jeux mère-enfant, où les enfants viennent accompagnés, peuvent être des lieux de guidance familiale, de mise en confiance et de soutien psycho-social.

2.1.3.2. Continuer d'ouvrir des « Maisons Vertes » :

Le travail théorique et clinique de Françoise Dolto avait trouvé sa prolongation naturelle dans l'ouverture en janvier 1979 de tels lieux d'accueil, de parole et de socialisation répondant au besoin profond des jeunes parents de se mettre en lien les uns avec les autres autour de professionnels, de psychanalystes disponibles dans un cadre convivial et ludique pour les enfants. Ces lieux ouverts se sont multipliés : en juillet 2002, on en comptait deux cent sept sur ce modèle à travers la France et l'Europe. Ils permettent de prévenir la violence en offrant une écoute face à l'angoisse, à la carence, à la solitude et aux questions multiples que pose un enfant à travers ses parents et leur histoire. Il pourrait être créé sur ce modèle, dans les communes, des maisons de parentalité animées par des équipes pluridisciplinaires en prenant soin d'adapter l'espace public aux rythmes des usagers.

2.1.3.3. Augmenter le nombre des places en crèche et renforcer la formation des assistances maternelles et leur supervision

Il convient de développer l'intervention pluri-professionnelle des travailleurs sociaux, des psychologues, et éventuellement de l'intersecteur de pédo-psychiatrie si des signes d'alerte sont repérés.

2.1.3.4. Evaluer la pertinence de l'âge d'entrée en maternelle à 2 ans

La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 a fait obligation d'accueillir tous les enfants à partir de 2 ans. Préconiser l'entrée en collectivité à 2 ans, pour « faciliter la socialisation », si c'est une chance pour certains, peut faire violence à d'autres. Nous préconisons la mise en place d'une mission d'évaluation conjointe Santé-Education Nationale.

2.1.3.5. Soutenir et renforcer la formation des familles accueillant les placements familiaux sociaux

Les placements familiaux tendent à être délaissés au profit des placements en collectivité. La suspicion de mauvais traitements est souvent si pesante sur les familles nourricières que leur travail quotidien en est entravé. La protection de l'enfance, indispensable, engendre des effets pervers non souhaités. Dans de nombreuses régions rurales où existait cette tradition, les demandes sont soumises à de tels interrogatoires qu'ils découragent les générosités les plus simples. La collectivité devient la réponse la plus usuelle pour de très jeunes enfants qui auraient besoin d'un substitut de vie familiale plus intime.

2.2. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE

2.2.1. L'école et la violence

2.2.1.1. Comprendre la violence à l'école

Certaines enquêtes ont révélé que le comportement violent à l'école est lié à d'autres types de conduites évoluant durant cette période d'âge scolaire (vol, fugue et consommation de produit : alcool, tabac, substances psycho-toxiques) (Choquet et al, 1988, Facy et al, 1986).

Le lien entre, d'une part insatisfaction familiale, suicide, absentéisme, violences sexuelles subies, dépression et d'autre part le comportement violent des jeunes scolarisés (Choquet et Ledoux, 1994), souligne qu'il est difficile de dissocier la violence exprimée à l'école des caractéristiques propres à l'enfant (personnalité) et du milieu familial (contraintes socio-éducatives, niveau psychoaffectif, traumatismes psychologiques et/ou physiques) dans lequel il évolue.

Cette violence observée à ces âges de la préadolescence et de l'adolescence peut être la conséquence de conflits et/ou de troubles du comportement présents dès la petite enfance.

Des enquêtes adaptées aux enfants scolarisés en écoles primaires voire maternelles contribueraient à repérer plus précocement certains facteurs associés au problème de violence subie et/ou vécue chez l'enfant.

À partir des observations relevées soit en population générale, soit en population signalée, plusieurs points sont à évoquer :

- Différentes violences concernent les enfants et sont d'évaluation difficile; les violences en milieu institutionnel sont encore mal signalées mais les enquêtes épidémiologiques prouvent que le milieu scolaire favorise l'observation des enfants en situation de risques ; la connaissance des caractéristiques de cette population est nécessaire pour mieux comprendre la signification des comportements violents afin de proposer des moyens de prise en charge et/ou de prévention adaptés.
- Des services spécifiques sont mis en place (téléphone vert, antennes, comités d'environnement social ...), leurs variations quantitatives posent le problème de biais d'activités.
- Pour améliorer les systèmes d'observation et de surveillance épidémiologique dans les phénomènes de maltraitance et violence, un véritable tableau de bord serait à constituer à partir :
 - Ä des statistiques d'activité des différents services accueillant les enfants signalés à l'occasion des situations de violence (Police, Justice, Action sociale);
 - Ä des enquêtes régulières en milieu scolaire pour suivre les caractéristiques de santé, de comportement et d'adaptation sociale;
 - Ä des enquêtes ad hoc, pour analyser des contextes spécifiques ;
 - Ä des évaluations pour mesurer l'impact des réseaux de partenaires éducatifs et sociaux à partir des formations et sensibilisations de divers secteurs.

- Une coordination entre services producteurs de données de natures différentes et chercheurs en science de l'éducation ou de la santé est à mettre en place pour faciliter la compréhension des besoins, mobiliser les ressources pour une meilleure prévention des conduites violentes et de leurs méfaits dans un cadre de santé publique.

2.2.1.2. Désamorcer cette violence passe tout d'abord par un renforcement systématique des actions à portée éducative, au sein même des établissements :

1. éducation à la citoyenneté ;
2. travail sur le règlement intérieur et les chartes de vie scolaire ;
3. développement de la médiation et des mesures alternatives au conseil de discipline ;
4. responsabilisation des élèves et des familles dans la vie des établissements ;
5. soutien aux initiatives de pédagogie différenciée ;
6. prévention de l'absentéisme ;
7. création de classes relais en plus grand nombre ;
8. développement d'actions d'information, d'écoute et de conseil aux parents pour tout ce qui relève en particulier des règles de vie interne à l'établissement et de la scolarité de leurs enfants ;
9. extension des opérations "école ouverte" pendant les vacances à l'intention des enfants et des jeunes dont la situation familiale et économique s'avère précaire, permettant une amélioration sensible des relations entre jeunes et adultes, induisant de nouveaux rapports entre les élèves et l'institution scolaire et contribuant du même coup à prévenir la violence.
10. développement d'actions de promotion de la santé mentale : propositions d'intervention et de prévention auprès des professionnels prenant en compte :
 - a. le développement de la sexualité chez l'enfant collégien ou lycéen (« l'éveil de la sexualité »);
 - b. les remaniements identitaires de l'enfant de cet âge (besoin de s'affirmer, besoin de normes);
 - c. sa capacité à refuser les situations de violence et à poser une légitimité de personne ayant des droits;
 - d. sa capacité de réciprocité et de solidarité.

Les préconisations envisagées montreront notamment un souci aigu d'intégrer les expériences d'agression et d'intimidation entre élèves dans une **éducation active à la citoyenneté** :

- en proposant aux enfants des espaces d'abri face aux violences actuelles ou potentielles (lieux et interlocuteurs favorisant, de façon institutionnalisée, écoute et protection; organisation de la vie scolaire des groupes potentiellement victimisés) ;
- en rappelant aux enfants leurs droits et non pas seulement leurs devoirs, et en donnant à ce rappel une fonction non seulement de sanction et de répression mais aussi de reconnaissance de la personne (la loi donne existence à chacun, elle protège, sécurise et organise la vie collective) ;
- en distinguant la connaissance (disciplinaire) des règles démocratiques, de leur exercice vécu, et en intégrant celui-ci dans une pratique éducative qui implique l'ensemble (transdisciplinaire) de la formation scolaire de l'enfant;
- en donnant une trace ou une mémoire aux faits de violence, afin d'en éviter le déni, d'en contrôler l'évolution, et d'en prévenir la récurrence;
- en évitant la « survictimisation » des enfants impliqués dans des faits de violence, qu'ils soient en position d'intimidateur ou en position d'intimidé, par des mesures qui redoubleraient le processus de violence abusive (loi du talion, victimisation par non-intervention, usage de sanctions sans réelle signification de « peine » et de réparation) et qui manqueraient leur objectif de clarification des responsabilités et de rappel aux droits et à la loi;
- en actualisant (régulièrement ou occasionnellement) les règlements intérieurs à la lumière des situations rencontrées (tirer expérience de la violence), et en y associant au maximum la communauté éducative;
- en ne confondant pas le respect des règles et codes de groupes (solidarités enfantines face aux adultes, alliances et rivalités entre enfants) et l'exigence de règles et de codes qui fondent l'inscription de chacun dans la cité scolaire et, plus largement, sociale.
- en libérant un « espace clinique éducatif », en proposant de nouveaux lieux de diagnostic et d'intervention, et en incitant à créer par différence, à côté des espaces de santé et d'assistance sociale, des espaces d'expression :
 - À espaces-justice de libre questionnement des légitimités et de leur référence aux différents codes sociétaux.

- À espaces d'expression de la contrevenance et de la revendication légitime
- À espace-social de l'organisation du travail et de l'avenir
- À espace-santé de la psychosomatique.

2.2.1.3. Mettre en place des actions systématisées de promotion de la santé mentale

- Instaurer des programmes du type « mieux vivre à l'école depuis la maternelle qui proposent une approche bien adaptée au milieu scolaire et aux enseignants tout en impliquant les parents ;
- Mettre en place par l'INPES le matériel pédagogique validé pour le développement des compétences sociales.

2.3. DES ACTIONS CONTRE LA MALTRAITANCE

2.3.1. Préciser les limites de la maltraitance

L'expression de "*Maltraitance*", fréquemment utilisée comme synonyme de violence, permet d'en intégrer toutes les formes : psychologiques, institutionnelles, sexuelles, le terme inclut en outre les négligences, que les Américains appelleraient des abus par omission, qui constituent la forme de maltraitance la plus fréquente et la plus nuisible pour le développement physique, cognitif et socio-affectif des jeunes enfants. Dès lors que l'expression recouvre toutes les formes de mauvais traitements, l'élément déterminant de la définition est assurément le préfixe "mal".

La question devient celle de distinguer ce qui est bien de ce qui ne l'est pas dans un contexte donné. Ainsi, la correction éducative est considérée comme une maltraitance manifeste dans certains pays à cause des conséquences à long terme des punitions corporelles (grandement mises en évidence au moins dans les cas de punitions sévères et répétées en direction d'enfants âgés) sur le développement de ceux-ci, sur la reproduction intergénérationnelle de cette pratique et du fait de ses liens avec la violence conjugale (Fortin et Durning, 2000). Elle reste cependant banale et largement acceptée dans notre pays où seules des corrections excessives ou inappropriées peuvent être considérées comme maltraitantes. Plus largement, l'acte de maltraitance sera le plus souvent jugé tel en fonction du contexte: ainsi isoler, empêcher de sortir un enfant, une femme, ou une personne âgée, par exemple, est une maltraitance, alors qu'enfermer

un adolescent délinquant récidiviste dans une prison sera, au contraire, considéré par beaucoup de nos concitoyens comme une sanction légitime.

Plus encore, il convient de rappeler l'importance du fait que maltraitance soit socialement, et légalement définie, ce qui aura une grande incidence sur la question de l'évaluation. Soulignons d'ores et déjà que les critères de référence des différentes institutions sociales concernées sont susceptibles de diverger. Le caractère maltraitant d'un acte ou d'une situation ne sera pas défini de manière identique par le juge, le médecin et le psychanalyste. Cette question est manifeste en ce qui concerne le terme d'enfant en danger, fortement lié à celui d'enfant maltraité.

2.3.2. Clarifier les modalités de signalement social et judiciaire

Alors que la loi prévoit deux types de signalement qui correspondent à des situations et des instances différenciées, il semble qu'il se produise une sorte de glissement vers une judiciarisation systématique des signalements.

Ce glissement est dommageable à deux titres au moins: il risque de dramatiser une situation et de couper l'enfant et sa famille des intervenants habituels de son milieu et il engorge les tribunaux retardant de ce fait la mise en place des signalements judiciaires qui sont vraiment nécessaires.

Il importe de rappeler les modalités de fonctionnement de ces signalements aux administrations qui gèrent les intervenants pour que ceux ci ne se trouvent pas en porte à faux.

2.3.3. Prévenir les maltraitances institutionnelles

S'appuyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant pour évaluer les pratiques professionnelles et institutionnelles au quotidien, et pour les promouvoir au statut de principes de « bientraitance »

À tous les âges de la vie, les maltraitances institutionnelles constituent le plus souvent des formes ou des conséquences du déni des droits reconnus aux personnes.

Aussi, la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant peut-elle constituer, entre les mains des professionnels et des chercheurs, un excellent outil de prévention systématique et d'élimination des différents types de maltraitances que des institutions d'accueil et de soins peuvent, sans même en avoir conscience, infliger à des enfants : manque de recherche d'alternatives possibles ou de préparation des placements et des hospitalisations, induisant angoisse et souffrance; absence d'évaluation de la nécessité, de l'adéquation, de la qualité des décisions prises et des actes effectués en cours de prise en charge, et ceci tant dans les situations

critiques que dans les situations de routine ; absence d'informations données à l'enfant à ce sujet ; refus d'autoriser ou de prendre en considération l'expression de son point de vue ; excès ou défauts de stimulations, d'exigences éducatives, de règles de sécurité, non-respect des rythmes propres de l'enfant et des conditions nécessaires à son développement global et harmonieux ; limitations arbitraires de ses échanges avec ses parents; etc.

La Convention des droits de l'enfant constituerait un cadre, voire une source de références que les professionnels seraient ainsi amenés à s'approprier pour les faire valoir.

L'observation et l'écoute attentives des enfants, l'accueil des parents et le respect de leurs responsabilités, l'évaluation rigoureuse et méthodique des pratiques professionnelles constituent des bases solides et réalistes pour identifier les critères de désignation des maltraitements et des bientraitements dans les institutions d'accueil et de soins et promouvoir des principes et des pratiques de « bientraitance » :

- prévenir ou éliminer les maltraitements et promouvoir les bientraitements ;
- explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et pour la recherche action ;
- recommander des objectifs pour la formation des professionnels.

Garantir les droits des enfants en donnant force de Loi à la convention sur les droits des enfants

Ceci permettrait que les institutions inscrivent au coeur de leur projet d'établissement :

- de garantir ceux des droits existentiels des enfants qui correspondent à leurs besoins de développement, et en premier lieu à leurs besoins de sécurité certes physique, mais aussi affective et psychique,
- de veiller à la reconnaissance de l'intégrité de sa personne, à la mise en lumière et en valeur de ses compétences propres, à la stabilité et à la cohérence de ses repères éducatifs,
- d'entretenir ou de reconstituer la continuité de cette véritable « sécurité intérieure ».

Garantir les responsabilités des pouvoirs publics

La protection spéciale de l'État et des autres pouvoirs publics doit se manifester au niveau de la prévention des sources de carences, de traumatismes et de violences que constituent les séparations précoces et brutales, les défauts de stimulation et de socialisation, la multiplication inconsidérée des placements et des référents, les organisations et les fonctionnements institutionnels autocratiques (c'est-à-dire fermés à

l'interpellation externe et au débat contradictoire) et totalitaires (c'est-à-dire encourageant ou imposant des extensions de fait, et non de droit, du mandat initial de l'institution).

Plus spécifiquement, il est ainsi du devoir de l'État et des collectivités locales de veiller à la cohérence, à l'application et à l'évaluation des programmes nationaux et régionaux de planification en matière de périnatalité, de santé mentale infanto-juvénile, etc., ainsi que des divers schémas départementaux prévus par la loi (schémas des établissements sociaux et médico-sociaux, schémas de protection de l'enfance). Selon les contextes familiaux et sociaux peuvent s'avérer maltraitants les excès tout autant que les déficits institués dans la médicalisation de la grossesse, dans la prévention sociale précoce et l'accompagnement des troubles de la parentalité, dans la « psychiatisation » des difficultés du développement, de la socialisation et de la scolarité des enfants et des adolescents.

Renforcer la place et le rôle des parents

La place des parents et leur rôle dans les processus de décision et d'accompagnement doivent faire l'objet d'une volonté d'ajustement permanent dans les institutions d'accueil et de soins :

- Accepter et travailler leurs désaccords de façon systématique : un conflit entre professionnels et parents, s'il est enfoui à l'excès dans le non-dit, peut devenir source de clivage des repères de l'enfant, douloureusement vécu et éprouvé par lui, et parfois déstructurant à terme.
- Consulter les parents comme des experts possibles chaque fois que se présente un problème pour l'enfant au début puis au fil de sa prise en charge.
- Promouvoir le rôle actif des parents, rendre possible leur présence, selon leur disponibilité, pas seulement dans la chambre de l'enfant, mais aussi en prévoyant des lieux et des procédures d'accueil et d'échanges, en leur facilitant autant que possible une certaine faculté d'aller et de venir, et en acceptant de reconnaître et d'entretenir la qualité du lien privilégié qu'ils ont avec leur enfant. Ces conditions devraient pouvoir être réunies dès la phase d'admission de l'enfant, particulièrement anxiogène pour tous, et quels que soient les modes de fonctionnement et les normes de référence des familles.
- Développer les « staffs de parentalité » au niveau des maternités, afin de :
 - déceler les familles en grande vulnérabilité,
 - prévenir les situations à risques par des actions transversales et pluri-disciplinaires auprès des parents (aide psycho-sociale, signalement)
 - accompagner les familles après la maternité (équipes mobiles)

- Aider à la constitution de réseaux de soutien à la parentalité, pluridisciplinaires, transversaux (santé, social, judiciaire, administratif...), intersectoriels, centrés sur la prévention et la protection de l'enfant, capables :
 - d'assurer le suivi des familles à risques
 - de mettre à disposition, en cas de maltraitance avérée, un lieu et un temps d'observation protégée, avant signalement

Mieux définir le rôle des professionnels

Les professionnels de l'accueil et du soin se trouvent donc, auprès des enfants, au carrefour que forment, d'une part, la nécessaire évaluation des pratiques institutionnelles et, d'autre part, l'attention apportée à cette occasion aux pratiques parentales. Il leur revient d'adapter autant que possible le fonctionnement des institutions aux rythmes et aux besoins propres des enfants, mais aussi aux attentes, aux compétences et aux difficultés des parents. Il est aussi de leur devoir d'entretenir un dialogue et une coordination de qualité, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution, avec les autres interlocuteurs de l'enfant et de sa famille.

Développer une culture fondée sur l'estime mutuelle et la volonté de rencontre

De ce point de vue, et comme le souligne certains spécialistes, créer un climat de bienveillance autour d'un enfant est certainement une question d'estime mutuelle et de volonté de rencontre plutôt que de jugement. Tout regard négatif, tout propos disqualifiant portés a priori sur un enfant, un parent, un professionnel sont potentiellement maltraitants. L'utilisation inconsidérée de «grilles de risques» grossièrement validées, la psychologisation systématique des actes et des propos, la non-explicitation des tenants et des aboutissants des décisions prises sont autant de «méthodes» professionnelles qui tiennent abusivement à distance enfants et parents.

Elles peuvent susciter des attitudes stigmatisantes, en ceci qu'elles donnent à penser que le risque ou le danger que l'on cherche à identifier sont afférents à des personnes plutôt qu'à des situations vécues par ces personnes. Elles biaisent de ce fait les possibilités d'une rencontre intersubjective ouverte sur la confiance, l'expression d'une demande d'aide et d'accompagnement et la formulation d'une offre de service responsabilisante. Et c'est dans la mesure où elles renvoient finalement chacun à son impuissance et à l'enfermement dans ses stéréotypes de comportements et de représentations qu'elles peuvent s'avérer génératrices de violences ou de surviolences, aiguës mais aussi chroniques.

Mettre en œuvre dans l'institution une politique d'accueil et de soins à la finalité fondamentalement « bientraitante »

Pour cela, il convient de favoriser le développement des compétences professionnelles selon des principes non seulement de technicité maîtrisée, mais aussi de transparence de la communication et de prise de conscience des conséquences, actuelles et pour l'avenir, des méthodes et des pratiques institutionnelles. Ces efforts peuvent et doivent être encouragés et éclairés par des dynamiques de recherche-action.

Engager au niveau départemental, une *politique unifiée de l'enfance*

Celle-ci réunirait, sous l'égide du Conseil Général, les institutions de l'enfance (soin, éducation, enseignement) et le secteur associatif qui devraient définir et mettre en place les réseaux nécessaires pour la protection de l'enfance et le suivi judiciaire des mineurs.

Créer des lieux de proximité, en lien avec l'école, les services sanitaires, sociaux et administratifs

- **Points d'écoute santé**, fonctionnant en dehors des heures scolaires et pendant les week-ends, animés par des professionnels formés et reconnus pour accueillir enfants et adolescents
- **Maisons d'aide à la parentalité**, en lien avec les staffs de parentalité au sein des maternités et les structures d'accueil, et favorisant le rapprochement des acteurs afin de donner sécurité aux parents
- **Carnet de suivi de santé du petit enfant à l'adolescent**, facilitant la mise en commun de l'information au sein du réseau

2.4. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ADOLESCENCE

2.4.1. Donner accès à des activités développant la créativité

Les ateliers de médiation notamment artistiques qui aident à remettre des mots sur ce que les adolescents ressentent au lieu de leur laisser le seul passage à l'acte doivent être favorisés et intégrés aux soins

Une des pistes très importante semble être le lien avec l'associatif. Le fait de travailler en partenariat avec des théâtres, des conservatoires, et toute autre association culturelle, est essentiel.

2.4.2. Gérer la crise avant que le problème ne devienne psychiatrique

Mettre en place des solutions d'hébergement pour problèmes pour répondre au besoin de séparer temporairement l'adolescent de son entourage sans stigmatiser ni faire peur : par exemple, créer des « espaces santé jeune » avec possibilités d'hébergement court avec éducateurs et psychologues

2.4.3. Porter une attention particulière aux élèves exclus des établissements

Par exemple chercher avec l'EN des solutions pour que tous les élèves exclus fassent l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle

2.4.4. Assurer le suivi psychologique des mineurs sous main de justice

Il faudrait établir des lieux d'écoute, d'accueil et de soins pour toutes les familles de détenus. Ces familles, fragilisées, sont dans une précarité qui redouble les risques de délinquance. Il faudrait aussi assurer une véritable spécialisation éducative des quartiers des mineurs en prison, développer des articulations entre détention et milieu ouvert, ainsi que des petites structures d'hébergement, prévoir un accompagnement individualisé des mineurs victimes d'agressions, renforcer les moyens des services éducatifs et assurer les suivis d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) qui sont demandés, acceptés par le juge, mais classés sans suite faute de personnel.

2.4.5. Systématiser les entretiens familiaux à la protection judiciaire de la jeunesse

La technique des entretiens familiaux doit intégrer le socle commun aux professionnels de la protection de l'enfance. Pour les enfants qui nécessitent des placements, cette stratégie (de placement) doit recevoir des moyens importants d'analyse et de temps dévolue pour ne pas faire « passage à l'acte sur passage à l'acte ». Qu'il s'agisse de placements dans le cadre pénal ou le cadre civil, c'est le moment le plus important pour prévenir les récidives ou les aggravations.

2.5. UNE ACTION CONTINUE SUR LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE DROGUES

Les addictions constituent une grande partie de la racine de la violence qu'il s'agisse des comportements de violence dont elles participent ou de leur conséquence sur leurs enfants et conjoints.

2.5.1. Mettre en œuvre l'application plus stricte de la loi Evin qui est encore trop souvent contournée

Cf. Décrets d'application

2.5.2. Mener des actions expérimentales en direction des jeunes

A partir des comités départementaux de prévention en alcoologie et addictologie, des actions expérimentales sont à promouvoir, en lien avec les centres spécialisés en toxicomanie, en direction des jeunes et des professionnels particuliers aux lieux de vie (loisirs, sports) pour développer une prévention des effets induits par des comportements violents avec usages de drogue et alcool.

Les conduites avec usage et abus de psychotropes sont en effet associées à de nombreux comportements violents, sans qu'il soit possible de distinguer qu'elle est l'origine. Une prévention globale est d'autant plus préconisée que les conduites de polyconsommations augmentent, l'alcool demeurant toutefois le produit le plus utilisé en France, au-delà de l'adolescence.

2.5.3. Promouvoir des programmes de prévention spécifiques sur les addictions

Ces programmes doivent être adaptés aux différents groupes d'âge, sexe..., dispensés au collège-lycée, en milieu de travail, et intégrés dans la formation à la conduite de véhicules ([voir recommandations violence routière](#))

Ils consistent aussi en la promotion d'outils de dépistage des problèmes d'addiction pour les intervenants de première ligne, en particulier les médecins généralistes qui doivent être formés au dépistage et à la conduite à tenir.

2.5.4. Améliorer le soin et la prise en charge des addictions

Il s'agit de la mise en place de stratégies de soin et de prise en charge pour les personnes qui ont des problèmes d'addiction, qui doivent obligatoirement prendre le relai du dépistage.

2.5.5. Mener des actions pour lutter contre l'économie souterraine

Des quartiers entiers minés par la pauvreté regroupent une concentration de chômage et des populations d'origine étrangère qui en sont les premières victimes. Le chômage touche inévitablement les populations les moins qualifiées. On estime à près de 100 000 (13 %) le nombre des jeunes sortant chaque année du système scolaire sans diplôme ni qualification.

Le chômage ne peut que renforcer leur sentiment d'exclusion. Dans les espaces urbains désertifiés par les adultes, les jeunes manquant d'interlocuteurs autres que leurs pairs se regroupent, se marginalisent, multiplient les incivilités, mêlant les infractions pénales (dégradation des biens publics ou privés) et les comportements hostiles, provocants et menaçants. Une économie souterraine faite de trafic de drogue, de troc, de recel installe leur marginalité et leur redonne un certain prestige social. Les jeunes de moins de 13 ans en sont les victimes, utilisés par des réseaux qui les utilisent et développent une contre-culture : le problème de l'économie souterraine, vient aggraver celui du chômage, car il le maintient et l'amplifie.

Un travail culturel est à mener, en même temps qu'une guerre contre l'économie souterraine des cités. Recréer des lieux de convergence sociale. Inventer des commerces de proximité en les exonérant des lourdeurs administratives, favoriser le développement d'activités d'échanges de petits services serait possible si une action sociale et économique intense se mettait en place. Les anciens agents de service public, comme il en existait jusqu'aux années 1970, assuraient une présence humaine, une régulation sociale en lien avec toutes les communautés : pourquoi ne pas les remettre en fonction ?

La police pourrait également avoir un rôle de proximité non répressif : en Belgique, une expérience s'est révélée très positive : les policiers des commissariats responsables des quartiers « à risques » ont mis en commun des heures de sport sur les stades, jeunes et policiers jouent ensemble au foot, au basket. Les actes de délinquance ont diminué de moitié. Les moyens de sortir d'un cercle vicieux d'humiliation réciproque ne coûtent pas forcément cher. Pour la société, l'enjeu de la transmission n'est-il pas dans sa capacité à produire sa propre humanité ?

2.6. VIOLENCE ET SOCIETE

2.6.1. VIOLENCE ROUTIERE

L'éducation à la santé et la prévention des conduites à risque se déclinent tout au long du parcours de vie, comme le recommandent actuellement les professionnels de santé publique. Ainsi au cours et au delà de l'adolescence, différentes épreuves sont proposées par rapport à la scolarité, à l'apprentissage de la mobilité routière, à l'entrée dans le monde professionnel. Chacun des lieux de vie doit pouvoir prévenir des risques associés à la violence.

Lors de l'apprentissage de la conduite automobile, le contenu des formations doit inclure, au delà des aspects techniques, une partie sur la santé et le comportement des usagers, alliant connaissance de soi et des conduites à risque, d'usages de toxiques, vitesse, fatigue...

Aussi, proposons-nous de :

Mettre en œuvre des actions de prévention de la violence dans le programme du permis de conduire, sous la responsabilité des Commissions départementales de la sécurité routière :

Cela revient à confier des missions aux moniteurs des auto-écoles et aux inspecteurs de la sécurité routière (apprentissage de la citoyenneté, du contrôle de soi, prévention des conduites addictives, tests, kits pédagogiques...). Ils auront en particulier le devoir de signaler les comportements à risques à la commission départementale de sécurité routière, laquelle pourra saisir la commission médicale.

Les programmes de formation des moniteurs d'auto-école (BEPECASER), ainsi que du concours d'inspecteur du permis de conduire devront inclure un enseignement théorique comportant des connaissances spécifiques en matière de santé et conduite automobile, d'éducation à la santé et à la formation du comportement du conducteur, de prévention de la violence routière...

Ces programmes seront mis au point avec l'aide des Conseils Généraux, dans le cadre des PADS. Un partenariat sera mis en place avec les comités départementaux de prévention en alcoologie/addictologie (ANPAA) financés par la CNAM (pour la partie soins) et le FNPEIS.

Solliciter le mécénat d'entreprise pour inciter et accompagner la prévention des jeunes et l'éducation à une « bonne conduite »

Il pourra être sollicité le mécénat des entreprises de construction automobile :

- pour financer des actions de promotion de la sécurité routière
- pour développer des innovations technologiques en matière d'équipements de sécurité (anti-démarrage) avec l'aide éventuelle de la DRIRE
- mener des campagnes de sensibilisation

Evaluer la formation des conducteurs

Le livret d'apprentissage du conducteur, obligatoire et légal, devra permettre l'évaluation des objectifs pédagogiques dans cette matière.

Des mesures incitatives pour les titulaires du permis de conduire seront envisagées, prévoyant des séances de formation et d'évaluation régulières des conducteurs, en contrepartie de réductions tarifaires auprès des assureurs

Travailler sur l'exemplarité

Apporter un éclairage sur ce qui génère chez tout conducteur une sorte de permission de contrevenir au Code de la Route, au vu d'une infraction d'autrui (grande vitesse, non respect d'un feu tricolore, etc...). Il y a comme une incitation à enfreindre soi-même les règles chez bon nombre d'individus, témoins de telle ou telle transgression.

A l'inverse, une incitation forte pourrait être engagée par l'Etat et des campagnes de communication menées en vue de « bien conduire – bien se conduire »

2.6.2. VIOLENCE ET TRAVAIL

Le champ du travail concerne de nombreux types de violence dont les accidents du travail, et les violences de type psychologiques répétées ou non, sachant que le monde du travail exerce une influence déterminante sur l'équilibre psychologique des individus.

Dans ce contexte nous proposons de :

Rendre obligatoire la mise en place dans chaque entreprise d'un plan d'action pluri-annuel de prévention et de lutte contre la violence dans le cadre du travail, confié au CHSCT et au médecin du travail :

Le médecin du travail, par son action individuelle au cabinet médical et son action collective sur le terrain, doit être impliqué dans l'analyse des situations

génératrices de violence, le diagnostic des cas de harcèlement moral et l'élaboration d'un plan d'action.

Ce plan d'action instituerait notamment :

- une déclaration systématique des incidents et accidents dans le cadre d'une politique institutionnelle clairement définie, participant à l'évaluation de ces situations.
- la mise en oeuvre d'un plan de prévention dans chaque entreprise comportant:
 - Ä Information générale (règlement intérieur, livret d'accueil du personnel)
 - Ä Formation de la DRH, du service médico-social
 - Ä Entretiens personnalisés, l'ensemble des procédures devant respecter une stricte confidentialité

Organiser la lutte contre le harcèlement moral

La loi de Modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui a introduit le concept de harcèlement moral au travail, précise qu'il appartient à la direction de prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention du harcèlement moral.

Cependant une certaine sur-utilisation de ce concept est évoquée par les spécialistes qui proposent de bien cerner la définition du harcèlement et de mettre en place pour toute plainte de ce type un entretien rapide et systématique avec un conciliateur comme cela se fait dans plusieurs pays avant le déclenchement de la procédure; ce qui permet d'utiliser à bon escient.

Il s'agirait par exemple d'un service proposé par le Conseil Général, dans le cadre d'un programme « mieux-être au travail » mis en oeuvre en collaboration avec le médecin du travail et financé par le Conseil Général, la CNAM et le Fonds National de Prévention. Le « conciliateur » pourrait être un consultant de formation RH ou médico-sociale, ou encore un psychologue : il écoute et oriente vers une éventuelle prise en charge médicale ou psychothérapique. Il intervient dans les problèmes d'alcool, d'addictions, il reçoit les victimes de souffrance au travail, d'harcèlement moral, et joue, le cas échéant, un rôle de conciliateur, en vue de réduire les plaintes ainsi que les dérives « victimaires ».

La prévention du harcèlement devra de plus comporter une réflexion sur le style de gestion du personnel et l'organisation du travail et des tâches.

Il s'agira pour l'entreprise d'informer le personnel et de veiller à ce que l'encadrement soit en capacité de gérer les conflits pouvant survenir dans les équipes et, notamment, déceler très tôt les prémices de harcèlement.

2.6.3. VIOLENCES FAMILIALES ET CONJUGALES

Prévenir les violences intrafamiliales (maltraitance, violences conjugales...), en soutenant précocement la construction des places parentales (identité, revalorisation, capacité à nommer et à partager ses émotions pour éviter les mises en acte, etc...)

- ouvrir le dialogue dès la grossesse pour que les parents vulnérables puissent confier leurs peurs, angoisses, antécédents de traumatismes... et leurs besoins d'étayage, qui pourront alors être plus ajustés qu'actuellement. En particulier, définir un entretien systématique avec une sage-femme au début du quatrième mois de la grossesse.
- améliorer l'esprit de travail en réseau afin d'offrir une fonction contenant aux perturbations émotionnelles de la famille, ce qui passe par cohérence et continuité multiplication des **formations en réseau** (reprise des cas difficiles en interdisciplinarité avec l'aide d'un intervenant extérieur expérimenté)
- éviter le terme de dépistage, qui risque de mettre les professionnels en position d'observation et accentuer le malaise parental,
- éviter les « ghetto-isations » par problématique (psychopathologie parentale, toxicomanie etc..) et ne pas rater l'étape valorisante de la mise au monde d'un enfant pour augmenter la sécurité des parents (découverte de la valeur de leurs émotions, expérience de l'empathie et des limites si le réseau fonctionne dans le respect mutuel des compétences)
- lancer une **réflexion conjointe entre psychiatres et psychologues sur leur propre formation** pour qu'ils puissent répondre de manière adéquate aux besoins des professionnels face aux émotions des patients (limiter l'intervention psychiatrique directe et valoriser le travail de soutien). En effet l'expérience montre que la collaboration entre psychiatres généralistes, psychiatres d'enfant, psychologues et professionnels de première ligne n'est pas ajustée pour diverses raisons, dont le manque de valeur donnée au travail de deuxième ligne.

La meilleure prévention de la violence nous semble de pouvoir offrir aux personnes concernées l'opportunité de mettre en mots leurs propres émotions, de vivre une expérience cohérente dans un collectif structuré, surtout dans cette période très sensible où les liens se construisent. Il a été démontré que la qualité d'accueil reçue à la maternité, surtout chez les familles migrantes, va déterminer la qualité des relations entre la famille et les autres institutions (crèche, école, etc...) Il s'agit donc de promouvoir des outils qualitatifs, qui ont l'inconvénient d'être peu « médiatiques », puisqu'il s'agit de changer un état d'esprit.

Prévenir les violences conjugales

- 2.6.3.1. Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé pour mieux dépister les violences, conseiller et orienter la patiente

- au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.
- 2.6.3.2. Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales.
 - 2.6.3.3. Identifier dans les services de maternité "un référent" qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité.
 - 2.6.3.4. Constituer une cellule polyvalente psychosociale assurant l'accueil et l'orientation des femmes vers les différents services concernés.
 - 2.6.3.5. Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.
 - 2.6.3.6. Etablir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement.
 - 2.6.3.7. Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de 1^{ère} intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.
 - 2.6.3.8. Assurer une participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.
 - 2.6.3.9. Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.
 - 2.6.3.10. Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

2.6.4. VIOLENCES A L'HOPITAL

Rappelons que l'hôpital est le lieu où peuvent s'exercer des types très différents de violence, le personnel pouvant être à la fois victimes et agents des violences ; enfin les personnels de santé sont exposés à des violences dans toutes les circonstances de leur activité professionnelle y compris à l'extérieur des hopitaux (voir rapport IGAS n° 2001.110 sur les violences subies par les professionnels de santé)

Dans un contexte de tension sur les effectifs et d'émergence de nouvelles organisations, les difficultés pour les soignants de fournir un travail de qualité vont à l'encontre de leurs valeurs éthiques et peuvent les conduire à un non sens dans le travail et une perte d'estime de soi. La négation de leur engagement, l'absence de reconnaissance des efforts réalisés, sont très coûteux sur le plan de la santé et peuvent amener de véritables décompensations psychiques (burn-out, épuisement professionnel)

Face à ces différentes contraintes génératrices de violence, plusieurs voies d'action sont possibles :

- ▶ il importe, afin d'expliquer, d'analyser, puis d'agir sur les situations de violence, de mieux recenser les actes de violence physiques et psychiques dont sont victimes les personnels et les patients. La mise en place de la démarche "gestion des risques" permettrait un signalement systématique des actes de violence grâce à la "fiche de signalement d'événements indésirables". Le contenu de cette fiche pourrait être analysé en groupe à la recherche de facteurs de causalité, dans le cadre d'un observatoire local de sécurité.
- ▶ afin d'apporter des éléments de compréhension sur les comportements agressifs de certains patients et d'anticiper les situations de violence, la mise en place de formations spécifiques devrait être proposée à toutes les catégories professionnelles.
- ▶ l'encadrement doit rester vigilant vis à vis des phénomènes d'exclusion d'un agent du groupe car cette marginalisation peut avoir rapidement un impact grave et douloureux sur la personne ciblée. Parfois, ces phénomènes de rejet sont itératifs aboutissant à l'exclusion programmée par le groupe de tout nouvel arrivant ayant un regard neuf et critique sur le fonctionnement collectif. Ils nécessitent alors de s'interroger sur la santé psychologique du groupe. D'autre part, muter rapidement les agents qui ne supportent plus les contraintes liées à telle ou telle spécialité, permet d'éviter l'apparition de décompensations anxio-dépressives graves, et aide ces agents à retrouver motivation, investissement et santé au travail.
- ▶ la prise en charge précoce des agents ou des victimes d'actes de violence est une nécessité à développer, afin de ne pas enkyster le problème, de déculpabiliser les victimes souvent honteuses car se jugeant mauvais professionnels et d'éviter la récurrence de telles situations.

- ▶ l'incitation à une meilleure déclaration de tous les accidents de travail liés à la violence et au contact avec les malades agités doit être favorisée.
- ▶ la discussion organisée et systématique en lien avec le personnel médical et les soignants doit s'effectuer devant toute situation dangereuse ou potentiellement dangereuse pour éviter les situations de débordement et mieux protéger les soignants. Toutes les actions de prévention et de lutte contre la violence doivent s'appuyer sur la participation et l'engagement de tous les professionnels et les instances concernées (Directions, CHSCT).

2.6.5. MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES

Rappelons qu' il existe des similitudes entre les différentes formes de maltraitance en particulier sur l'invisibilité de la violence. En effet, les victimes ne veulent pas accuser leurs enfants ou leurs petits-enfants de les maltraiter, de même que les enfants ne veulent pas dénoncer leurs parents. Dans 70 % des cas, les actes de maltraitance interviennent dans le milieu clos de la famille.

Nous ajouterons que la maltraitance physique n'est le plus souvent que la conséquence de maltraitements antérieures, financières, verbales et psychologiques. De plus bien évidemment les maltraitements verbales et psychologiques sont aussi nuisibles pour la santé que les maltraitements physiques..

Nous proposons de reprendre les propositions du Secrétariat d'état aux personnes âgées dans son **Programme de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées**

1. Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir,
2. Sensibiliser la population au phénomène de maltraitance des personnes âgées et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale,
3. Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées
4. Mettre en place un dispositif de gestion du risque de maltraitance des personnes âgées,
5. Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées,
6. Améliorer les procédures de traitement des signalements,

7. Renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements,
8. Organiser le suivi de la mise en oeuvre de cette politique et son évaluation

Nous y rajouterons certaines actions de prévention :

Actions de prévention primaire

- ▶ **Nommer une personne responsable au sein des institutions de soins, sociales et médico- sociales, référente de la lutte contre la violence institutionnelle et la maltraitance.**
 - Ä Action aux admissions et services d'urgence, repérage des sujets à risque c'est à dire des sujets fragiles.
 - Ä Action d'orientation pour diriger de façon opportune les personnes âgées.
 - Ä Action au sein des structures de soins.
 - Ä Action au sein des institutions de soins social et médico-sociales en formation à la prévention de la violence.
- ▶ **Nommer un groupe de personnes au sein du centre référent,** en liaison avec les groupes éthiques, qui puisse être le lieu d'écoute, de prévention, de recherche et de dynamique de soutien du terrain. Ils doivent être le relais des structures ALMA (Allô, maltraitance personnes âgées) qui ne peuvent être que des structures de terrain.
- ▶ **Mettre en place des mesures de maintien de l'autonomie de la personne-âgée**

Il s'agit de permettre aux personnes âgées dépendantes, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, de *sortir de leur confinement* et d'ouvrir leur champ relationnel, en leur permettant de sortir de leur domicile.
- ▶ **Assurer l'extension du réseau ALMA** (Allô, maltraitance personnes âgées), qui ne couvre actuellement qu'un quart du territoire national.
- ▶ **Identifier, dans chaque département, une "personne-ressource",** connue, formée et expérimentée, afin d'intervenir auprès des professionnels et des institutions dans la prévention et les dossiers de maltraitance

Actions de prévention secondaire

- ▶ Donner un numéro d'appel géré par des responsables professionnels formés en réponse à des signalements de violence psychique, psychique ou institutionnels.

- ▶ Proposer de donner suite aux appels au sein d'un groupe référent, en y apportant des réponses précises institutionnelles ou non, judiciaires ou non, médicales ou non.
- ▶ Proposer des démarches de formation à tous ceux qui sont reconnus comme violents, directement ou indirectement vis à vis de vieillards et leur proposer un suivi

Actions de prévention tertiaire

- ▶ Un suivi des situations violentes doit être mis en place avec :
 - Ä Incorporation des problématiques de violence dans la formation médicale et paramédicale.
 - Ä Mise en place de programme de recherche avec les structures d'enseignement psychiatrique, psychologique, un programme de recherche prioritaire type PHRC sur la violence et en particulier en favorisant les projets basés sur une démarche d'éducation à la santé.

2.7. VIOLENCE ET MEDIAS

2.7.1. Sensibiliser les médias à la qualité de la communication des actes de violences

L'accumulation des reportages érige les faits divers en faits de société, d'où un sentiment de peur qui conduit à rechercher une autorité suprême.

L'utilisation des scoops à sensation par les médias ne permet pas au citoyen d'élaborer une réflexion, car il développe de l'angoisse sans la possibilité d'échange nécessaire pour prendre de la distance et relativiser.

Il est donc essentiel d'engager une réflexion sur ces aspects en partenariat avec les médias

2.7.2. Développer des programmes de formation dans les écoles de journalisme

Ces programmes s'axeront prioritairement sur la façon de traiter les faits divers et les informations qui ont trait à la violence et à la maltraitance : en effet, créer les conditions pour nouer des liens en dehors de la peur, c'est prévenir la violence par l'éducation. L'éducatif n'est pas une perte de temps, c'est le socle nécessaire pour bâtir une société riche de sa pluralité.

2.7.3. Contribuer à rendre « mieux-traitante » l'information diffusée par les médias, relative à la violence et à la maltraitance

Conduire une action de réflexion avec les médias : il pourrait s'agir d'une « conférence de consensus », avec pour but d'aboutir à une « charte de bonne conduite » sur les manières de relater les actes de violence, particulièrement quand ceux-ci concernent les malades mentaux et les autres populations trop souvent stigmatisées, tout en protégeant le respect des personnes, et le droit à l'information des citoyens.

2.8. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE

2.8.1. Mettre en place les moyens d'évaluer une dangerosité potentielle

S'agissant de la dangerosité, bien des définitions pourraient être données : on retiendra ici la **potentialité de survenue d'un acte violent** ou de la mise en danger de soi-même ou d'autrui chez une personne souffrant de troubles mentaux.

On soulignera que cette évaluation ne doit pas se départir d'une réelle modestie quant aux capacités à évaluer ce que le futur sera.

La question de la dangerosité particulière des malades mentaux ne fait pas l'unanimité puisque deux études sur ce sujet arrivent à des conclusions opposées. La survenue d'actes violents est souvent le fait de la rencontre entre une pathologie et une situation donnée, mais on peut cependant isoler certains éléments que l'on peut qualifier comme critères de dangerosité :

1. Le sexe masculin,
2. La jeunesse,
3. L'appoint toxique,
4. Un début de détérioration intellectuelle,
5. La présence d'hallucinations avec injonction.
6. La propension au suicide,
7. Un haut niveau de tension anxieuse.

Par ailleurs, certains sujets délirants et persécutés (paranoïaques, érotomanes...), ou atteints de schizophrénie et certains états mélancoliques peuvent être considérés, dans des situations données, comme potentiellement dangereux, sans oublier les déséquilibrés psychiques et les personnalités antisociales, chez qui on a isolé des difficultés d'élaboration psychique particulières, ainsi qu'une impulsivité accrue.

Les antécédents d'emprisonnement, de passage en UMD, d'agression, de tentative de suicide grave, d'utilisation d'armes, soit directe soit par menace, d'automutilation, de sadisme sur les animaux dans l'enfance et dans l'adolescence, doivent rendre particulièrement vigilants tout comme la possession d'armes à feu ou le port d'armes blanches.

2.8.2. Proposer la mise en place d'un traitement ambulatoire obligatoire

Cette mesure permettrait de résoudre la question des sorties d'essai prolongées, problème souvent pointé par les Commissions Départementales de l'Hospitalisation Psychiatrique.

En effet, dans beaucoup de cas, le maintien de ces sorties d'essai est utilisé comme une sorte d'obligation de soins pour le patient. Les psychiatres ont remarqué que cette contrainte symbolique était parfois très utile dans la prise en charge de patients réticents. Cependant, le maintien des sorties d'essai prolongées est contraire à l'esprit de la loi et peut amener les équipes soignantes à des situations problématiques sur le plan médico-légal.

Des soins ambulatoires obligatoires, proposition que l'on retrouve d'ailleurs, ici ou là, dans différents rapports et documents, pourraient être une mesure assez facile à mettre en place :

- résolvant une impasse actuelle,
- désaliénante,
- et surtout facilitant les soins aux pathologies les plus lourdes et parfois les plus préoccupantes.

2.9. VIOLENCE ET SOINS SOUS CONTRAINTE

Le système de soins sous contrainte en France n'est pas satisfaisant, tant pour les personnes nécessitant des soins et ne pouvant consentir, que pour les personnes emprisonnées.

Les personnes en prison qui ont un trouble mental qui nécessite une hospitalisation peuvent, avec leur consentement, être prises en charge dans un SMPR. Elles bénéficieront d'un suivi en ambulatoire, car le SMPR n'est pas un service d'hospitalisation classique.

Par contre, si elles ne peuvent pas donner leur consentement, elles seront alors obligatoirement envoyées dans les services de psychiatrie en hospitalisation d'office. C'est le préfet qui signe alors l'H.O. suite à un certificat médical. Les personnes incarcérées arrivent souvent dans le service d'hospitalisation avec une garde policière ou administrative importante. Elles sont « libérées » dans le service de psychiatrie qui devient alors, de fait, une prison où l'on peut donner des soins obligatoires. La garde du prisonnier et les soins étant confiés aux seules équipes de psychiatrie.

Cet état de fait conforte et entretient les représentations mentales de la population qui assimilent l'hôpital psychiatrique à une prison ; la peur du délinquant, et la hantise de l'évasion, poussent à l'enfermement dans les cellules d'isolement et à la contention à l'hôpital. Cela est tout à fait inadmissible pour les services de psychiatrie ouverts à toute la population et qui ne peuvent accepter l'enfermement comme mode de soins.

2.9.1. Réviser la Loi de 1990 sur l'hospitalisation sous contrainte

La question de l'hospitalisation sous contrainte traitée dans la Loi du 27 juin 1990 pose un certain nombre de points de difficulté qui devraient, sans plus attendre faire l'objet d'une reformulation plus adaptée :

2.9.1.1. Clarifier le problème de l'application de l'article D. 398 du Code de Procédure Pénale .

Celui-ci dispose que les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur l'avis du médecin de l'établissement pénitentiaire , transmis au Procureur puis, conformément à la législation générale en la matière, au Préfet, il appartient à l'autorité administrative de faire procéder à leur internement en HO. Ce texte permet le transfert du sujet en milieu psychiatrique (U.M.D. ou service ordinaire).

Depuis le rattachement des S.M.P.R. à des établissements publics de santé (rattachement du S.M.P.R. de la Maison d'arrêt de Fresnes à l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, par exemple), cet article D.398 déroge à l'article L.3213.1 du CSP, qui précise que le certificat médical circonstancié (nécessaire lors de l'Hospitalisation d'Office) ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

Il est proposé, en conséquence, que l'avis du psychiatre du S.M.P.R. soit joint à celui d'un autre psychiatre n'appartenant pas au S.M.P.R. ni à l'hôpital susceptible de recevoir le patient. C'est ce double avis qui serait transmis à l'autorité judiciaire, puis au Préfet.

2.9.1.2. Réévaluer les articles L. 3213.8 et L. 3213.7 de la loi du 27 Juin 1990

L'abrogation des HO pris en application de l'Article 122.1 du Code Pénal, est une mesure administrative à laquelle il est mis fin par une décision médicale. L'article L. 3213.8 indique qu'il ne peut être mis fin aux Hospitalisations d'Office intervenues en applications de l'article L. 3213.7, que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le Préfet sur une liste établie par le Procureur de la République. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants, doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux, ni pour lui-même, ni pour autrui.

Une telle décision peut amener une sortie immédiate par abrogation du H.O., même si celui-ci a été prononcé après un acte médico-légal ayant conduit à l'application de l'article 122.1 du Code de Procédure Pénale.

Il semble que dans ce cas, les conclusions des experts ne devraient être considérées que comme un avis donné aux autorités administrative et judiciaire, en soulignant bien sûr que le Service de Psychiatrie ne pourrait en aucune façon, être un lieu de détention hors nécessité absolue de soins.

2.9.1.3. Définir les modalités de la sortie d'essai dans le cadre d'un H.O. faisant suite à l'application de l'article 122.1 – alinéa 1 du Code de Procédure Pénale.

Rien n'étant précisé dans la Loi ni dans les fiches d'informations ministérielles du 13 mai 1991, il semble que certains Préfets, pour ces sorties d'essai sous HO, calquant leur attitude sur la procédure de sortie, requièrent l'avis de deux experts après examen et conclusions séparées, alors que d'autres traitent ces demandes de sortie d'essai comme dans le cas général sur la simple demande du psychiatre traitant hospitalier.

C'est un point important qui demande à être réglementé et débattu autrement que dans l'urgence, comme cela pourrait l'être en cas de survenue d'un nouvel acte médico-légal commis par un patient en H.O après application de l'article 122.1., en sortie d'essai, sans avis circonstancié d'expert.

2.9.1.4. Etendre l'application des mesures de suivi socio-judiciaire avec contrainte de soins à certaines catégories de délinquants souffrant d'une maladie mentale.

En matière de prise en charge médico-judiciaire, la Loi de 1998 a mis en place le suivi socio-judiciaire des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Cette formule présente l'avantage d'être plus souple que le régime d'hospitalisation sous contrainte, et permet d'associer dans les faits le traitement pénal d'une infraction au suivi médical de sujet considéré comme fragile et devant être malgré tout suivi sur le plan psychiatrique, comme, par exemple, certains psychopathes qui relèveraient de ce type de décision judiciaire.

2.9.2. Faciliter la réinsertion des patients hospitalisés sous contrainte

La plupart des personnes relevant d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, ou d'une hospitalisation d'office, bénéficient en France de sorties à l'essai, sous condition d'« obligation de soins en ambulatoire », rejoignant en cela l'immense majorité des personnes qui se soignent librement en ville pour n'importe quelle pathologie...

Ces modes de soins pourraient faire l'objet d'un cadre précis, au service d'un projet de réinsertion ; actuellement, en effet, les patients relevant d'une hospitalisation sous contrainte, ne peuvent pas envisager, pendant leur sortie à l'essai, la reprise d'un emploi (voire même d'un travail en C.A.T.), ou d'une formation, alors que la reprise d'une vie professionnelle pourrait être, dans bien des cas, un élément majeur de leur dispositif de réinsertion.

2.9.3. Ouvrir une réflexion pluri-institutionnelle en vue de la révision de la Loi du 27 juin 1990

La reprise d'une réflexion sur le statut en France de l'hospitalisation sous contrainte, qui n'est judiciarisée qu'à posteriori, nous paraît opportune.

Un débat sur le fond est nécessaire : en effet, un certain nombre de situations à l'interface du psychiatrique et du judiciaire sont résolues de façon insatisfaisante, et il est nécessaire d'harmoniser notre dispositif avec les positions européennes.

Il conviendrait, à cette occasion, de débattre sur l'opportunité du maintien de la notion d'ordre public pour les hospitalisations sous contrainte : ne pourrait-on pas instituer, en lieu et place, la notion d'obligation de soins dans un cadre légal déspecifié, ne s'appliquant pas exclusivement aux personnes souffrant de troubles psychiques ?