Conférence de santé

Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance

LUTTE CONTRE LES MALTRAITANCES ET RÉPONSES CITOYENNES

Actes du webinaire du 12 octobre 2022

17h00 - 19h30

Pr Emmanuel RUSCH, Président de la Conférence nationale de santé :

Bonjour à toutes et à tous. Je suis médecin de santé publique à l'université de Tours, président de la CNS. Au cours de ce troisième oui binaire de la CNS nous allons aborder thème de la maltraitance et la lutte contre les maltraitances, et les réponses citoyennes.

Ce webinaire est organisé par la CNS et par la commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Comme vous avez pu le constater, depuis 20 ans, après les lois fondatrices de la démocratie en santé, le thème de la maltraitance occupe une place importante et grandissante dans le débat public. Suite à la crise sanitaire, mais aussi suite à un certain nombre d'événements médiatisés sur les derniers mois concernant des violences intrafamiliales ou concernant des pratiques que l'on a pu observer dans le champ du grand âge et dans les EHPAD, la question de la maltraitance intéresse encore plus l'ensemble du système de santé. Elle interpelle les usagers du système de santé ainsi les professionnels.

Le rapport sur « La démocratie en santé : une urgence de santé publique » réalisé par la CNS suite à la saisine de monsieur Olivier VERAN, à l'époque où il était ministre en charge de la santé, a été remis à la fois au ministre de la santé et de la prévention, M. François BRAUN, et

au ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, M. Jean-Christophe Combe, le 14 septembre 2022.

Dans ce rapport, nous avions faits des propositions autour du sujet de la maltraitance et autour de la question des plaintes et réclamations.

Aujourd'hui, nous avons la possibilité de débattre toutes et tous ensemble autour de cette question de la lutte contre les maltraitances avec des regards croisés d'associations et de chercheurs.

Une première table ronde sera animée par Catherine SIMONIN, qui laissera la parole à des représentantes des usagères et usagers.

Puis, nous aurons une seconde table ronde qui donnera la parole à experts du sujet.

Auparavant, monsieur Jean-Christophe COMBE nous fait le plaisir et l'honneur d'ouvrir ce webinaire. Je m'empresse de lui céder la parole.

Jean-Christophe COMBE, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées :

Merci beaucoup. Je suis ravie d'être avec vous ce soir et ravi de voir à quel point le sujet intéresse puisque nous sommes très nombreux. Merci à la CNS qui nous réunit ce soir et, notamment son président, cher professeur Emmanuel RUSCH, ainsi qu'Emmanuel RONOT, président de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté.

Je remercie les représentants des usagers, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, les conseils territoriaux de santé, des comités départementaux de la citoyenneté de l'autonomie et les observatoires départementaux de la protection de l'enfance présents ce soir.

Cette place est pour moi essentielle. C'était une évidence lorsque je dirigeais La Croix-Rouge. Cela continue maintenant à l'être en tant que ministre. Je suis heureux de vous rencontrer aujourd'hui, même si c'est à distance pour cette fois. Le sujet qui nous rassemble ce soir est difficile, complexe, il nous concerne tous.

Quand je dis « maltraitance », nous avons tous des exemples précis qui nous viennent dans nos parcours de vie ; nous avons tous été témoins de maltraitance envers des personnes en situation de vulnérabilité. Nous sommes, ici, ce soir pour en parler.

En parler, cela veut dire progresser collectivement sur ce sujet. C'est pour cela que j'en ai fait l'un de mes premiers sujets comme ministre des solidarités. À mes côtés, j'ai voulu une conseillère dédiée sur cette question, Alice CASAGRANDE qui est présente ce soir. C'est une cause essentielle pour moi.

En effet, une part de notre humanité s'y joue.

Avant de vous présenter les initiatives que j'ai déjà prises, je voudrais lever trois malentendus fréquents sur le sujet.

Le premier, c'est de croire que lorsqu'on parle de maltraitance, on serait là pour faire le procès des professionnels. On serait là pour dire qu'ils travaillent mal, qu'il faudrait les sanctionner ou les corriger.

Ce n'est pas de cette manière que j'aborde le sujet ; les maltraitances surviennent aussi bien dans les institutions que dans les familles. Et surtout, les professionnels sont aussi dans une moindre manière, mais réellement, victimes de la maltraitance.

D'ailleurs, lorsqu'une formation ou une analyse des pratiques leur permet de prendre du recul, ils sont les premiers à vouloir travailler autrement et inventer les moyens de le faire. Les professionnels ne sont pas à soupçonner, ils sont à soutenir dans leur pratique et à encourager dans leur rôle de lanceurs d'alerte, chaque fois qu'ils interviennent pour faire cesser les situations de maltraitance.

Deuxième malentendu : croire que la maltraitance est inévitable. Il faudrait nous résigner à vivre avec cette maltraitance ? Bien sûr, des équipes qui ne sont pas au complet ne peuvent pas faire aussi bien, si elles doivent en permanence fonctionner avec des bouts de ficelle, elles ne peuvent éviter les erreurs dues à la fatigue.

Mais les erreurs dues à la fatigue ou les accompagnements moins aboutis, ce n'est pas la même chose que mettre en échec par des paroles humiliantes, brutaliser ou humilier pendant un soin, ou priver de liberté de manière arbitraire.

Toutes les personnes accompagnées savent dire la différence entre des personnes débordées et des personnes humiliées, entre des personnes expertes mais qui n'écoutent pas ou ne respectent pas les souhaits exprimés. Oui, la maltraitance est évitable.

Troisième malentendu : croire que la maltraitance, c'est l'affaire des autres. Que ce sont les autres qui sont maltraitants et pas nous, ou que c'est aux autres de s'en occuper. Toutes et tous autour de cette table, nous connaissons des moments où nous n'avons pas été à la hauteur, où nous n'avons pas pris le temps d'écouter ou de respecter le souhait d'une personne vulnérable.

Donc la maltraitance, ce n'est pas si loin de nous. Ce n'est pas uniquement à la police, au juge ou à tel professionnel spécialisé de s'en occuper. La maltraitance peut prendre des formes très différentes, dans les familles comme dans les institutions.

Pour y répondre, il faut analyser les cas en croisant les regards pour en comprendre les racines.

Que proposons-nous ? Il y a six mois, nous avons posé un acte très fort en définissant la maltraitance. Avec la loi du 7 février 2022, nous avons posé cette première fondation qui touche tous les publics en situation de vulnérabilité (les enfants, les adultes, les femmes, les personnes avancées en âge ou les personnes en situation de handicap).

Aujourd'hui, je souhaite aller plus loin en trouvant un équilibre qui ne soit ni le silence coupable ni un soupçon permanent.

Aller plus loin, comment ? D'abord : pas seul. Je crois aux partenariats, à la fertilisation croisée, bref, à l'intelligence collective.

Avec mes collègues du gouvernement, Geneviève DARRIEUSSECQ et Florence CAUBEL, nous allons solutionner par la compréhension profonde. Premièrement, nous avons demandé aux au Haut conseil de santé publique de dresser un état des lieux des connaissances, pour ensuite trouver des solutions. Pour diminuer la consommation de tabac ou d'alcool, pour éviter les conduites à risques sur la route, on fonde la politique publique sur les données de la recherche : nous ferons de même pour les situations de maltraitance.

Deuxièmement, nous avons demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'analyser les circuits d'alerte : vers qui se tournent les gens lorsqu'ils subissent une maltraitance. Est-ce que cela déclenche ou ne déclenche pas ? Est-ce que cela permet d'améliorer les réponses ?

Troisièmement, nous avons saisi la Conférence Nationale de Santé pour que les acteurs sur les territoires se mobilisent aussi sur le sujet. C'est un enjeu essentiel : c'est à partir de votre intelligence collective que nous pourrons identifier les meilleures réponses.

Je crois que, nous l'avons tous constaté à chaque crise médiatisée de maltraitance, le sujet intéresse les citoyens et les citoyennes que vous êtes. Il est donc indispensable que vous soyez informés de ce sujet.

Plus encore, nous avons besoin de vous entendre pour savoir comment où vous vous trouvez, comment améliorer les réponses. Votre aide, je la demande pour l'enrichir. Je crois au positif, au faire avec et non pas au faire pour ni au faire contre.

Quiconque a déjà entendu les gendarmes parler de l'accueil des femmes victimes de violences, un petit-fils maltraitant sur sa grand-mère à domicile, ou des médecins inspecteurs expliquant leurs méthodes pour remettre un établissement dysfonctionnel sur la bonne route le sait : ce n'est pas en tapant sur ces acteurs que l'on progressera. Mais ces acteurs ont besoin de l'exigence, de l'avis de ceux qui en bénéficient pour l'améliorer.

Il y a quelques semaines, la CNS m'a remis son rapport sur le bilan des lois de 2002 : du 2 janvier et du 4 mars. Elle évoque le sujet de la maltraitance et elle relève les défis pour la qualité du médico-social, comme pour le lien social dans son ensemble.

Je remercie tous les contributeurs et je lui demande de faire le pas suivant pour que la maltraitance devienne un objet de transparence démocratique. Je souhaite que tout le monde puisse travailler ensemble, les représentants des personnes concernées, les parties associatives, privées, publiques ou encore les bénévoles.

Voilà les mesures que j'ai déjà prises sans attendre. Je présenterai de nouvelles pistes concernant la maltraitance dans quelques semaines, dont des mesures opérationnelles initiées à très court terme.

Nous sommes tous plus ou moins liés au problème, nous devons être tous mobilisés pour trouver les solutions. Je compte sur vous. Je vous remercie. Je me tiens à votre disposition encore quelques minutes pour répondre à quelques questions, si vous le souhaitez.

Pr Emmanuel Rusch :

Monsieur le Ministre, merci beaucoup pour cette introduction à notre webinaire. Je voulais sincèrement vous remercier de la saisine que vous avez adressée à la Conférence nationale de santé.

La question de la maltraitance est un sujet que nous avions mis dans le rapport sur la démocratie en santé. C'est un sujet que nous traiterons sur le long terme, parce qu'il me semble que c'est un sujet à la fois structurant pour les évolutions du système de santé. Il s'agit pour nous d'avancer de façon à développer une démarche qualité qui puisse irriguer l'ensemble du système de santé sur le sujet de la prévention de la maltraitance.

Vous pouvez compter sur nous. Nous allons être aux côtés des instances de démocratie en santé au niveau des territoires, les conseils territoriaux de santé, les conseils départementaux à la citoyenneté et à l'autonomie ; nous serons aux côtés des conférences régionales de santé qui souhaiteront s'emparer du sujet. Pour voir les conditions d'engagement et voir de quelle manière nous pouvons dans chacun des territoires travailler avec les pouvoirs publics concernés par le sujet, de façon à de croire que la maltraitance est l'affaire des autres. Et de façon à ne pas considérer que c'est inévitable, y compris dans la situation actuelle.

Merci beaucoup de la confiance que vous nous faites. Nous ne serons peut-être pas toujours d'accord sur les mesures à prendre dans le futur, mais dans tous les cas, nous serons force de proposition pour vous donner les éléments nécessaires de notre point de vue pour avancer sur le sujet. Je pense que c'est le rôle des instances de démocratie en santé, de pouvoir alimenter vos réflexions, et vos politiques dans le champ de la prévention de la maltraitance.

Merci pour cela.

Je ne sais pas s'il y a des questions ? Je n'ai pas la main sur le chat.

Danièle LANGLOYS, présidente de l'association Autisme France, membre de la CNS et du CNCPH :

Il serait judicieux aussi de saisir le CNCPH à propos des personnes en situation de handicap.

Merci Monsieur le Ministre d'être là. J'ai une question très concrète. La loi du 7 février 2022 que vous avez citée prévoit des décrets d'application de l'article 23 qui définit la maltraitance.

À je voulais simplement vous demander comment ces décrets seraient travaillés en collaboration avec les associations d'usagers.

Jean-Christophe COMBE :

Je vous confirme que nous y travaillons. L'objectif, c'est bien que les décrets sortent avant la fin de l'année. Nous y travaillerons avec vous. Merci pour votre question, madame LANGLOIS.

Catherine Simonin, membre de la CNS, administratrice de la Ligue nationale contre le cancer, membre du bureau de France Assos Santé :

Merci, Monsieur le Ministre. Merci pour vos propos liminaires. La maltraitance est partout. J'aimerais connaître vos projets. Je représente la Ligue nationale contre le cancer.

J'aimerais connaître vos projets quant à la lutte contre la maltraitance dans tous les domaines. La vulnérabilité peut être présente, mais aussi insidieuse ou provoquée par les personnes qui usent de leur pouvoir de maltraitance. Qu'envisagez-vous pour l'avenir ?

Jean-Christophe COMBE :

Merci beaucoup pour cette question très large. Je pourrais en parler très longtemps. Je vous redis comment nous travaillons aujourd'hui. D'abord, j'ai souhaité que ce projet soit au cœur de mon ministère, de ma feuille de route. Je suis arrivé dans un contexte particulier que vous connaissez tous, suite à l'affaire dans une crèche à Lyon, et à l'affaire Orpéa qui m'a beaucoup et profondément choqué.

J'ai acquis la conviction que cette question devait être appréhendée de manière large et transversale. La conviction que c'est un sujet sociétal, pas seulement un sujet qui concerne les professionnels, comme je le disais, que l'on pointe bien trop souvent du doigt alors qu'eux-mêmes sont victimes de ces maltraitances. Donc en faire une priorité, rendre visible, accepter d'en parler avec des mots parfois forts. Arrêter d'être trop pudique sur ces questions-là. On a vraiment besoin de mettre le sujet au cœur du débat public.

J'ai annoncé que je produirai une stratégie de lutte contre les maltraitances d'ici à la fin de l'année qui sera, le cas échéant, enrichie au fur et à mesure que nous aurons des conclusions, des pré-conclusions et des rapports d'étape de la triple saisine que j'ai mentionnée tout à l'heure, que ce soit la CNS, de l'IGAS, ou du Haut conseil de santé publique, pour que l'on puisse, le cas échéant, amender et enrichir cette stratégie.

D'abord, je pense que c'est important de mettre la lumière sur cette question, ne pas avoir peur des mots, et travailler sans stigmatiser qui que ce soit sur cette question.

Je suis à votre disposition, à votre écoute, dans vos rôles respectifs, vous avez tous une vision de ces sujets-là, une expérience. Je serai ravi d'enrichir ces travaux par votre contribution. Et je suis à votre écoute.

Docteur Brigitte LANTZ :

Bonjour Monsieur le Ministre. Nous nous connaissons par l'intermédiaire du professeur Jean-François MATTEI dont je suis l'amie et ai été sa conseillère. Je préside l'association Tous pour la République qui défend les valeurs de la République : Liberté, Egalité et Fraternité, au-delà de tout parti politique. Je suis la secrétaire générale de 2 fondations : la Fondation du Rein et de la Fondation Princesse Margaretha de Roumanie, dont le roi d'Angleterre est désormais président d'honneur, qui réunit des EHPAD et les ados d'orphelinats. J'ai eu le plaisir aussi de travailler avec Pascal MELIHAN-CHEININ. J'aimerais tous vous aider à travers ces associations, qui ne peuvent que valoriser votre engagement au services des plus vulnérables.

Je trouve que c'est un projet qui est bon parce qu'il y a de la maltraitance dans certains orphelinats, il y a de la maltraitance chez les personnes âgées.

Et je vois dans d'autres pays, les enfants se rendent compte de choses et les adultes d'autres choses concernant les enfants. Avec Philippe DOUSTE-BLAZY, nous avons créé un EHPAD adossé à un orphelinat dans la région de Toulouse.

Je voudrais savoir si ce genre de projet a été envisagé parce qu'il donne de l'espoir. Et c'est bien aussi pour les soignants qui sont aussi maltraités.

Jean-Christophe COMBE :

Merci beaucoup pour votre question. Plusieurs réponses. Je le redis, il faut aborder la question de manière transversale. C'est le fil rouge de mon ministère, ministère de toutes les vulnérabilités ; que l'on soit un enfant à protéger, une personne vieillissante, une personne en situation de handicap, une personne en situation de précarité... on doit être protégé.

J'ai lancé, hier soir, le CNR autour du bien vieillir. Il y a cette question de l'ouverture des EHPAD, de la promotion du lien intergénérationnel. Il y a beaucoup d'exemples, aujourd'hui, d'EHPAD adossés à des crèches, à des centres d'accueil pour les femmes ou d'accompagnement à la parentalité, etc.

Je crois vraiment dans la richesse du croisement des publics, des projets d'établissements que l'on peut faire avec des publics différents et, en partie, clairement avec cette question intergénérationnelle. Mettre dans un établissement plus ouvert sur la cité, sur le quartier, etc., c'est une bonne chose.

Je prends ce point que je vais regarder. Je ne connaissais pas d'exemple en France d'EHPAD adossé à une maison à caractère social. On peut regarder ce sujet qui me semble très intéressant.

Pr. Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup, Monsieur le Ministre, merci madame Alice CASAGRANDE pour ce travail à venir que vous nous avez confié en partie avec les autres acteurs, notamment le Haut conseil de santé publique. Nous nous articulerons bien sûr sur l'ensemble de la saisine et nous attendons les conclusions de la saisine de l'Inspection générale des affaires sociales qui est aussi un sujet très important sur la question des systèmes d'information et des circuits d'alerte.

Nous sommes très sensibles au fait de pouvoir travailler, non pas forcément dans l'urgence et dans la réaction, mais dans la longue durée et de fond sur le sujet de pouvoir élaborer cela en votre compagnie et vous donnez les éléments nécessaires pour progresser dans ce domaine. Encore merci, Monsieur le Ministre.

Jean-Christophe COMBE :

Merci à vous, bon webinaire, je vous laisse en compagnie d'Alice Casagrande qui suivra le webinaire jusqu'à la fin.

Pr. Emmanuel RUSCH :

Je vous propose, chères auditrices et chers auditeurs, de passer à la première table ronde sans trop attendre. Nous avons deux temps : l'un pour donner la parole aux citoyens et l'autre pour donner la parole aux chercheurs.

Je vais donner le poids de l'animation à Catherine Simonin sur cette table ronde qui va associer trois acteurs du champ sur des domaines très différents. Je vais la laisser présenter ces éléments-là.

1ère table ronde : les représentantes des usagers face aux situations de maltraitance

Catherine SIMONIN :

Bonjour à toutes et tous. Je suis représentante des associations agréées du système de santé dans le collège 2 de la CNS où je représente la Ligue nationale contre le cancer.

Nous allons parler de l'engagement citoyen pour lutter contre la maltraitance. Je vais vous présenter les intervenantes.

D'abord, nous allons avoir Magali ASSOR qui représente l'association Les Petits Frères des Pauvres.

Ce sont des lanceurs d'alerte. Comment repérer les situations de maltraitance ? Comment faire l'alerte ? Quels leviers peut-on activer pour venir en aide aux personnes qui se sentent maltraitées ?

Ensuite, Hélène CARRERE représente le collectif inter associatif autour de la naissance. Là aussi, il y a un repérage parfois de situations de maltraitance. Il est intéressant d'avoir des professionnels de santé qui puisse s'exprimer dans cette table ronde pour voir comment dans les services on peut recueillir la parole des personnes qui sont dans des situations de maltraitance.

Également, nous avons Danièle LANGLOYS, présidente de l'association AUTISME France ; elle est membre de la Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance et membre du CNCPH. Évidemment, elle a nous parlé des personnes en situation de vulnérabilité, comment faire ce repérage, être lanceur d'alerte et quelle mesure mettre en place sur la maltraitance.

La maltraitance peut être institutionnelle, dans un couple, un groupe ou individuel. Elle peut être délibérée avec un acte involontaire.

Je vais d'abord demander à Magali ASSOR la définition pour elle de la maltraitance. C'est important de définir les mots et quel est son rôle de lanceurs d'alerte.

Magali ASSOR, cheffe de projet chargée de la lutte contre les maltraitances association Les Petits frères des pauvres :

Merci de donner la parole à notre association Les petits Frères des Pauvres. Depuis plus de 75 ans, nous sommes aux côtés des personnes âgées qui souffrent d'isolement et,

prioritairement, les plus démunis d'entre elles. Nous sommes sans appartenance politique ou confessionnelle. Notre action repose sur 380 équipes de bénévoles sur toute la France, soit 15 000 bénévoles à peu près. Nous avons aussi une fondation et 28 établissements.

Notre cœur de métier, c'est l'accompagnement relationnel, la reconstruction du lien social. En ce sens, les citoyens qui nous rejoignent sont touchés par la cause des personnes âgées. Ils viennent d'horizons divers, du secteur médico-social aussi, mais c'est loin d'être la majorité. Quand ils nous rejoignent, ils n'imaginent pas être un jour a priori témoins de maltraitance.

La précarité, l'isolement favorisent la montée de maltraitances. En 2007, notre association a décidé de créer une mission de lutte contre les maltraitances. Ma prise de parole, c'est un partage d'expérience sur le rôle des citoyens engagés comme intermédiaires de confiance en cas de suspicion de maltraitance.

J'utilise la notion d'« intermédiaires de confiance » empruntée à la note d'orientation, publiée en 2019 par la Commission pour la lutte contre les maltraitances et la promotion de la bientraitance[1], qui les a définis comme des chaînons de solidarité interstitiels, plus proches et moins intimidant que des destinateurs officiels sur l'alerte et plus compétents que les proches ordinaires, et aussi comme des relais au besoin de parole.

Ce relais au besoin de parole est essentiel pour toute une génération de personnes qui a intériorisé une injonction sociale à s'en sortir par soi-même, ne pas se plaindre et penser qu'il y a pire que soi. L'enjeu chez nous, c'est de convaincre que chaque membre salariée ou bénévole peut-être un acteur de la lutte contre les maltraitances.

Se posent alors 3 questions : Comment repérer ? Comment alerter ? Et surtout, comment continuer à accompagner ?

Comment repérer ce qui fait violence ? Pendant de nombreuses années, chacun avait à cœur de dénoncer ce qui lui faisait violence dans une situation. On pensait alors à la violence flagrante, la violence physique sur laquelle à peu près tout le monde se rejoint. Mais les négligences, les omissions, les violences psychologiques et autres abus étaient moins repérées.

Le mot maltraitance est réactif : il désigne une victime, mais aussi un auteur. Ne va-t-on pas faire trop de vagues en étant « juste » bénévoles ? D'autres encore minimisent : « On ne peut plus ouvrir la bouche sans être maltraitant ? ».

Et enfin, quand on s'engage sur son temps libre dans un cadre d'épanouissement et d'engagement, avons-nous vraiment envie de nous frotter à ces questions-là ?

[1] Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, publié le 18 janvier 2019 par la Commission pour la lutte contre les maltraitance et la promotion de la bientraitance : https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-vulnerables/lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/commission-lutte-contre-maltraitance-et-promotion-bientraitance#:~:text=La%20%C2%AB%20note%20d%27orientation%20pour,la%20survenance%20de%20ces%20ph%C3%A9nom%C3%A8nes).

Nous avons une aide très précieuse avec un texte qui fait autorité auxquels on peut se référer. En interne, on crée de l'information, des relais, des webinaires, mais le travail est toujours à remettre sur la table autour des repères, c'est-à-dire, quels sont les signes qui nous alertent ? Sans toutefois se mettre à qualifier des faits, à enquêter comme un procureur.

Il y a des petites choses du quotidien qui doivent pouvoir nous alerter parce que la maltraitance flagrante est facile à repérer, alors que pour certaines autres formes, c'est plus difficile.

Mais comment alerter lorsque la personne se confie au bénévole mais l'implore de ne rien faire. Nous sommes alors face à toute l'ambivalence des personnes âgées victimes qui souhaitent que la violence s'arrête mais font échec à toute tentative de modification du système qui génère cette violence. Je pense ici aux violences intrafamiliales. Depuis quelques années, nous observons la multiplication des cohabitions forcées (grand-mère – petits-fils) dans des habitats inappropriés, le tout mue par la nécessité de situations très précaires. Les bénévoles sont souvent dépositaires de la grande confiance de la personne qui est soulagée de pouvoir confier son mal-être. Ils peuvent vite être pris en étau. Parfois, et sans en avoir même conscience, ils ont été intégrés au système familial. Ils occupent des places et des rôles qui ne sont pas les leurs, ils sont le bon fils, la bonne fille qui sait être présente. Ce sont des systèmes assez puissants, avec des liens affectifs qui se sont créés et le bénévole peut alors avoir du mal à faire la part des choses, avoir du mal à se décoller du discours de la personne, discours qui est ambivalent et changeant (je veux que cela s'arrête mais ne faites rien). Les liens de famille sont beaucoup plus puissants que nos propres interpellations et indignations.

Et rappelons que les bénévoles sont d'abord là dans une intention bienveillante et qu'il est particulièrement insupportable d'être projeté dans ces entrelacs. C'est là que le dispositif d'écoute et de conseil que nous avons créé se veut être un outil aidant.

Danièle LANGLOYS :

Vous définissez un état de culpabilisation par rapport à la personne qui maltraite.

Magali ASSOR (cf. présentation) :

L'idée est de tenter un pas de côté. Ainsi, nous tâchons de travailler sur deux plans : la situation de suspicion de maltraitance qui concerne une personne âgée d'une part en étant le plus factuel possible et la perturbation, les impacts que cette situation peut avoir sur les témoins, bénévoles et salariés qui se trouvent impliqués dans la situation.

Parfois, le simple fait de reconnaitre et de renvoyer au bénévole le fait que ce qu'il traverse est violent a un effet pacifiant. Le fait de reconnaitre la complexité de la situation parce que s'enchevêtrent différentes histoires, différentes contraintes, permet d'atténuer la sensation d'impuissance.

Mais il y a aussi de la déception : celle qu'il n'existe pas une solution toute prête, une méthodologie d'intervention à actionner pour « sauver la personne », une fois que l'on a parlé.

Nous gardons en tête les obligations de signalement, nous prenons soin de voir qui se trouve dans l'environnement de la personne, de nous appuyer sur sa parole mais aussi sur ce que nous connaissons d'elle et de son histoire de vie. Nous avons comme principe directeur de l'informer et de l'associer à toutes les démarches qui la concernent. Nous posons des actes au nom de l'association et ce, de la façon la plus travaillée possible afin que les destinataires de l'alerte, travailleurs sociaux ou autorités judiciaires, puissent s'appuyer sur une alerte consistante.

Comment continuer à accompagner ? C'est peut-être là le plus difficile. Dans toute la politique de lutte contre les maltraitances, on se focalise sur l'émergence de l'alerte. Mais le fait de poser une alerte, le fait de faire un signalement au Procureur par exemple, ne solutionne pas la situation. Cela n'arrête pas la violence (je pense encore à la violence intrafamiliale à domicile). Nous avons eu des situations dans lesquelles les bénévoles étaient soulagés d'avoir parlé, d'avoir alerté, nous avons fait un signalement au Procureur ou nous avons soutenu la personne pour qu'elle porte plainte. Mais le quotidien continue, il n'y a pas d'intervention d'unité spécialisée par exemple qui viendrait en soutien de la cellule familiale qui souffre. Les cohabitations continuent. Parfois, un tuteur est nommé pour faire tiers mais cela ne résout pas le nœud. Nous conseillons aux équipes de rester présentes et en veille. Nous conseillons souvent et autant que cela est possible de proposer des sorties du domicile, des activités collectives, des vacances de quelques jours pour s'aérer l'esprit et nous replacer sur la mission pour laquelle nous sommes venus : adoucir le dernier temps de la vie des personnes. Nous sommes, à nous seuls, bien incapables, de modifier des équilibres familiaux très ancrés mais nous pouvons proposer des bulles d'oxygène en sortant du domicile.

J'ai beaucoup axé mon propos sur les violences intrafamiliales car il me semble que ce sont les plus difficiles à approcher. Dans les établissements, EHPAD ou hôpitaux, nous pouvons avoir des interlocuteurs institutionnels. Même si les dialogues ne sont pas partout constructifs, ils peuvent exister. C'est là aussi que les bénévoles sont très aux prises avec des conflits de loyauté. Tout notre enjeu est de savoir rester présent auprès de la personne tout en préservant le bénévole qui est un citoyen venu donné son temps, engagé pour une cause qui lui tient à cœur, dans un bénévolat qui se veut être une source d'épanouissement et de plaisir. Ce sont des équilibres excessivement délicats à maintenir. Et nous tachons d'y contribuer en mettant en place un espace d'écoute et de parole qui concrétise notre engagement auprès des citoyens engagés.

Là où nous aurions besoin d'appui, c'est sans doute de trouver une juste place auprès des acteurs plus officiels, d'être reconnu comme faisant parti de l'entourage de la personne, d'être inclus dans des réunions de synthèse ou de coordination, pour voir comment intervenir en complémentarité et en cohérence dans l'intérêt de la personne.

Catherine SIMONIN :

Je vais passer la parole à Hélène CARRERE. Pour nous expliquer, dans les établissements de santé, autour de la naissance, comment les professionnels de santé font pour repérer des situations de maltraitance ; comment elles agissent et comment des solutions sont trouvées pour éviter les situations, les anticiper et les prévenir.

Je vous laisse la parole, Hélène.

Hélène CARRERE, co-présidente du CIANE (cf. présentation) :

Bonjour, je vous remercie.

Nous sommes un collectif d'associations d'usagers. On participe parfois à des groupes de travail au sein des établissements de santé ou des réseaux de périnatalité.

CIANE signifie : collectif inter associatif autour de la naissance. Nous avons axé notre présentation autour des maltraitances dans le soin en nous appuyant sur notre expertise dans le domaine de la périnatalité.

L'idée, c'est de présenter l'expérience des usagers et ce que l'on peut mettre en place pour prévenir les cas de maltraitance, pour réparer quand on le peut et les mauvaises expériences que les femmes ont subies pendant leur période de grossesse, d'accouchement ou de post-partum.

Nous sommes une association agréée pour la représentation des usagers depuis 2008. On a fondé le CIANE en 2003 à l'occasion des États généraux de la naissance. Nous ne sommes que des bénévoles au service des usagers dans le cadre de la périnatalité.

On fait de l'information sur les conditions de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, dans les établissements de santé. On les représente en les accompagnant dans les établissements de santé, en cas recours par exemple.

On a constitué une expertise sur l'expérience des patients et le recueil de témoignages, la mise en place d'enquêtes à large échelle au niveau national. On fait aussi des formations en interne, dans l'esprit du compagnonnage.

On travaille aussi avec des institutions, au niveau local ou national, dans le débat politique. Par exemple, quand on discute de l'ouverture de l'offre de soins, de l'expérimentation des maisons de naissance, etc.

On participe à différents groupes de travail (HAS, DGOS) et on assiste à des formations dans les écoles de sage-femme ou pour les universitaires en formation continue.

Notre but, c'est de se former entre nous, de former les professionnels à la communication avec les usagers et être prêts à entendre les demandes. Et aussi, de porter les paroles des usagers auprès des pouvoirs publics.

Pour donner quelques exemples de ce que peut être la maltraitance dans le soin, dans le cadre de la périnatalité, j'ai repris quelques extraits de témoignages que nous avons reçus lors d'une enquête réalisée en 2012[2] sur le vécu de l'accouchement.

Nous avons eu jusqu'à 18 000 réponses, même plus.

[2] Enquête sur les accouchements, publié par le CIANE : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf

Cela nous a permis d'avoir une petite idée de comment était vécue cette période de la vie chez les femmes.

Quelques témoignages rapides qui concernent la prise en charge et ce qui a été vécu comme une maltraitance par les femmes durant l'accouchement.

Une dame dit qu'elle a eu une épisiotomie malgré son refus et sans réelles raisons médicales. On ne l'a pas écoutée et elle a signalé cette intervention.

Un deuxième témoignage : on a posé une péridurale à une dame qui l'avait demandée avec une dose qu'elle pouvait doser elle-même. Mais cela n'a pas été possible. L'anesthésiste a été désagréable, voire odieux. Il s'est moqué de ses choix.

Ensuite, quelqu'un qui dit qu'elle avait préparé un projet de naissance, on s'est moqué d'elle.

Et une autre qui a subi une pression abdominale. Ils sont montés sur son ventre pour faire descendre le bébé. Cela sert à ça, ce geste. Elle a eu très mal, elle a été choquée.

Donc des femmes qui ont eu des actes pour lesquels elles n'ont pas consenti, ou qu'elles ont refusés mais qu'on leur a imposés quand même.

On voit beaucoup d'infantilisation. La grossesse, l'accouchement, ce sont des périodes de vulnérabilité pour les femmes. Il y a la femme et le bébé. On a peur de mal faire, de mettre en danger la vie du bébé. C'est très difficile pour les femmes de refuser certains gestes, mêmes s'ils ne sont pas justifiés.

En l'occurrence, ce sont des femmes qui ont malgré tout réussi à refuser, mais à qui on les imposait quand même.

Il y a eu récemment une enquête nationale périnatale, et le rapport pour 2021 vient de sortir. Près de 12 % des femmes ont un très mauvais vécu de leur accouchement.

10 % disent qu'elles ont reçu des paroles ou des attitudes inappropriées, parfois des gestes inappropriés, que l'on n'a pas respecté leur consentement, qu'on ne leur a pas demandé.

L'enquête périnatale montre à plus de 50 % de femmes qui ont eu une épisiotomie sans leur avoir demandé l'autorisation.

Tous ces gestes, surtout quand ils sont associés à des pratiques non recommandées, sont vécu comme de la maltraitance.

Cela peut être des mauvaises pratiques, de la brutalité dans les gestes, le non-respect du recueil du consentement, le déni de la douleur.

On a eu des témoignages réguliers de femmes qui ont subi des césariennes à vif, le personnel expliquait que « ce n'était pas possible parce qu'elle avait une péridurale et ne pouvait pas ressentir la douleur ».

Le cas de la dame dont le personnel s'est assis sur le ventre, c'est hautement non recommandé, car cela peut laisser des séquelles. Pour la dame et pour le bébé. Ce sont des gestes violents difficiles à réparer.

Déjà dans les points essentiels que l'on peut mettre en place, c'est recenser la maltraitance, la documenter, informer les usagers, promouvoir la communication entre patients et soignants. Pouvoir réparer, reconnaître et sanctionner les violences et, évidemment, centrer l'obstétrique sur la patiente. Beaucoup de choses ont été faites depuis 2017, des groupes de travail ont été mis en place en interprofessionnel et avec les représentants des usagers.

Il y a des travaux avec des anesthésistes réanimateurs, avec la HAS, ainsi que, localement, nombre d'organismes qui ont organisé des séances autour de la bientraitance en gynécologie-obstétrique. Donc, il y a eu beaucoup de progrès. On en parle publiquement, ce qui se passe en salle d'accouchement n'est plus tabou.

Il y a d'ailleurs une série dans le journal Le Monde en ce moment sur la violence obstétricale, qui fait un bilan de l'historique.

M. Loïc JAMOTEAU, représentant des usagers au Centre hospitalier du Nord-Mayenne :

Dans le Cadre de la certification des établissements de santé, un audit des représentants des usagers est réalisé.

Dr Catherine DUCREUX, Conseillère municipale Prévention-Accessibilité, ville Sainte-Adresse :

Absolument, la formation a beaucoup de retard auprès des professionnels, des aidants, la maltraitance n'était pas enseignée.

Catherine SIMONIN :

J'ai une question, Hélène. Quand vous identifiez des situations de violence vécue comme de la violence, est-ce que vous leur indiquez les modalités pour poser des plaintes, accéder à une analyse dans les CDU ou aller en médiation ?

Hélène CARRERE :

Tout à fait. Cela peut aller jusqu'au civil en passant par la médiation, si la plainte est maintenue. Oui, on leur explique la marche à suivre, mais il faut le savoir et cela fait partie des difficultés mentionnées pour être transparent, les démarches de recours sont longues. J'ai l'exemple d'une dame qui a perdu sa vessie suite à une expression abdominale, mais il a été tranché qu'elle avait eu un accouchement normal, que les gynécologues avaient fait tout ce qu'il fallait. Et si sa vessie ne fonctionnait plus, c'est parce que l'accouchement peut parfois mal se passer. C'est un exemple. Il y en a d'autres, malheureusement.

C'est très difficile de faire reconnaître que les séquelles graves qui apparaissent après des prises en charge de cette sorte, c'est très difficile de faire reconnaître que c'est lié à de mauvaises pratiques.

J'ai terminé. Je vous remercie de m'avoir écouté.

Catherine SIMONIN :

Merci Hélène.

Nous donnons la parole à la troisième et dernière intervenante. Après, vous pourrez poser vos questions. C'est Danièle LANGLOYS qui est présidente d'AUTISME France. Elle a vous parlé de personnes en état de vulnérabilité et ce qu'elle rencontre comme difficultés dans la vie au quotidien. Et avec les aidants qui vivent des situations difficilement. Alors, que faire ?

Quelles sont les solutions ? Comment aller de l'avant pour améliorer les situations qui ne tiennent parfois à pas grand-chose pour que cela s'améliore ; mais parfois c'est un parcours du combattant.

Danièle LANGLOYS :

Merci, de m'avoir demandé d'intervenir dans ce webinaire en tant que représentant des droits des usagers. Le sujet de la maltraitance me tient particulièrement à cœur. Dans le domaine de compétence qui est le mien, les maltraitances sont malheureusement nombreuses. Elles sont rarement volontaires, je tiens à le dire, ce qui n'enlève rien à la gravité des situations, évidemment.

Je souhaiterais m'exprimer sur quatre points :

- le travail de la commission maltraitance ;
- l'absence de suite donnée à la définition de la maltraitance qui est maintenant inscrite dans la loi ;
- Les difficultés que rencontrent les usagers pour dénoncer les maltraitances. Dans le sanitaire, dans le social, médico-social... les difficultés sont transversales à tous les champs;
- et l'expression des usagers pour intervenir dans les champs que j'ai nommés.

Donc, je reviens sur ma participation à la commission maltraitance. Je suis très fière d'en être membre, d'avoir participé aux travaux, et au travail pour définir ce qu'est la maltraitance.

Je rappelle la définition : il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à ses droits ou à sa santé, et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance de soins ou d'accompagnement.

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leurs origines peuvent être individuelles, collectives ou institutionnelles. Les violences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein des situations.

Ce qui est important, c'est tout le travail d'éclairage qui a été fait à l'intérieur de la commission pour préciser tous les mots. Tous les mots sont importants dans la définition. Mais l'éclairage que l'on peut donner sur l'utilisation des mots est aussi essentiel.

La santé est citée. La relation du soin. La maltraitance institutionnelle est définie, c'est une avancée fondamentale. On y relèvera une institution en sous-effectifs peut devenir mal

traitante. Une politique de formation insuffisante ou inadaptée. Une absence d'organisation d'un circuit d'alerte. Un cadre de vie inadaptée, des incidences en matière d'hygiène, de santé ou de sécurité. Et un déséquilibre flagrant entre l'importance accordée aux impératifs collectifs et institutionnels au détriment du respect des libertés individuelles.

Le document a produit aussi des typologies classiques. Il y a les maltraitances physiques, sexuelles, psychologiques, matérielles et financières, les négligences, les abandons, les privations et les discriminations.

Le hasard a voulu qu'aujourd'hui le défenseur des droits nous ait proposé un séminaire sur le lien entre maltraitance et discrimination. C'était une riche journée pour moi.

Un certain nombre de ces points sont clairement importants dans le champ du handicap. Le droit à la santé n'est pas toujours effectif, loin de là, en particulier pour les passages à l'hôpital où est régulièrement dénoncé le fait que la prise en compte du handicap n'est pas prise en compte par méconnaissance. Nous militons pour que les personnes soient accompagnées et que l'accompagnement soit accepté. Ce souvent le cas, j'ai pu le vérifier moi-même pour mon fils récemment.

Les maltraitances physiques qui touchent les personnes les plus vulnérables, les autistes, les difficultés de polyhandicap. Les personnes sont très souvent victimes d'enfermement, la sur- ou sous-médication.

La non prise en compte des besoins éducatifs. C'est de la maltraitance. Et je passe aux recommandations de bonnes pratiques pour lesquelles nous nous battons, parce que c'est un moyen de faire reculer la maltraitance en expliquant comment on doit répondre.

L'action mise sur les maltraitances psychologiques destinées à favoriser les développements ou les relations de la personne. Je pense aux outils de communication. Là encore, c'est un combat constant de beaucoup d'associations pour les personnes qui ne s'expriment pas oralement, pour avoir accès à un outil de communication.

Le défaut d'adaptation de la prise en charge de la personne au regard de son diagnostic médical. C'est une négligence. Et je pense à tous les retards ou refus de diagnostic qui privent les personnes d'une aide essentielle.

Le lien entre juridique et maltraitance, c'est ce que nous a expliqué aujourd'hui un membre de l'équipe de la Défenseure des Droits.

Tous ces éléments sont d'une grande précision et infiniment précieux.

L'aboutissement de ce long travail a été la mise à disposition du contenu de son élaboration en mars 2021. À peine un mois plus tard, c'est un exploit, l'inscription de ce travail dans la loi du 7 février 2022 dite « de protection des enfants ».

C'est mon deuxième point. J'aime bien que ce qui a fait l'objet d'une diffusion dans la loi et qui est tout à fait remarquable, parce qu'en même temps, dans le code de santé publique de l'action sociale et des familles, figure maintenant la définition de la maltraitance. C'est une avancée fondamentale et conjointe. Je n'avais encore jamais vu traiter les deux champs en

même temps dans la même loi. C'est tout à fait remarquable, je tiens à remercier Alice pour le travail qu'elle a mené dans ce sens.

Maintenant, il faudrait des décrets d'application. Ils sont dans la loi, ils sont annoncés, mais pour le moment ils n'existent pas. On aimerait bien que le CNCPH soit saisi sur ces décrets pour que nous puissions contribuer à leur élaboration, et qu'il en soit de même dans le cadre de la santé publique qui devrait avoir un décret dans ce sens.

J'aimerais aussi dire à quel point il est difficile de dénoncer les maltraitances physiques, psychiques, éducatives... Dans tous les champs. La définition de la maltraitance est un concept essentiel. Exemple, la rétention, la sur-médication, le non-respect des bonnes pratiques, le non-respect du référentiel de la Haute autorité de santé pour les cellules de recueil, les informations préoccupantes dans le champ de l'aide sociale à l'enfance, qui conduisent à des signalements. Pour des personnes pour lesquelles on devrait simplement produire de l'aide afin qu'elles ne se retrouvent pas seules à affronter des situations compliquées.

Les ARS n'ont pas les moyens d'affronter directement la situation. Ce que j'ai pu constater avec désolation, c’est que les CDU ne sont pas connus. Dans le champ de la santé, il faut faire remonter le problème à la commission du droit des usagers, ce n'est pas connu ! Des gens ne savent même pas que cela existe.

Un gros problème de communication, là aussi.

Ce sont les associations d'usagers composées de bénévoles qui doivent souvent assurer. Donc s'il y avait une chose à demander, ce sera une plate-forme unique pour faire remonter toute la réclamation, pour qu'elle soit transparente et puisse, ensuite, faire l'objet une intervention des organismes concernés, parce que c'est trop compliqué pour l'usager de savoir quoi faire dans des situations qui relèvent de champs différents. Parfois, il faut saisir les deux. Une personne en situation de handicap peut avoir besoin de soins, y compris à l'hôpital psychiatrique. Cela peut devenir très compliqué.

Enfin, la parole des associations d'usagers n'est pas prise en compte. On leur dit que c'est trop compliqué pour répondre aux besoins et qu'il n'y a pas d'argent. La formation des professionnels aux différents types de maltraitance manque cruellement. Comme le disait le ministre : « on est rarement sciemment maltraitant ». On l'est parce qu'on n'est pas formé, ou dans l'urgence. Les parents peuvent être maltraitants.

Si j'avais une chose à dire, c'est qu'il est urgent de mettre en œuvre tout ce qui a été rédigé par la commission maltraitance.

Catherine SIMONIN :

Si vous avez une question, vous levez la main, on vous donne la parole. 2 ou 3 questions pas plus. Sinon, moi, j'ai une question, Danièle.

Penses-tu qu'il y a une amélioration de la prise de conscience ? Penses-tu qu'il y a des améliorations constatées aujourd'hui ?

Danièle LANGLOYS :

Oui tout à fait. Je pense aux personnes autistes. Il y a des avancées. Dans le champ sanitaire, c'est plus compliqué, c'est assez aléatoire. On peut compter sur des médecins extraordinaires, comme le chirurgien qui a opéré mon fils. Il était remarquable. Il n'avait pas compris ce qu'il fallait dire ou pas dire, mais en 10 secondes il a corrigé le tir.

Mais après, dans le cadre de l'accompagnement, au sein de l'établissement hospitalier, c'était nettement moins bien. Cela ne fait toujours pas partie des formations initiales. Si on veut être bien traitant, il faut être formé correctement. Être formé à toutes les situations que l'on peut rencontrer à l'hôpital. Certaines sont évidentes et d'autres ne le sont pas du tout parce qu'elles ne se voient pas au premier regard.

Catherine SIMONIN :

J'ai la même question pour Magali ASSOR. Depuis qu'il y a eu une prise de conscience de la maltraitance dans les situations repérées par les bénévoles des Petits frères des pauvres, est-ce que cette prise de conscience a déclenché une amélioration des situations ?

Magali ASSOR :

Je vais être plus mesurée. On parle plus facilement du sujet en interne et depuis de très nombreuses années. Mais est-ce que ça s'améliore ? Je crois à la formation mais ce n'est pas suffisant. Je ne pense pas qu'en allant 7 heures en formation, on modifie radicalement sa façon de voir. On se transforme quand on est confronté à une situation et quand on a l'appui, l'écoute et le soutien adapté. Quand on est touché par la situation, il y a quelque chose de très transformateur. Pour cela, il faut être accompagné et bien outillé. La formation de base est importante. Pour avoir formé 190 salariés en deux ans, sur le moment, c'est formidable. Mais après, c'est vraiment dans la durée que l'on peut voir si cela a transformé des manières de voir ou non.

Ce n'est pas simplement de s'arrêter sur l'acte de maltraitance, mais voir les conditions qui ont mené à cet acte-là et s'interroger soi-même sur ses représentations de la violence. C'est extrêmement ambitieux. Les avancées, oui, elles existent. Les situations nous remontent en interne, les messages passent. Mais cela nécessite beaucoup de temps, un savoir-faire et une vraie méthodologie pour accompagner les personnes témoins et victimes.

Danièle, je vous rejoins, il faudrait mettre tout ce qui est décrit dans la note d'orientation de la commission en pratique. On a besoin d'un soutien pluridisciplinaire pour venir en aide aux victimes, mais aussi à tout le maillage autour.

Catherine SIMONIN :

Je vais vous demander des réponses très courtes. Parce que nous avons des demandes d'intervention.

Tinhinan REFSI, Assistante qualité, Centre médical et pédagogique Beaulieu :

Je voudrais poser une question par rapport à l'identification des situations de maltraitance ordinaire. Je travaille dans un établissement de santé pour adolescents et jeunes adultes. Je voudrais savoir quelles sont les situations probables de maltraitance ordinaire chez cette jeune population ? Merci.

Catherine SIMONIN :

Je vais donner la parole à Hélène CARRERE, je pense qu'elle pourra répondre à cette question puisqu'elle est dans les établissements de santé.

Hélène CARRERE :

Je pense que dans ce cas-là, l'origine de la maltraitance, ça peut être de considérer les jeunes encore comme des enfants et de les infantiliser, de ne pas prendre en compte leur souhait, c'est-à-dire ne pas leur demander leur avis, ne pas recueillir leur consentement s'il faut faire des soins.

Ne pas les inclure dans le parcours de soins comme un partenaire de soins, mais comme un petit enfant qui n'a pas le droit à la parole. C'est un peu l'origine de la prise de décision.

Hélène JAROSZ, secrétariat général de la CNS :

Nous avons relevé les questions dans la discussion. Il y a une question pour Magali ASSOR au sujet des violences intrafamiliales. Madame Catherine DUCREUX s'interroge sur l'accompagnement comment et par qui.

Magali ASSOR :

On incite les équipes à rester présentes. À partir du moment où vous signalez, il va se passer un délai très long. Dans certains endroits, ça peut prendre un an avant qu'il ne se passe quelque chose ou avant que les personnes soient reçues au commissariat. C'est assez bouleversant pour elles. On souhaite que les équipes restent présentes auprès des personnes âgées pour les soutenir dans ces moments difficiles.

Sinon, il y a les relais avec les travailleurs sociaux, mais c'est des relais très ponctuels. La personne ne va pas leur téléphoner quand elle a des crises d'angoisse par exemple.

Nous sommes un relais aux besoins de parole. Il y a une capacité d'écoute et de rester présent. Même si on ne change pas l'équilibre de la situation à nous seuls.

Florence CHAPELLE :

Dans mon service, je suis très attentive à la bientraitance des patients mais également des professionnels. Le temps soignant ne permet pas toujours de consacrer assez de temps aux patients qui vont le vivre comme de la maltraitance. C'est assez difficile, en tant que cadre de santé, je dois beaucoup communiquer avec les uns et les autres. Parfois expliquer, écouter permet de répondre un peu mais pas toujours.

Catherine SIMONIN :

Une question pour Magali également. Est-ce que les bénévoles peuvent être en situation difficile ?

C'est-à-dire qu'ils découvrent une situation grave. Quelles sont les réactions dans une situation qui peut être traumatisante pour les bénévoles ?

Magali ASSOR :

Oui. Je pense à une bénévole qui a été elle-même victime de violences conjugales et qui a été témoin de violence sur une personne âgée en EHPAD. C'est très difficile de parler de ce qu'elle a vu. Il faut une grande délicatesse dans l'approche de ces situations et de la parole.

Nous tâchons de créer un espace d'écoute dans lequel les personnes se sentent extrêmement sécurisées, où elles pourront déposer un certain nombre de choses en confiance.

Nous faisons également le tri avec elle de ce qui pourra faire l'objet d'un signalement car il ne s'agit pas de confidences. Il y a des situations qui sont extrêmement difficiles.

Nous avons également mis en place des procédures internes dans l'hypothèse où un acteur interne serait à l'origine d'acte maltraitant. Tout le monde peut être maltraitant à un moment donné. L'objectif est de se rendre compte et de faire cesser la violence.

Catherine SIMONIN :

Êtes-vous amenés à signaler au procureur de la République des situations ?

Magali ASSOR :

Oui, surtout quand la situation est vraiment dégradée et souvent, on ne le fait pas seul. On travaille avec les travailleurs sociaux. Soit nous portons le signalement, soit ce sont eux, et nous le complétons au nom de la longue histoire partagée avec les personnes.

Catherine SIMONIN :

Je vais donner la parole à Hélène pour des questions du chat si elle en a au moins

Hélène JAROSZ :

Une deuxième est intervenue. "Dans les cas de maltraitance évoquée, les usagers ont-ils déposé des réclamations auprès des établissements de santé ? Nous nous apercevons que des témoignages sensibles et douloureux n'ont jamais été sauvés en l'absence de réclamation."

Hélène CARRERE :

Dans le cadre de recueils de larges témoignages, c'est difficile de savoir s'il y a des demandes de recours qui ont saisi le médiateur de santé. Par contre, toutes les femmes qui nous contactent directement, en général, on étudie avec elles leur dossier médical et on les accompagne dans la demande de rencontre avec le service hospitalier.

En général, oui. Les femmes qui nous contactent saisissent ensuite les établissements de santé, envoient des courriers et demandent... Parfois, elles se contentent d'envoyer un courrier, mais souvent, elles vont dans des associations d'usagers. Dans ce cas, les mauvaises expériences remontent auprès des établissements.

On leur conseille aussi de les déposer sur le site de l'ARS pour que ce soit centralisé et qu'ensuite ce soit de relayer vers les établissements concernés.

Hélène JAROSZ :

Pendant l'intervention de Madame Danièle Langloys, il y a une question : « Quels sont vos conseils pour développer une culture de la bientraitance pour la qualité de vie des personnes aidées et la qualité de vie au travail ? »

Danièle LANGLOYS :

La qualité de vie au travail, je suppose que c'est celle des professionnels. C'est aussi essentiel que la qualité de vie des personnes qui sont accueillies ou qui vont à l'hôpital ou chez le médecin.

La première chose due aux professionnels, c'est la formation. Un professionnel qui ne sait pas ce qu'il doit faire parce qu'il n'a jamais été formé à le faire et qui ne sait pas identifier le besoin et les évaluer correctement, il ne peut pas faire correctement son métier. Il risque d'être maltraitant.

Je ne connais aucun professionnel, à part des pervers, c'est rarissime, qui se sente bien quand ils savent qu'ils sont maltraitants dans leur travail, en particulier quand il est maltraité aussi. C'est fondamental si on veut faire progresser la situation des personnes en situation de handicap, quel que soit le champ. Il faut d'abord que les professionnels reçoivent la formation nécessaire pour qu'ils se sentent capables.

On est fier quand on sait qu'on est capable de faire quelque chose parce que l'on a la formation qui permet de le faire. C'est encore trop rarement le cas. Les professionnels acquièrent leur relation sur le temps grâce aux accompagnants, par exemple. Ils forment sur le tas.

Dans le champ médico-social, la difficulté est plus grande parce que les formations initiales des professionnels, en particulier du travail social, ignorent totalement le handicap.

Quand on parle de formations initiales, c'est totalement à côté de la plaque. C'est compliqué après de reformer les professionnels. On perd beaucoup de temps. Si on avait des intervenants qualifiés dès le départ, ce serait quand même plus simple.

Loïc JAMOTEAU, représentant des usagers, CH Ernée :

Je voulais faire part de mon expérience en tant que représentant des usagers. Dans certains hôpitaux, dans le cadre d'une opération programmée, pour les gens qui ont des handicaps peuvent, on envoie un dossier au préalable pour savoir la nature de leur handicap et comment ils se sentent pour bien préparer leur prise en charge et pour que quand le patient arrive à l'hôpital, ils soient dirigés directement par une personne ciblée qui l'accompagne pour éviter tous les problèmes.

Notamment aussi pour les soins dentaires, à la prise de rendez-vous, il y a systématiquement... Quand c'est un problème de handicap complexe, un dossier est envoyé pour bien préparer cette arrivée.

Deuxièmement, concernant les CDU, vous avez raison, en disant que les représentants des usagers sont très méconnus à l'intérieur d'un établissement. Malgré le clip vidéo qui a été fait par France Assos Santé, certains établissements ne le diffusent pas. On demande systématiquement à participer à beaucoup de réunions, CME, CMG, tout ça, pour être bien être informé de tout ce qu'il se passe sur l'activité et les problèmes de réclamation.

Pour les réclamations, on écrit à l'ARS, mais comme ça ne transite pas par la CDU, puisque ça passe par ARS direction d'établissement, c'est la navette qui se passe. En CDU, nous ne sommes pas informés.

Dans le cadre de la certification, avec des experts visiteurs, nous avons réussi, quand ils nous interrogent dans l'audit de systèmes de représentants des usagers à avoir une adresse mail qui s'appelle "représentants des usagers" pour qu'on puisse nous écrire directement, et qu'ils écrivent à la direction de l'hôpital en nous mettant en copie. Comme ça, on est sûr que les réclamations sont traitées. Quand on parle de maltraitance, à l'intérieur des réclamations, il y a aussi dans le corps de la lettre le manque d'empathie des médecins. Ça, c'est une forme de maltraitance aussi.

Hélène JAROSZ :

Il y a une question qui est intervenue pendant la présentation de Madame Danièle LANGLOYS. « La simulation pourrait être utile dans les facultés de médecine, car en cours de développement. Qu'en pensez-vous ? »

Danièle LANGLOYS :

Cela commence à exister dans certains hôpitaux, en particulier à Amiens. Nous avions invité le CHU d'Amiens à notre congrès l'année dernière. Ils sont venus présenter justement comment, grâce à l'assimilation en amont d'un soin, d'une opération, d'une échographie, parfois des choses très simples, mais très difficiles à faire accepter à des personnes non verbales, avec des difficultés sensorielles majeures, et vraiment, c'était remarquable, ce que l'on peut faire par ce biais pour dédramatiser les situations et permettre l'apprivoisement des soins.

Hélène JAROSZ :

La question est intervenue pendant la table ronde. Amani HALIDI (responsable de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE976), Conseil départemental de Mayotte) demande : « Concernant les violences intrafamiliales, qu'en est-il des parents maltraitants ? La non-déchéance de l'autorité parentale dans certaines situations et même l'obligation de maintenir des liens parents-enfants, qu'en est-il ? »

Catherine SIMONIN :

C'est peut-être Magali qui est mieux armée pour répondre ?

Magali ASSOR :

Oui et non. J'interviens sur la question des maltraitances envers les personnes âgées. En revanche, ce qui ressort des histoires de vie, pas de façon systématique mais très souvent, c'est que la violence est connue très tôt dans le parcours de vie. La personne a vécu très tôt dans un climat de violence qui a parfois existé dans l'enfance ou l'adolescence et qui se poursuit.

On retrouve parfois des boucles comme ça dans les histoires de vie. Concernant spécifiquement les parents maltraitants, il s'agit là de la protection de l'enfance et ce n'est pas mon domaine d'expertise.

Catherine SIMONIN :

Merci à tous les intervenants de cette table ronde. Nous avons vu le côté des usagers. Je redonne la parole à Emmanuel pour la suite de la prochaine table ronde qui nous attend.

2nde table-ronde : Les cherches face aux phénomènes de maltraitance

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup. On pourra reprendre d'autres questions. On a divisé ce webinaire en deux parties. Paroles de citoyens et paroles de chercheurs. On voit bien que l'on a souvent besoin

de tricoter l'un et l'autre. On voit bien aussi que les citoyens et les associations de représentants d'usagers ou d'associations intervenant dans ce champ s'appuient aussi sur des données probantes et des données qui sont issues des travaux scientifiques.

On pourra revenir sur ce point tout à l'heure aussi peut-être.

J'accueille deux intervenants, Monsieur Christopher MIKTON de l'Organisation mondiale de la santé qui va aborder dans sa dimension un peu internationale les éléments de connaissance et de savoir autour de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et la façon dont on peut faire de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une priorité mondiale. Ce sera notre premier intervenant.

Ensuite, nous accueillerons Martine BALENÇON du centre hospitalier universitaire de Rennes, pédiatre et œuvrant dans le domaine de la pédiatrie et du médicolégal et qui nous évoquera comment on peut construire de la connaissance et de l'action dans ce champ particulier.

Je vais céder la parole à Christopher MIKTON. Merci beaucoup de votre présence, Christopher, et merci pour votre intervention sur la question de la maltraitance des personnes âgées dans le cadre d'une priorité mondiale.

Christopher MIKTON (cf. présentation) :

Bonjour à tout le monde. Moi, je vais vous parler des efforts que nous avons entamés à l'OMS pour faire de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une plus grande priorité mondiale.

Je vais commencer par vous faire un petit rappel de quelques faits. L'OMS estime qu'à peu près 1 personne âgée de 60 ans et plus sur 6 est victime chaque année de maltraitance.

Dans les institutions telles que les établissements de soins, le taux de violence à l'égard des personnes âgées semble être encore plus élevé.

Compte tenu du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays du monde, les maltraitances devraient augmenter. On estime que d'ici 2050, la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait doubler en passant de 1 milliard en 2019 à 2,1 milliards en 2050.

La maltraitance des personnes âgées peut avoir des conséquences graves, notamment des décès prématurés, des lésions corporelles, de la dépression, d'autres problèmes psychologiques, un déclin cognitif et le placement dans un établissement de soins à longue durée.

Pourtant, malgré l'ampleur du problème et sa gravité, la maltraitance des personnes âgées reste au pied de la liste des priorités mondiales. Elle reçoit un peu d'attention de la part des organisations internationales et des organisations nationales, des gouvernements mais très peu de ressources. La décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé, qui date de 2021 et qui va jusqu'à 2030, offre une occasion unique pour accroître l'attention consacrée à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

C'est le fruit d'une collaboration mondiale entre le gouvernement, la société civile, les organismes internationaux, les professionnels, les médias et le secteur privé en vue d'améliorer la vie des personnes âgées et des communautés dans lesquelles elles évoluent.

On s'est donné comme objectif, dans le cadre de cette décennie, de faire de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une plus grande priorité mondiale.

Dans ce but, nous avons commencé par faire une étude pour mieux comprendre les facteurs qui expliquent la faible priorité donnée à la maltraitance des personnes âgées dans le monde. On a utilisé une méthode rigoureuse éprouvée qui implique une revue systématique de la littérature et 26 entretiens avec des informateurs clés.

Les facteurs les plus importants que l'on a identifiés sont les huit suivants :

- Premier facteur, le problème est intrinsèquement complexe en raison, par exemple, des nombreux types de maltraitances subies par les personnes âgées et de leurs différences en fonction des cultures;
- Deuxième facteur, l'âgisme. C'est considéré comme la principale raison du faible degré de priorité de la maltraitance des personnes âgées, mais aussi comme un facteur de risque majeur de la maltraitance des personnes âgées;
- Troisième facteur qui explique cette faible priorité donnée au problème, c'est tout simplement que peu de personnes sont au courant des estimations et de l'ampleur du phénomène. On parle d'une personne sur six. Il y a aussi certains doutes qui ont été émis sur la validité de ces estimations;
- Quatrième facteur, à l'heure actuelle, presque aucune intervention ne s'est révélée efficace lors d'évaluations. Dans ce domaine, aucune intervention ne peut être vraiment prouvée comme étant efficace;
- La conjoncture et les processus politiques dont on aurait pu tirer avantage
    - tels que les objectifs de développement durable à l’horizon 2030 et
    - la pandémie de COVID-19
        - n’ont pas été suffisamment exploités
- ;
- Sixième facteur, il est souvent difficile de parvenir à une définition du problème et une compréhension commune de la maltraitance des personnes âgées et des solutions à ce problème ;

- Septième facteur, résoudre le problème de leadership organisationnel et individuel qui doit être renforcé par une meilleure coordination des différents acteurs dans le domaine par des réseaux plus cohérents et un meilleur financement ;
- Dernier facteur identifié et dont je vais parler ce soir, c'est qu'il y a peu d'alliances qui aient été établies avec d'autres sujets tels que l'âgisme, le handicap ou la démence. Vous pouvez retrouver l'article où on a publié les résultats de cette étude en ligne[3].

Après, nous avons fait un exercice d'établissement des priorités pour lutter contre la maltraitance dans le cadre de la décennie pour le vieillissement en bonne santé.

Cet exercice d'établissement des priorités s'est appuyé sur cette étude dont je viens de parler, les facteurs qui expliquent une faible priorité de la maltraitance des personnes âgées, et cela s'est aussi appuyé sur une carte des preuves et des lacunes des données factuelles.

On a répertorié toutes les études dans différentes langues que l'on a trouvées sur la prévalence du problème, sur les conséquences, sur les facteurs de risque et de protection ainsi que les interventions « Prévenir, détecter et répondre aux maltraitances des personnes âgées ».

Cet exercice a réuni une cinquantaine d'experts et de parties prenantes. Cela a débouché sur l'identification de cinq priorités que vous pouvez voir ici.

Vous les trouverez aussi dans la publication « Tackling abuse of older people : five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030) »[4], qui sera bientôt disponible en français. Nous l'avons traduite. Elle va être mise sur le site Web de ces prochains jours.

La première priorité que l'on a identifiée, c'est combattre l'âgisme. L'âgisme constitue l'une des principales raisons de la faible priorité mondiale de la maltraitance contre les personnes âgées. On a proposé quelques mesures pour combattre l'âgisme.

La première est de contribuer à la campagne mondiale contre l'âgisme qui a été soutenue par plusieurs États membres. La deuxième mesure, c'est de mettre l'accent sur le lien entre l'âgisme et la maltraitance des personnes âgées à l'intérieur de cette campagne mondiale, et troisième mesure, de mener davantage de recherche sur le lien entre l'âgisme et la maltraitance des personnes âgées.

[3] "Factors shaping the global political priority of addressing elder abuse: a qualitative policy analysis." (2022) Mikton, Christopher et al. The Lancet Healthy Longevity, Volume 3, Issue 8, e531 - e539. DOI : https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00143-X

[4] Tackling abuse of older people : five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030) : https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550

La deuxième priorité, c'est de générer des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur la prévalence et sur les facteurs de risque et les facteurs de protection de la maltraitance des personnes âgées.

Il existe peu de données fiables sur la maltraitance des personnes âgées, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire et dans les institutions. La compréhension de la prévalence est primordiale pour pouvoir communiquer l'ampleur du problème.

Les mesures que l'on est en train de prendre pour essayer de générer plus de données dans ce domaine, c'est de développer une nouvelle échelle pour mesurer la maltraitance des personnes âgées de façon plus fiable. On fait ça avec une équipe à l'université de Kuala Lumpur en Malaisie.

Dans un deuxième temps, on va faire des enquêtes nationales sur la prévalence de la maltraitance des personnes âgées et les facteurs de risque et de protection en utilisant cette nouvelle mesure pour pouvoir générer des estimations plus fiables.

Troisième priorité, développer et mettre en œuvre à grande échelle des solutions efficaces et des solutions qui sont aussi rentables. À l'heure actuelle, comme je l'ai évoqué tout à l'heure, il n'y a presque aucune solution efficace qui a été étayée par des données probantes issues d'études de haute qualité. Les mesures que l'on est en train de prendre dans ce domaine, c'est la création de ce que l'on appelle un accélérateur d'interventions pour développer des solutions efficaces.

Cet accélérateur est composé d'un réseau mondial de développeurs d'interventions, d'évaluateurs et de responsable de la mise en œuvre de ces interventions. On fait ça avec un réseau de sept ou huit universités dans différents pays du monde pour l'instant.

La quatrième priorité, c'est vraiment de faire un plaidoyer d'investissement. Il y a une pénurie de données sur la maltraitance et le rapport coûts/efficacité des solutions nécessaires pour justifier un investissement dans ce domaine.

Il est essentiel de présenter les arguments en faveur de l'investissement pour accroître la priorité mondiale de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et pour recueillir plus de fonds.

La cinquième priorité est de recueillir des fonds. Il existe un large consensus qui dit que le domaine des personnes âgées est sous-financé. Il est nécessaire d'améliorer la compréhension, d'élaborer et de mettre en œuvre des solutions efficaces et sensibiliser davantage au problème.

Nous sommes en train de nous efforcer de trouver des fonds auprès des gouvernements et des fondations pour mener à bien ce travail.

Voilà un bref survol de la façon dont on essaie de faire de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une plus grande priorité mondiale. Je vous remercie de votre attention. Je vais arrêter de partager.

Amani HALIDI, Responsable de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE976), Conseil Départemental de Mayotte :

L'activisme des professionnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est aussi un facteur de risques à prendre en considération dans la maltraitance sur la personne âgée car malgré la formation, lorsque l'action prime sur la réflexion, peut être pathologique et source de maltraitance.

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup, Christopher, pour cette présentation très claire. J'ai quelques questions en tête. Je vais d'abord laisser la parole à notre deuxième intervenante.

Si elle m'entend bien, le Dr Martine BALENÇON du centre hospitalier universitaire de Rennes, sur la construction de la connaissance et de l'action en pédiatrie médicolégale.

On est sur un sujet très différent, mais en même temps, vous nous avez dit, Christopher, que l'on avait peu de données probantes et scientifiquement établies sur des actions efficaces. Nous sommes là aussi dans la question de la construction de la connaissance sur un autre sujet autour de la pédiatrie. Je laisse la parole à Martine BALENÇON.

Dr Martine BALENÇON (cf. présentation) :

Merci à l'ensemble de l'équipe de la CNS pour sons accueil.

Je partage beaucoup de choses que les intervenants précédents ont pu dire. Toutefois, le focus qui est le mien aujourd'hui est comment peut-on construire de la connaissance et de l'action en pédiatrie médicolégale et particulièrement sur la prise en charge des maltraitance - de la prévention à l’expertise.

Certains des orateurs ont dit qu'ils fallaient dénoncer la maltraitance Mais, dénoncer, c'est repérer. Repérer des violences sur les enfants et les adolescents, c’est aussi se heurter à une chose très importante et très puissante : le déni et la dénégation des professionnels de santé et de l'entourage.

Pour voir les situations de violence sur mineur, il est extrêmement important d'être plusieurs. Une autre intervenante a parlé de l'impact que ces phénomènes de violence et de maltraitances vont avoir sur nous. Je partage ces points !

Si on fait un état des lieux, il est vrai que l'expérience et l'action que l'on a pu mettre en place en pédiatrie médicolégale a été un long chemin, probablement parce qu’il s’agit d’un

sujet difficile et qu'il est inconfortable d'en parler. C'est un chemin qui, à certains moments, convoquer l'intime.

Avec une dizaine de collègues, pédiatres, légistes ou titulaires de cette double spécialisation, ces réflexions et ces échanges ont abouti à la création de la société française de pédiatrie médicolégale qui est désormais présente comme acteur et interlocuteur sur ce sujet du côté de la santé au sens de la définition de l'OMS des enfants et des adolescents.

Le chemin de la reconnaissance médicale du sujet des violences chez les mineurs commence il y a fort longtemps. Toutefois, bon nombre de ces travaux a été sous-estimé, relégué…. Il y a eu des travaux pour la mise en évidence de violences et les différents types de violences : A. Tardieux, F. Silverman, J. Caffey, H. Kempe, S. Tomkiewicz…, qui se sont heurtés en particulier à l'impossibilité de concevoir ce sujet. L'émergence de la médecine d'organe a rendu difficile aussi probablement cette vision intégrée de la santé des enfants.

Au fil du temps, on s'est aperçu que certains croisements étaient difficiles à faire. Dans ce contexte, il devenait extrêmement important de travailler en partenariat pour accompagner les enfants-de la prévention jusqu'à l'expertise.

On sait depuis les travaux menés à la fin du XXe siècle combien les situations de maltraitance, de danger et de violence sont un risque majeur sur l'évolution des enfants en particulier sur leur santé physique, psychique et sociale et peut conférer une grande vulnérabilité.

Par rapport à l'enfance, il y a une particularité très forte, celle de croissance et du développement. Le propos est ici positif et plein d'espoir. On peut subir des violences et aller mal. Toutefois, on sait aussi que ce n'est pas une fatalité et que les enfants et les adolescents, malgré la vulnérabilité que confèrent les violences subies, peuvent aussi aller bien. Il est donc essentiel d'avoir une culture de la salutogénèse. Quels sont les facteurs dans ces situations dramatiques qui vont faire que les enfants vont aller bien ? Les premières clefs sont celles d'un repérage précoce et d'un accompagnement de qualité dans un prendre soin dès la première rencontre. C'est important de repérer ces facteurs positifs qui permettront aux enfants de se reconstruire malgré ces événements négatifs.

Le contexte est singulier : 15 % des enfants seraient victimes de maltraitances. Par rapport aux personnes âgées, ils sont vulnérables du fait de leur minorité, mais aussi du fait du huis clos dans lequel ils subissent ces violences. Le parent devrait être protecteur mais, là, ça n'est pas le cas.

Comment s'est inscrit la pédiatrie médicolégale dans le panorama médical qu'il occupe désormais ?

Ce qui a fait réagir collectivement les 10 membres fondateurs de cette société savante, c'était d'être parfois spectateurs de situations de violences qui pouvaient-être sous-estimées en protection de l'enfance ou traitées de façon morcelée.

Nous nous sommes dit alors qu'il était très important de se mettre à l'œuvre collectivement en santé. De se mettre en ordre de marche pour mettre en commun nos savoirs pluriels complémentaires et d'être centrés sur les mineurs dans notre pratique médicale. Nous avons réfléchi à ce que les enfants et les adolescents pouvaient attendre des praticiens que nous étions.

Nous avions chacun une partie des savoirs académique que l'on a mis en commun et en lien pour effectuer un repérage, des soins, des constats, des transmissions de grande qualité dans le respect de l'éthique et de la forme judiciaire notamment. Nous avons réalisé collectivement que ce sont ces liens qui allaient soigner et prendre soin des enfants et adolescents que nous rencontrions. Il y a eu aussi l'idée forte de devoir inscrire cette dynamique dans un parcours en santé. C'est tout le symbole de cette médecine, de cette pédiatrie générale qui entoure les enfants en danger et qui va être aussi de la pédiatrie pour répondre aux besoins en santé des enfants et adolescents victimes : besoins universels - spécifiques, particuliers aux besoins générés par la prise en charge en protection de l'enfance.

Les perspectives en santé sont toujours les mêmes. On part du mineur et on doit à chaque fois réfléchir sur 3 points Pour chacun de ces items, il faut connaître l'expression clinique de la violence chez le mineur et les modalités de transmission tant sur le plan médical qu'administratif ou judiciaire pour tisser des liens de qualité.

Le soin : Est-ce que ce mineur que l'on rencontre a besoin de soins ? si oui lesquels ? Comment on va pouvoir l'accompagner ? Quel maillon est-on dans la chaine du prendre soin ? Comment avoir une attitude permanente de prendre soin pour ces mineurs victimes ?

La protection : comment va on pouvoir le protéger au regard de ces situations de violences subies suspectées et de la vulnérabilité qu'elles leur confèrent ? Qu'est-ce qui se passe entre le moment où on signale et le moment où le mineur rentre à son domicile ? Protéger, peut être signaler, hospitaliser, suivre… ?

Le constat et l'évaluation : Il y a un enjeu fort. Si on veut que les choses soient portées sur le volet judiciaire, il nous faut être très bons dans l'évaluation de ces situations et en constat. Ce qui est connexe à l'évaluation et aux constats et d'améliorer la sémiologie de la clinique de la violence pour tous les acteurs. Cela permet de voir, d'identifier, de reporter dans un dossier, d'orienter, de préserver des éléments qui vont être utiles à la procédure judiciaire…

Au-delà de ces trois axes, il y a les liens avec le mineur et sa famille.

On a l'habitude, quand il s'agit de situations en santé, de parler du colloque singulier entre un malade et son praticien. La relation est particulière en pédiatrie : Il y a la présence des parents. Il s'agit donc d'un trio dont la géométrie est variable en fonction de l'âge de l'enfant, de son discernement et de sa volonté de traiter seul les sujets de santé qui le concerne. Le ou les parents dans les situations de maltraitance que l'on rencontre ont pu aussi être à l'origine des violences. Cela leur(s) confère une place singulière.

Il est très important d'avoir en tête cette triangulation qui va devenir une quadrangulation avec l'intervention des services administratifs et/ou judiciaires de protection de l'enfance. Ce point peut donner l'impression de remettre en question la place des familles. C'est la raison pour laquelle, en équipe, il va falloir composer avec ces difficultés avec agilité en préservant avant tout l'intérêt supérieur de l'enfant dans une grande loyauté envers les mineurs et aussi les échanges avec les parents dans la mesure du possible.

Il va falloir s'appuyer très fort sur le savoir expérientiel pour améliorer nos pratiques. Mais la particularité de l'enfance en danger, c'est que nous n'avons pas de parents d'enfants qui disent qu'ils ont maltraité leurs enfants et qu'il faudrait, au regard de leur expérience prendre en charge leurs enfants correctement en santé en améliorant tel ou tel point. Le savoir expérientiel est plutôt porté par des parents qui se disent accuser à tort de maltraiter leurs enfants et qui sont dans une posture de clivage à l'égard des soignants.

C'est la raison pour laquelle, il nous faut en ce sens s'appuyer sur le savoir expérientiel d'enfants et d'adolescents victimes.

Une fois le repérage fait, il nous faut penser en s'appuyant sur un trépied soins, constat et protection. Celui-ci se retrouve à toutes les étapes : de la prévention à l'expertise. Il est essentiel à chaque étape de penser aussi le prendre soin de l'enfant.

Par ailleurs, il est essentiel d'avoir en tête le caractère gigogne des situations de violences : Par exemple, lorsqu'on rencontre une situation de violence sexuelle, il faut aller chercher les autres types de violence.

Dans les parcours en santé dans lesquels on s'inscrit dans la pratique, il nous faudra avoir cette veille à chaque instant et être aussi acteur de la prévention de situations de violences connexes.

Grâce à cette culture du lien et de la transversalité, la pédiatrie médicolégale s'intègre à chaque phase du parcours des mineurs victimes. Cette prise en charge porte sur la santé physique psychique et sociale. Il est essentiel de ne pas dissocier les axes de la santé (santé physique- santé psychique, constat-soin) sauf à morceler les enfants et adolescents. C'est aux professionnels de se mobiliser pour servir les mineurs victimes et leur santé en réfléchissant leurs articulations.

Dans ces situations médicales fortes, on a une équation pédiatrique complexe. Nous nous sommes appuyés pour généraliser ceci sur une équation criminelle. Dans les situations de passage à l'acte nous retrouvons : l'auteur (qui est un ou les parents le plus fréquemment), la victime (enfants et adolescents vulnérables du fait de leur minorité) et les circonstances (la répétition et le caractère intrafamilial en font une partie de la gravité). Équation criminologique pédiatrique : Auteur(s) + Circonstances+ Victime (âge de survenue des faits)+ Croissance / évolution psychomotrice / ressources = EXPRESSION DU TRAUMATISME DES MINEURS

La particularité chez les mineurs c'est qu'ils vont grandir et évoluer. Ce potentiel est un élément extrêmement positif et qui doit compter dans cette équation. La croissance et l'évolution psychomotrice vont pouvoir être vraiment présentes et à la manœuvre. Elles permettent de faire un travail en santé pour que ces enfants aillent mieux et que l'impact du traumatisme soit plus modéré.

Fort de ces constats nous avons souhaité mettre en collaboration, pédiatres et légistes, pour faire valoir la nécessité de parcours pour la prise en charge des situations de violence.

Nous avions la volonté que les prises en charge et les soins soient pensés dans une dynamique de concertation et de continuum : les professionnels au service des enfants et des adolescents victimes dans un lieu de soins dédié et protecteur.

Les violences sont des situations qui conduisent au morcellement des victimes. Il est incontournable que les professionnels qui les prennent en charge ne soient pas en miroir de ce clivage. C'est toutefois un vrai défi. Les enfants doivent être sujet de soins et non objet de telle ou telle procédure. L'enjeu de leur prise en charge est d'introduire un prendre soin constant, de dispenser des soins adaptés, de remettre au centre des échanges altérité et souplesse. Il faut que les professionnels convergent vers les mineurs.

J'ai entendu tout à l'heure la question de la formation. Bien sûr, il faut former de façon très forte les médecins à la clinique de la violence. Bien sûr, il faut effectivement utiliser la simulation qui est un formidable outil. Nous avons publié un papier récent sur ce travail pour qu'effectivement, l'annonce des situations de danger qui nous mettent tant à mal puissent être mieux appréhender.

L'enjeu de la formation est aussi de mettre les violences et leurs conséquences dans le spectre de la santé. C'est professionnaliser leur prise en charge par le monde de la santé de la place des victimes.

L'idée du travail que l'on a pu faire lors du mandat d'Adrien TAQUET et que l'on va poursuivre avec le cabinet de Charlotte CAUBEL, c'est effectivement de pouvoir consolider la création des unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED), des équipes

pédiatriques régionales référentes enfance en danger (EPRRED) et structurer les parcours en santé.

La problématique pour la visualisation des violences, c'est l'isolement, la solitude. Même les praticiens les plus aguerris peuvent être confronté au déni, à la sidération…. Il est finalement plus facile de ne pas voir. Ces unités et ces équipes pédiatriques réunissent les acteurs porteur d'une expertise comme on le fait pour d'autre problème de santé (cancer, maladies rares, diabète…). C'est la force du collectif pour voir. C'est aussi penser en terme de parcours et de recourt.

La prise de conscience de la possibilité de conséquences graves sur la santé – au-delà du retentissement psychique, mais aussi en terme de santé physique et sociale - de ces situations de violences en particulier intrafamiliales peuvent permettre aux professionnels de santé de se saisir de ce sujet.

Au quotidien, notre premier ennemi, c'est nous-mêmes. On doit faire face à un grand déni et une sidération importante.

La solution est d'aborder le parcours et de ne pas rester seul. Entre professionnels, on sera parfois en désaccord. On voit bien que le sujet nous agite. Quand on est à hauteur d'enfant, on peut peut-être réussir à mieux parler, mieux échanger entre professionnels. Une des solutions est de pouvoir penser la prise en charge de la place de l'enfant pour construire un parcours en santé avec comme seule boussole son intérêt supérieur.

En outre, le désaccord doit, à notre sens, être intégré à la clinique de la violence. Il doit être perçu, surtout quand il est profond et génère de l'animosité, comme un signe clinique de gravité des situations. Les liens interprofessionnels sont alors à l'épreuve de la violence, la violence les contamine. Or, ce sont ces liens et la qualité de ceux-ci qui soignent les enfants en danger.

Les liens interprofessionnels et interinstitutionnels seront à travailler et à ajuster sur les territoires. La supervision prend ici tout son sens.

On voit bien la différence entre ceux qui repèrent, ceux qui signalent, ceux qui seront à la manœuvre quotidiennement auprès des enfants, ceux qui vont expertiser…. Chaque soignant a une place auprès des enfants et adolescents victimes de prendre-soin tout en restant dans le rôle que lui impose la situation au moment de cette rencontre médicale.

Sur le plan de la prise en charge en santé, un centre hospitalier fera un travail complémentaire des professionnels des territoires. **Ces pratiques et ces soins gradués** sont tout aussi nécessaires que complémentaires.

Les enfants, en situation de violences en particulier intrafamiliales doivent être pris en charge dans des lieux de soins pédiatriques (dédiés à l'enfant et à sa santé). C'est ce que

nous nommons comme étant **des soins et prise en charge protégés**. C'est au professionnel de se déplacer au service de l'enfant et non pas à l'enfant de se déplacer pour créer son parcours de soin. Les professionnels accompagneront l'enfant et sa famille le cas échéant vers des soins protégés

Les parcours des enfants victimes de violences vont aussi souvent passés par l'audition judiciaire et un éventuel examen médicolégal. Il paraît essentiel que celui-ci soit réalisé par des professionnels formés en médecine légale afin d'assurer un constat de qualité et exploitable pour la justice. Toutefois, il sera fait au mieux à 4 mains (pédiatre et médecin légiste) et le prendre soin autour de cette prise en charge permet **des soins intégrés dès la première rencontre** malgré le cadre judiciaire de ces examens. La justice des mineurs est une justice spécialisée. Leur parcours en santé doit aussi l'être.

Nous souhaitons souligner combien la présence des spécialistes de médecine légale dans les UAPED, permet aussi aux professionnels du soin de penser la violence dans leurs pratiques.

La création de la SFPLM et l'émergence de la pédiatrie médico-légale est un chemin que l'on a fait collectivement et qui ne fait que débuter. La CNS me donne l'occasion de remercier vivement mes collègues du conseil d'administration et les membres fondateurs de la Société française de pédiatrie médicolégale. Je pense que l'on a fait un grand chemin ensemble. J'espère que l'on va continuer au service des enfants.

Fatiha LABANI, Chargée de mission qualité personnes âgées domicile, La Croix-Rouge française :

Ça fait du bien de voir autant de travaux et de réflexion sur la maltraitance et la lutte contre celle-ci, mon mémoire de master a porté cette année sur ce sujet auprès des personnes âgées si sensible et d'actualité. Un webinaire riche. J'aurais aimé travailler avec madame Alice CASAGRANDE. Merci pour cette richesse de réflexions.

J'ai été également soignante et aussi victime de maltraitance. Le signalement et la déclaration des événements indésirables doivent être mises en avant, une prévention qui doit être comprise et expliquée aux soignants car ils sont pour la plupart les premiers pouvant repérer les actes de maltraitance.

Dr Catherine DUCREUX, conseillère municipale sur la prévention - accessibilité, Conseil municipal de Sainte-Adresse :

Merci beaucoup d'insister sur la professionnalisation de la maltraitance et bravo pour votre travail à Rennes, ne pas être seul. Une question, l'hospitalisation est-elle à préconiser dans les situations complexes ou de grand doute ?

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup de cette présentation très claire.

Peut-être que quelques questions s'ajoutent dans le chat. N'hésitez pas à poser vos questions. On va plutôt prendre cela pour relayer vos questions. J'avais deux questions de compréhension.

Une pour Christopher et une pour Martine. Pour Christopher, vous nous dites qu'on est assez démunis scientifiquement sur l'identification d'actions efficaces autour de la maltraitance des personnes âgées.

De ce fait, je me disais : est-ce que finalement, nous ne sommes pas plutôt dans une priorité de recherche, à ce moment-là, plutôt qu'une priorité de santé publique ?

C'était la question pour Christopher.

Et puis, j'avais la question pour Martine qui est aussi une question de compréhension peut-être, dans votre diaporama, vous avez dit à un moment "que la neutralité n'était pas l'impartialité". Pourriez-vous nous en dire un mot ?

Christopher, sur la question, « si on est démuni en termes d'actions efficaces, est-ce que la première priorité ne serait pas de faire de la recherche » ?

Christopher MIKTON :

Tout à fait. C'est la raison pour laquelle nous avons fait du développement pour identifier des interventions qui sont efficaces. C'est une des priorités. C'est pourquoi on a créé ce réseau. On appelait un accélérateur d'intervention pour pouvoir identifier, évaluer et développer des interventions efficaces.

Pas de doute que c'est la priorité. En même temps, il faut continuer à agir. On ne peut pas ne rien faire face à une situation de maltraitance.

On essaye donc de sélectionner les interventions les plus prometteuses. On essaye de les évaluer aussi souvent que possible et d'évaluer de façon rigoureuse. Vous avez raison, mais il faut bien continuer à agir et à réagir sur le terrain.

Emmanuelle Rusch :

Merci beaucoup. Martine ? Sur la neutralité et l'impartialité ?

Dr Martine BALENÇON :

Il est admis qu’un expert qui répond à une mission judiciaire doit être neutre, compétent et diligent.

L’expert ne doit pas prendre parti. Mais, on ne peut pas être neutre vis-à-vis d'un enfant en danger ! On doit toujours se poser la question de sa protection et être dans une posture de prendre soin.

On doit toujours présumer que les enfants rencontrés dans les services dans lesquels nous travaillons ont, par défaut, besoin de soins et de protection.

L'impartialité affirme l’absence de parti-pris pour l’un des acteurs de la procédure mais autorise à se poser la question de la protection des mineurs et du prendre soin.

On est impartial parce que l'on va réussir à répondre à une question qui va être celle de la justice, on va réussir à faire un rapport judiciaire avec professionnalisme et rigeur. En revanche, on aura pris le parti de l'enfant et de son intérêt, on aura pris le temps d’évaluer le besoin de soins connexes ou de protection. Je pense que c'est très important. Très important.

Hélène JAROSZ :

Il y a eu trois questions pendant l'intervention de Monsieur Mikton. La première question, de Luce WOLBERT : « Avec les disparités, comment l'OMS peut-elle espérer en faire un combat mondial ? »

Christopher MIKTON :

Vous savez, dans tous les domaines dans lesquels on travaille, c'est toujours un problème.

J'ai travaillé dans la prévention contre la violence des enfants, la santé mentale, c'est toujours un problème. On essaye de les prendre en compte autant que possible, dans les mesures des différents problèmes, dans les interventions que l'on développe.

On essaie de les adapter aux spécificités culturelles, mais on essaye aussi de trouver des dénominateurs communs qui permettront de formuler les politiques, des approches qui soient valables au niveau global. C'est toujours une sorte d'équilibre entre ce qui est universel et ce qui est culturellement spécifique.

Hélène JAROSZ :

Deuxième question pour Monsieur Mikton, posé par **Pascal LE BIHANIC**, consultant formateur et membre de la FNAPAEF. « Peut-on considérer la part du PIB consacré aux politiques vieillesses comme indicateur de maltraitance ? Si oui, existe-t-il des comparateurs fiables ? Je veux parler de référence d'études européennes et internationales. »

Christopher MIKTON :

Si on définit la maltraitance de la façon la plus large possible, peut-être. Est-ce qu'il y a une corrélation entre une petite part du PIB consacrée aux personnes âgées et aux taux de maltraitance dans différents pays ? C'est une question empirique. Je ne crois pas que je connaisse la réponse.

Hélène JAROSZ :

Encore une question. Morad MAIBECHE, chef de service du foyer d'hébergement de Beauchastel, demande : « Concrètement, qu'est-ce qui est mis en place pour lutter contre l'âgisme en institution ? »

Christopher MIKTON :

On a publié un rapport récemment - le Rapport mondial sur l'âgisme[5] - et on a identifié trois approches qui semblaient efficaces. La première, c'était les lois, les politiques, les règlements, souvent ceux que l'on peut mettre en œuvre dans les institutions.

C'est peut-être une approche prometteuse. Mais les autres approches qui semblaient marcher, c'était l'éducation, les approches pédagogiques, éducatives. La troisième approche, c'était une approche interventionnelle.

Voilà les trois approches les plus prometteuses qui sont soutenues par des preuves factuelles.

Magali ASSOR :

Pour partager une expérimentation que l'on mène sur la lutte contre l'âgisme. La question des discriminations est au programme de cinquième au collège. On intervient avec des services civiques et des bénévoles dans les collèges pour justement parler des personnes âgées et de ce qu'est l'âgisme. Dans la lutte contre les discriminations, ce n'est pas ce à quoi ils pensent en premier.

Emmanuel RUSCH :

Je voulais évoquer un élément de convergence que j'ai noté entre la table ronde 1 et la deuxième. Le Dr Martine BALENÇON a évoqué à la fin de son intervention l'importance des professionnels de santé qui se déplacent vers les enfants et non pas les enfants vers les professionnels dans le cadre de la triangulation qui ne rend pas les choses faciles.

Magali ASSOR soulignait aussi l'importance une fois que la maltraitance était repérée d'être présents dans des situations de maltraitance.

[5] Rapport mondial sur l'âgisme. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550

Je trouvais entre vos deux interventions, Martine et Magali, une forme de congruence. Hélène CARRERE l'évoquait aussi pour l'accompagnement des femmes au moment de leur grossesse et à l'accouchement, est-ce que cela veut dire qu'il faut construire des dispositifs d'accompagnement ?

L'un et l'autre, vous évoquez la temporalité qui est compliquée à gérer, puisqu'entre le moment où on va signaler, repérer, les choses ne vont pas forcément aller en s'arrangeant. Ça peut entraîner un certain nombre de réactions.

Est-ce que cela a des conséquences pratiques de votre point de vue ou pas ? C'est un peu une réponse à deux voix.

Dr Martine BALENÇON :

L'accompagnement est un point névralgique.

La représentation des maltraitances chez l'enfant et l'adolescent génère souvent un déni au diagnostic. Penser la possibilité d'un accompagnement des enfants et des familles est nécessaire, sensible et parfois très difficile. Il faut penser la compétence de chacun des acteurs dans une dynamique de maillage. C'est toutefois difficile.

Dans mon service, par exemple, encore récemment, on a oublié par exemple le médecin traitant. On oublie un maillon essentiel de santé et de la chaine du soin.

Le risque est qu'au motif que le sujet deviendrait très spécialisé ou décliné par une société savante, on oublie combien les professionnels de tous les champs ont une compétence nécessaire à mobiliser.

S'agissant des médecins généralistes par exemple, on peut, en tant que spécialiste, parfois occulter qu'il s'agit de professionnels de terrain qui ont des compétences précieuses, plurielles indéniables. On sait pouvoir compter sur eux. La question est de savoir comment on construit des parcours et comment on travaille en partenariat au service des enfants et des adolescents victimes.

C'est un focus nécessaire à avoir : comment créer de la compétence et de l'intelligence collective et non pas comment constater l'incompétence individuelle.

Ce point résonne avec la nécessité de parcours, de personnes ressources de façon opérationnelle. C'est ce que l'on souhaite voir mis en place.

Magali ASSOR :

C'est mon grand sujet de réflexion. Comment on tricote avec tous les acteurs ? Au début, j'avais comme idée de dire qu'il fallait que des relais soient faits, que des psychologues interviennent, qu'il y ait du soin et que tout le monde se déplace à domicile. Et au cours de la

recherche-action qui a été initiée par la Commission Nationale de Lutte contre les Maltraitances, je me suis rendue comptent que ce n'était pas si simple.

Quand les personnes décident de vous parler, elles vous choisissent, elles ne vous disent pas qu'elles ont envie de parler à un psychologue. Vous êtes alors la personne qui doit rester auprès d'eux mais il y a besoin de tout un étayage et pour l'instant on le bricole. Il y a un vrai chantier à mener là-dessus. Une autre chose que j'ai apprise au cours de la recherche-action, c'est la pertinence d'explorer la pair-aidance. C'est parfois difficile d'entrer en lien avec les personnes. Les personnes n'ouvrent pas la porte aux services sociaux. Elles ouvrent la porte, mais elles ne les laissent pas entrer leurs histoires de vie. Elles ne se laissent pas vraiment approcher.

Mais qui peuvent être les autres interlocuteurs ? Du coup, cette question de la pair-aidance, c'est quelque chose d'un peu nouveau mais c'est vraiment à regarder de plus près.

Dr Martine BALENÇON :

C'est très enthousiasmant, ce que vous dites. C'est formidable. La pair-aidance, j'y crois beaucoup sur ce sujet.

S'agissant du suivi psychologique, je vais peut-être lancer un pavé dans la mare, mais en protection de l'enfance, on pense souvent de façon trop systématique que les mineurs victimes devraient tous aller chez le psychologue ou le pédopsychiatre.

Il faut faire très attention dans les situations de maltraitance à avoir une prise en charge intégrée, protégée et graduée adaptée à la situation. Il faut raison garder. Réintégrer d'abord le champ d'une vie sans violence est primordial. Un enfant ou un adolescent ne peut pas être pris en soin s'il n'est pas protégé.

Nous sommes aussi confrontés à des enfants ou plutôt des adolescents qui ne veulent pas rencontrer de psychologue ou de pédopsychiatre. « Je ne suis pas fou ! » est une phrase que nous entendons très, très souvent. Il nous faut garder en tête cette proposition de soins psychiques sans toutefois l'imposer. Elle peut aussi être différée dans le temps.

En outre, nous devons avoir en tête que les premiers dispensateurs de soins sur le volet santé sont les acteurs de terrain le médecin traitant, le pédiatre, l'infirmière…. On est acteur de soins mais on est aussi acteur de santé.

Les autres acteurs de la protection de l'enfance sont aussi des acteurs de santé. Si, demain, l'enfant vient à ma consultation et que l'éducateur vient, me rencontre, me parle de cet enfant, apporte le carnet de santé, ce professionnel aura fait un acte de santé. Comment créer du soin et de la santé. Les ressources collectives sont immenses. Il nous faut les mettre en perspective dans l'intérêt des enfants et des adolescents !

La santé appartient au patient et je crois que collectivement nous pouvons faire déjà beaucoup.

Emmanuel RUSCH :

Je voulais vous reposer une question. Je céderai la parole et on reviendra sur les questions de la première table ronde.

En vous écoutant, entre la première table ronde et la seconde, dans la première, on a vu des représentants d'associations qui sont impliqués dans le sujet. Finalement, que ce soit Christopher ou Martine, vous ne nous avez pas trop parlé de la société civile organisée. Vous nous avez parlé des autorités, des pouvoirs publics, des professionnels de santé...

J'aurais envie de vous entendre, Martine, Christopher, est-ce que c'est la particularité de la pédiatrie qui fait qu'il n'y a pas d'association d'enfants ? Ou ça pose un souci, peut-être, une problématique particulière ?

Christopher, finalement, le fait qu'il y ait une société civile organisée, attentive à la question de la maltraitance, est-ce que ça peut être un levier d'action contre l'âgisme et contre la maltraitance des personnes âgées ?

On a bien entendu que vous souhaitiez qu'il y ait une préoccupation qui soit une priorité donnée, mais si les pouvoirs publics ne s'en chargent pas, est-ce que ce n'est pas à la société civile organisée de le faire ?

Dr Martine BALENÇON :

C'est ce que j'ai dit au début, effectivement, nous n'avons pas d'association de parents. Si on compare avec le cancer d'enfant, on ne va pas avoir d'association de parents d'enfants atteints de cancers qui vont dire qu'ils maltraitent leurs enfants et qu'il faudrait s'en occuper avec un parcours de soins fléché. Il n'est pas question de ne pas les prendre en compte car leur voix doit être entendue. Toutefois, il s'agit d'un élément très particulier des violences sur mineur. Dans la société civile, on a des parents qui se pensent accusés à tort de maltraitance. Ils font du bruit. Il faut aussi les entendre.

Nous pouvons faire le constat que nous n'avons que peu de représentants d'usagers à savoir d'enfants en situation de maltraitance. Dans les mois et les années à venir, il nous faut des usagers experts pour travailler sur ces sujets, des usagers victimes qui dénoncent les dysfonctionnements et aussi des usagers experts qui ont pu trouver des ressources dans leur parcours.

Comment un enfant qui a subi des violences fait pour aller bien ? Quelles ressources lui ont été précieuses ?

Ce chemin vers le mieux-être doit être exploré. Je suis aussi convaincue que la pair-aidance est une aide. Nous en avons déjà quelques éléments dans notre pratique.

Christopher MIKTON :

Au niveau global et mondial, la société civile, quelques ONG ont joué un rôle clé dans la sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées, notamment le réseau international pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées. C'est peut-être l'organisation qui a le plus fait ces dernières 25 années pour sensibiliser et accroître la priorité donnée à ce problème. Il y en a plusieurs qui se sont vraiment chargés de ce problème.

La société civile, elle a un rôle extrêmement important à jouer au niveau international et au niveau national, surtout dans le domaine de la sensibilisation.

Quand il s'agit de traitement, de prise en charge, etc., ça dépend de l'organisation de chaque pays. Souvent, il y a un rôle moins important à jouer, ça dépend des pays.

Danièle LANGLOYS :

J'avais une question pour le Dr BALENÇON. Je pense qu'elle attend peut-être cette question.

La violence et son diagnostic, ce n'est pas un sujet pour moi. Ce n'est pas du tout un débat, je le sais bien. Malheureusement.

Je voulais mettre l'accent sur les erreurs que l'on peut commettre. J'ai entendu Madame la Ministre[6] que j'ai interviewée au CNCPH[7] dire « dans le doute, il faut toujours signaler ». Je pense que globalement, ça ne doit pas être faux, il y a tellement de maltraitance qui passe sous les radars, il y a un vrai problème que je ne nie absolument pas, mais il y a aussi des familles très à la peine avec des enfants qui ont un trouble du spectre de l'autisme avec souvent un TDAH associé pour des enfants qui peuvent être violents, qui peuvent mettre en difficulté leurs parents qui sont au bout du rouleau. Ils sont identifiés comme des familles en carence éducative alors que ce n'est pas le cas.

Les interventions qui permettraient à ces familles de tenir debout, du moins un peu mieux, parce que ça reste très complexe, ça n'existe pas. Le réflexe, souvent, c'est de punir.

Avez-vous rencontré ces situations ? Comme vous êtes une experte, je suppose que vous avez repéré ces situations et les avez différenciées, comme l'invite le référentiel de la Haute autorité de santé. Bien différencier les situations de maltraitance qui sont trop peu repérées, des situations où l'enfant a un trouble du neuro-développement sévère, qui met en difficulté

[6] Charlotte CAUBEL, Secrétaire d'Etat auprès de la Première ministre chargée de de l'enfance.
[7] 3es universités d'été du Conseil national consultatif des personnes handicapées, 30 août 2022.

sa famille et le système scolaire. C'est souvent par le système scolaire que vient l'information, mais à tort.

Dr Martine BALENÇON :

Les situations que vous décrivez, c'est ce qui nous a motivés pour œuvrer à une professionnalisation de la prise en charge des enfants en danger dans le champ de la santé avec un partage de savoirs académiques.

Prendre en charge des enfants maltraités, pour les médecins que je représente, ça doit être fait au plus près des enfants.

De la même manière que l'on est très rigoureux pour diagnostiquer un cancer ou n'importe quelle maladie chez l'enfant, le diagnostic d'enfant en danger doit répondre à cette même exigence. Ne pas faire de diagnostic pas excès et ne pas passer à côté. C'est ce qui nous a poussés à être au plus près des enfants, de cette clinique en développant la pédiatrie médicolégale. Ça a vraiment été notre moteur.

Ensuite, deuxième point, le rapport avec le handicap. On sait qu'il y a davantage de maltraitance chez les enfants handicapés, mais on sait aussi que les violences génèrent du handicap.

Notre action est de réfléchir de la place de l'enfant. On a trop souvent réfléchi en se disant : « Est-ce que cette mère ou ce père me parait bien ? ». Le focus n'est pas le bon.

On doit plutôt se poser pour réfléchir de la place de l'enfant. On peut avoir des parents épuisés qui sont en grande difficulté, avec un enfant qui a par exemple des troubles du spectre autistique, mais il faut les repérer pour les aider.

Ces situations supposent une approche collective qui intègre les professionnels du handicap.

Les situations pour nous les plus difficiles à prendre en charge sont les situations extrêmes de très grands handicaps, de très grandes précarités ou de milieux sociaux très défavorisés ou au contraire les milieux très favorisés.

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup. Je vais être un peu injuste, je vais changer l'ordre de prise de parole. Comme vous avez cité Marie-Paule, je vais lui laisser la parole.

Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS, membre de la Commission nationale maltraitance et membre expert du comité de pilotage du projet de recherche-action sur le traitement des alertes de maltraitance en coopération sur les territoires (projet TACT) :

Il y avait plusieurs points. Sur la dernière question qui a été évoquée, je crois qu'il y a des éléments de réponse qui ont été apportés. La formation des professionnels est incontournable.

La formation des professionnels autour de points qui me semblent utiles pour aider à l'identification des situations et à leur évaluation pour déterminer les suites à donner aux situations que l'on peut connaître, à savoir qu'effectivement, dans les travaux qui ont été conduits ces dernières années sur les questions de la maltraitance, on a proposé dans le cadre de la loi de 2007[8], celle loi de 2016[9] et maintenant la loi de 2022 la préoccupation qui était d'abord la protection de l'enfant.

Effectivement, celui qui doit nous guider sur l'évaluation d'une situation dans laquelle un enfant peut se trouver en danger, voire malmené, c'est du côté de l'enfant qu'on va les regarder. On va regarder des indicateurs qui nous permettront de voir l'enfant dans l'environnement dans lequel il se trouve, au regard des conditions de vie dans lesquelles il est et la façon dont les parents exercent leur parentalité. Il va pouvoir nous dire quelque chose sur l'impact de cet environnement sur lui, sur ce qu'il est, sur son développement, sur ses capacités cognitives, sur ses apprentissages.

L'entrée par la satisfaction ou la non satisfaction des besoins de l'enfant et des conséquences que cela entraîne, ça va être des indicateurs qui ne nous permettront pas de juger les parents, mais de nous interroger sur le fait de savoir si l'enfant est dans un environnement qui est bienveillant pour lui et qui répond à ses besoins pour lui permettre de grandir et de se développer.

Cette façon d'appréhender la problématique permet peut-être de sortir de la question de juger un bon ou un mauvais parent. Encore une fois, c'est un indicateur qui est tout à fait fondamental.

On interroge l'exercice de la parentalité au regard des besoins de l'enfant. Ce qui est intéressant, c'est que l'on s'aperçoit que quand on travaille avec les parents, que l'on aborde la question par les besoins de l'enfant, quelquefois, on arrive à permettre que la question de la préoccupation sur l'enfant devienne un support de dialogue possible avec certains parents, justement parce qu'encore une fois, on se centre sur ces questions.

Deuxième chose à laquelle je voulais réagir, vous avez soulevé la question de la société civile et de la représentation dans la société civile de ceux qui ont pu avoir en parcours en protection de l'enfance.

Je voudrais attirer votre attention sur le fait qu'il y a des associations de parents qui ont des enfants qui sont pris en charge par le système de protection de l'enfance. Ils prennent la

[8] Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
[9] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

parole pour donner leur point de vue sur la façon dont ils ont vécu cette situation, sur la manière dont ils contestent les relations qu'ils ont avec des institutions. Depuis quelque temps, la prise de parole se prend aussi par les anciens enfants qui sont passés par le dispositif de protection de l'enfance, en particulier la fédération nationale des ADEPAPE[10], les sociétés d'entraides qui sont portées par des majeurs issus du secteur de la protection de l'enfance qui peuvent avoir la vingtaine, la trentaine, quarantaine ou la cinquantaine.

Ils revendiquent le fait qu'ils sont en capacité de porter cette parole et ils peuvent accompagner et soutenir et offrir des conditions d'entraide auprès des jeunes qui sont aujourd'hui dans le système de protection de l'enfance. Ils sont très utiles et leur parole est essentielle. Elle vient nous dire en quelque sorte les failles de notre système pour que nous puissions améliorer l'accompagnement de ces enfants.

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup de votre intervention. Brigitte a levé la main aussi.

Dr Brigitte LANTZ, présidente de la fondation du Rein :

J'ai vu des familles complètement détruites simplement parce que leur enfant avait une maladie rare qui s'appelle l'ostéogenèse imparfaite (maladie des « os de verre »). Ils étaient accusés de coups et de blessures pour leurs enfants. On leur a retiré leurs deux enfants. On a mis du temps avant de voir que c'était une maladie génétique à l'origine de ça.

Vraiment, avant de conclure à des violences sur enfants, souvent, il faut regarder très loin. Il y a des diagnostics qui ne sont pas si faciles à faire, parce que les dégâts sur les parents et sur les enfants qui sont retirés de leurs parents sont considérables. Je voulais juste dire ça parce que ça m'a marqué.

Dr Martine BALENÇON :

Ce point est important à traiter. Justement, la professionnalisation de la prise en charge médicale de l'enfance en danger est une réponse forte à vos constats.

Former les médecins et les professionnels de santé sur des bases scientifiques solides en interprofessionnel et interinstitutionnel est une nécessité.

Il n'est pas question de placer les enfants avec une ostéogenèse imparfaite et des fractures multiples sans avoir eu une démarche diagnostique rigoureuse. Toutefois, de la place de l'enfant, on peut aussi dire que des maladies chroniques prédisposent à la survenue de violences et de carences. Comment faire en sorte que la clinique de la violence devienne

[10] FNADEPAPE : Fédération Nationales des Associations Départementales d'Entraide des Personnes Accueillies en Protection de l'Enfance FNADEPAPE %

quelque chose de très pointue comme la clinique de l'ostéogénèse imparfaite ? C'est essentiel.

Il faut aussi parler des situations qui se passent bien. À Rennes, je suis l'un des praticiens qui fait le plus de signalements par an. Le placement dans les suites de ces signalements n'est pas obligatoire. Le fait de faire un écrit à destination des services de protection de l'enfance pose les choses avec les parents. On a parfois des parents qui reviennent nous dire après : « heureusement que vous étiez là… Heureusement que vous avez signalé. ». On peut faire du signalement ou d'une information préoccupante en soin quand on l'accompagne, quand on est à côté des parents et de l'enfant concerné. Le diagnostic est celui qu'on porte sur la santé de l'enfant et non sur le comportement du(des) parent(s)

Il faut se souvenir que la santé en protection de l'enfance c'est le dernier lien avec des parents. Si on n'a pas des équipes spécialisées qui sont armés dans une idée de parcours et en capacité de faire un diagnostic pointu, on peut faire des dégâts. Il est important de dire aussi qu'on peut avoir des doutes sur une situation de violences subies.

Tout l'enjeu de cette professionnalisation est de faire de ce diagnostic un accompagnement possible.

Hélène JAROSZ :

Question de Morad MAIBECHE : « Comment protéger les enfants lorsqu'une éducatrice a à sa charge plus de 40 mesures, sachant que 30 % des SDF sont issus de la protection de l'enfance ? Qu'avons-nous manqué ? »

Dr Martine BALENÇON :

Il est question de moyens. Ce n'est pas que des moyens médicaux. Une coordination, suppose aussi des moyens pluriprofessionnels. On sait bien que les personnes sans-abri sont très souvent issus d'un parcours en protection de l'enfance.

Ça coûte extrêmement cher. On a des modélisations en santé édifiantes. C'est important de prendre dès le plus jeune âge la plus valu en terme de coût d'un traitement adapté de ces situations.

Hélène JAROSZ :

Question d'Amani HALIDI : « Qu'en est-il de la centration de l'enfant qui est victime et auteur au niveau de l'évaluation et de l'accompagnement ? Qu'en est-il de la protection de l'enfance et du code de la justice pénale des mineurs et quid de l'impartialité ? »

Dr Martine BALENÇON :

La question des mineurs-auteurs est une vraie question. Dans la majorité des cas, ils ont été victimes avant. La question est de savoir comment on arrive à prendre en charge ces mineurs dans un équilibre des faits subis et des faits commis. On s'aperçoit que les mineurs-auteurs ont des recours aux soins qui sont catastrophiques. Ils ne sont pas vaccinés, ils ont des dents très abîmées, ils présentent des addictions…. Il faut les prendre en charge parce qu'ils sont mineurs, et il faut aussi en prendre soin. C'est un enjeu fort pour nous des prochaines années.

Hélène JAROSZ :

Il reste une question et une intervention de Mme Marie-Hélène ISERN-REAL, avocat au barreau de Paris, sur la première table ronde.

« Au sujet de la preuve des maltraitances, les avocats n'arrivent pas à matérialiser la plainte, car l'acte illicite ou incompétent n'est pas dans le compte-rendu officiel de l'intervention, d'où la passivité des procureurs ou des autorités comme l'ARS qui ne creusent pas. »

Elle voulait dire que les bénévoles des associations sont les mieux placés pour évoquer le récit de la victime et l'environnement qu'elle subit. Leur rôle est essentiel. D'autre part, la médiation permet de faire émerger des faits en confidentialité et d'aboutir à un accord. Elle termine en disant que ce webinaire est très intéressant.

Dernière question qui a été posée par Morad MAIBECHE, sur la question de la temporalité en institution sur les foyers d'hébergement. « Différer la demande de résidents pour avoir accès à un logement est-elle une source de maltraitance ? Le déni de maltraitance en institution est bien présent. Comment rassurer les professionnels ? »

Magali ASSOR :

Je veux dire quelque chose sur comment rassurer les professionnels. J'ai été responsable des ressources humaines pendant huit ans dans les établissements des Petits frères des pauvres.

J'avais une réaction très forte quand il y avait des questions de maltraitance. Pour moi, je disais immédiatement que ce n'était pas possible. Je pensais à la sanction immédiatement.

J'ai énormément progressé sur cette dimension. Je pense que pour rassurer les professionnels, il faut leur expliquer que la sanction, souvent, ça ne sert à peu près à rien, et il y a tout un travail de sensibilisation en amont sur le fait de maltraitance.

J'ai cru voir dans les interventions qu'il y a des salariés qui disaient qu'ils étaient maltraités. C'est très important d'utiliser les bons termes. Ce n'est pas de la maltraitance. Quand on parle de maltraitance on se recentre sur la personne en situation de vulnérabilité qui n'est pas en capacité de se protéger ou de se défendre. Il y a un vrai dialogue à mettre en place sur ce qui est maltraitant et les conduites à tenir individuellement et collectivement dans ces

moments-là. Ce dialogue fait qu'au bout d'un moment, les professionnels sentent que l'institution est suffisamment en capacité d'entendre les difficultés qu'ils rencontrent. Notre message, dans les formations, c'est que c'est très difficile de dire qu'une collègue est peut-être maltraitant, ce n'est facile pour personne. Mais la manière dont vous recueillez la parole, la manière de s'interroger pour comprendre les conditions qui ont mené à ces faits permet de sortir de la sanction pure et simple. La manière d'aborder la maltraitance est modélisante. Cela permet aux professionnels, ensuite, de parler plus facilement, je crois.

Il y a vraiment une question de volontarisme, de démarche de réflexion éthique, dans les petites choses du quotidien, sans attendre d'immenses actes de violence choquants pour tout le monde.

Il y a la formation bien-sûr, mais c'est le quotidien qui compte. Je suis en train de réfléchir à des manières d'intégrer cela dans les réunions d'équipe par petites touches pour que ce soit un sujet permanent et pas seulement un sujet quand il y a un dysfonctionnement grave.

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup, Magali. Le temps a passé. J'aurais plein de questions en réserve sur la place de la réflexion éthique que vous avez évoquée sur la question du recueil des données que Christopher avait évoquée au niveau international, sur l'importance de pouvoir rassembler non pas pour traiter individuellement les éléments, mais peut-être pour pouvoir avoir une vision d'ensemble et d'en faire un sujet quotidien de préoccupation et d'attention.

Mais comme le temps a passé, je vais céder la parole à Emmanuel RONOT, président de la conférence régionale de santé et de l'autonomie en Bourgogne-Franche-Comté qui va nous aider à clôturer ce webinaire.

On s'aperçoit que c'est toujours trop court. En même temps, on va peut-être évoquer les initiatives qui sont celles de sa belle région.

Emmanuel RONOT, Président de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté, membre de la commission permanente de la CNS :

Nous sommes plusieurs, Présidents et Vice-Présidents de commission spécialisée à piloter la démocratie en santé en Bourgogne Franche Comté. ET dans nos thématiques de travail régionales, il y a bien sûr la lutte contre la maltraitance.

En même temps que le rapport que la CNS a produit sur la démocratie en santé, nous nous sommes aperçus qu'il fallait peut-être dynamiser ou redynamiser la démocratie en santé, la connecter avec le niveau national, la CNS, le CNCPH et toutes les instances nationales. Il fallait aussi la connecter avec les instances infrarégionales, CTS et CDCA, toutes les instances jusqu'à la CDU dans le système de soins et les CVS en PA PH, notamment sur les questions de maltraitance.

La CSDU[11], et le président participe à ce wébinaire, a travaillé avec l'ARS sur la culture du signalement et pour faire en sorte que les représentants des usagers travaillent sur l'accompagnement de ces situations, pour connecter l'ensemble des parties prenantes avec cette problématique de la maltraitance.

Dans les choses concrètes, nous avons invité l'ancienne présidente de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance qui est maintenant auprès de Jean-Christophe COMBE pour cette question. Nous l'avions invitée pour réfléchir ensemble à savoir comment l'instance de démocratie en santé CRSA pouvait se faire ambassadrice, animatrice de débats et de partage autour des questions de la maltraitance. Nous avons donc constitué un groupe de travail, au-delà de la CSDU et de la CSMS qui se saisissent beaucoup de ces questions. Un groupe de travail transversal pour imaginer des solutions qui impliquent les parties prenantes, des solutions collectives, afin que sortent du bois les situations de maltraitance et qu'elles soient vraiment travaillées, pratiquement sur la place publique.

Je ne vais pas détailler tout le plan que nous essayons de mettre en place, mais la saisine dont parlait Jean-Christophe COMBE en introduction arrive vraiment à point nommé pour la CRSA Bourgogne-Franche-Comté et l'ensemble des acteurs de la démocratie en santé sur le territoire national, dans les régions, dans chaque département, parce qu'elle va nous permettre d'imaginer des espaces d'échanges, des espaces de discussion, des espaces de construction de réponse, de suivi qui implique les territoires et les acteurs...

Ce wébinaire montre qu'il faut un travail de fond sur un temps long, qui ne doit pas être uniquement en réaction à l'actualité et l'emballement médiatique. Notre travail en CRSA et CNS est d'essayez d'imaginer avec les personnes, les usagers experts, avec leurs représentants, avec les parties prenantes, des réponses collectives et citoyennes qui permettent que chaque territoire puisse réfléchir et proposer des constructions collectives et pertinentes pour lutter contre la maltraitance.

Emmanuel RUSCH :

Merci beaucoup. Effectivement, on rentre dans un travail de long terme. On partage la préoccupation autour de cette problématique de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Je voulais toutes et tous vous remercier pour ce temps d'échange et de partage. Je voulais vous remercier pour votre présence pour ceux qui nous ont rejoints pour ce webinaire.

Nous allons le retranscrire sous un format accessible également en différé par ailleurs. Il sera consultable sous une autre forme. Je voulais remercier le secrétariat général de la Conférence nationale de santé.

Et peut-être, je ne sais pas si Madame Alice CASAGRANDE est encore avec nous, mais nous avions construit quand elle était à la Commission lutte contre la maltraitance et la

[11] Commission spécialisée dans les droits des usagers.

promotion de la bientraitance ensemble ce webinaire. Même si elle a changé de casquette. Si elle souhaite dire un mot pour clôturer ce webinaire, je ne sais pas si elle est encore avec nous.

Alice CASAGRANDE, Conseillère du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées :

Bonsoir à tous. Bien sûr que je suis là. Pour rien au monde je n'aurais quitté mon poste. Monsieur le ministre m'a chargée de retranscrire l'ensemble de vos préoccupations et de vos propositions. Je suis très heureuse de la conclusion d'Emmanuel RONOT sur la notion du temps long. C'est vraiment l'intention du ministre d'avoir posé le chantier de cette manière. Je suis tout à fait intéressée aussi de voir que les journalistes préconisent des actions immédiates.

Christopher MIKTON, vous l'avez dit tout à l'heure, les actions immédiates sont indispensables. On ne peut pas se lancer dans des actions de recherche et oublier la nécessité de l'action immédiate. Pour autant, ce soir, on a arraché à l'urgence quelques préoccupations profondes et des jalons pour ce temps long. C'est une très belle continuité selon moi.

Les espaces où tous les publics, quelle que soit la situation de vulnérabilité, sont évoqués et sont présents.

Il y a la notion de rester avec. Il y a l'alerte, il y a cette présence qui demeure avec la personne qui traverse la situation. Cela semble être un point clé.

Le ministre attendra le temps qu'il faudra, mais peut-être pas trop longtemps, les préconisations de la Conférence nationale de santé en lien avec l'ensemble des parties prenantes qui étaient présentes ce soir et celles que vous rassemblerez. Merci à tous.

Emmanuel RUSCH :

Merci à toutes et tous et très bonne soirée.