



L'Entente

Journal d'information et de dialogue trimestriel édité par :
L'Entente Carolorégienne pour l'Intégration de la Personne Handicapée asbl

avec le concours de :

- l'Echevinat de la Personne Handicapée de la Ville de Charleroi
- le Centre Public d'Action Sociale de la Ville de Charleroi
- la Ville de Fontaine - l'Evêque
- la Direction Générale des Affaires Sociales de la Province de Hainaut
- l'Ecole-Clinique Provinciale
- le Service d'accueil de jour pour adultes "L'Envol"

1er trimestre 2007 // 14e année - n° 53

"Violence et handicap "

Editorial : Violence et handicap

Christian DUPONT - *Ministre fédéral*

Dossier : Violence et handicap

Claude LELIEVRE - *Délégué général aux droits de l'enfant en Communauté Française*

Dossier : Une expérience originale : le SAS d'écoute à l'IMP de Marchienne

Jean-Luc TILMANT - *Enseignant et psychopédagogue - Formateur d'adultes*

Dossier : Violence et handicap - Le rôle des inspecteurs-qualité de l'Awiph

C. NILE - *Inspecteur-qualité AWIPH*

Dossier : Violence médicale, violence médicalisée

Dr Geneviève JADOUL - *Médecin coordinateur en SRA et membre du Comité d'éthique du Village n°1*

Dossier : Violence sexuelle et personne handicapée

Dr. J.L. EVRARD - *Psychiatre - Chef de Service Hôpital Sainte Thérèse Montignies-sur-Sambre.*

Dossier : Violence et handicap - Le point de vue d'un juge de la jeunesse

Catherine GOUGNARD - *Vice-Présidente et Juge de la Jeunesse - Tribunal de 1ère Instance de Charleroi.*

Dossier : La violence ? Aussi une question de distance...

Professeur Michel DUPUIS - *Centre d'anthropologie philosophique - Université catholique de Louvain*

Dossier : Les personnes handicapées mentales internées dans les prisons: une

situation sans issue ? Une tentative de solution !

L'équipe de l'ANAHM

Dossier : La violence à l'égard des personnes handicapées : un problème de société

Professeur Michel MERCIER - *Directeur de Département - Faculté de Médecine, Namur*

Dossier : L'enfant handicapé ou polyhandicapé : entre la négation et la reconnaissance de sa douleur

Françoise FOUCART - *Maître-Assistant et Maître de Formation Pratique - Institut Supérieur de Nursing - Mons*

Sport adapté : Les dossiers de la FéMA

L'équipe de la FéMA

Editorial

Violence et handicap

Christian DUPONT

Ministre fédéral

Sans verser dans le sensationnalisme voyeur ou la paranoïa généralisée, on ne peut nier que nous vivons dans une société dure, parfois impitoyable, où les violences de tous ordres ont bien du mal à être contenues.

Bien sûr, chaque époque a produit sa part d'injustices et d'oppressions, ses accès de haine ou de mépris, a connu le sang versé et la dignité bafouée.

Mais dans un pays qui a fait du respect des Droits de l'Homme le fondement même de son organisation, cette violence est, plus que jamais, insupportable.

Sans doute n'avons-nous pas assez mesuré les conséquences humaines de la mise en place d'un système reposant souvent sur la performance, sur la compétition, sur la loi du plus fort et la relégation du plus faible.

L'Autre, dès lors, peut ne plus apparaître que sous les traits d'un concurrent, d'un adversaire ou devenir la source des peurs les plus irrationnelles, une menace ou un intouchable.

Il peut aussi ne plus exister du tout, simple objet que l'on traite comme tel, support de toutes les frustrations.

Ce déni de l'altérité a atteint son paroxysme avec l'assassinat de Joe Van Holsbeek, avec les meurtres d'Anvers ou d'Ostende.

Mais la violence, des femmes et des hommes la vivent aussi au quotidien, une violence économique et sociale qui génère la discrimination, l'exclusion, la précarité.

Une violence, enfin, qui s'infiltré jusqu'au sein même des familles et que l'on commence à entendre et à combattre vraiment.

Comme toujours, la violence se porte sur celles et ceux qui apparaissent comme les plus vulnérables : les enfants, les femmes, les personnes handicapées ou les personnes d'origine étrangère.

Dans le cadre de mes compétences de Ministre fédéral de la Fonction publique, de l'Intégration sociale, de la Politique des grandes Villes et de l'Égalité des Chances, j'ai arrêté une série de mesures visant à garantir un maximum de dignité et de liberté à tous les citoyens de ce pays.

Nous sommes ainsi en train de réformer l'ensemble de notre arsenal législatif « anti-discrimination » afin que nos lois soient plus claires, mieux adaptées et plus efficaces.

Et qu'une plus grande attention soit apportée aux témoignages des victimes et à la réparation des dommages subis.

La question de l'égalité entre les femmes et les hommes est désormais intégrée dans toutes les étapes des processus politiques et administratifs (le principe de gendermainstreaming).

Le Gouvernement fédéral, les Communautés et les Régions ont décrété un Plan national contre la violence conjugale.

Enfin, parce qu'elle se doit d'être le reflet de la société qu'elle sert, l'Administration s'est engagée à promouvoir la diversité, à ouvrir davantage ses portes aux femmes, aux personnes d'origine étrangère ou aux personnes handicapées.

Cependant, la réussite de tout combat contre la violence est conditionnée par notre capacité à rencontrer un certain nombre d'exigences.

Il faut briser le silence, éviter la banalisation, le relativisme, traquer la violence jusque dans sa moindre retraite. Il faut analyser, comprendre et maîtriser

les causes et offrir aux intervenants de première ligne la meilleure formation possible.

Mais, surtout, cette lutte demande une prise de conscience collective, l'engagement de tous les acteurs concernés, une réaction de la société dans son ensemble.

Au niveau politique, c'est tous niveaux de pouvoir confondus que les actions doivent être élaborées et mises en chantier.

La problématique de la violence est transversale, elle n'est pas du ressort d'un seul ministre.

Les violences dont peuvent être victimes les personnes handicapées sont, bien entendu, inacceptables.

Des lois existent et nous n'aurons de cesse de les rendre plus opérantes.

Il en va du respect de la dignité humaine et de notre capacité à construire une société juste, égalitaire, où chacun, avec ses différences, puisse trouver sa place et choisir librement sa vie.

Violence et handicap

Claude LELIEVRE

Délégué général aux droits de l'enfant en Communauté Française

Votée par l'ONU en 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) a été ratifiée par la Belgique en 1991. Par cet acte, notre pays s'engageait ainsi à respecter l'ensemble du texte de la CIDE. Si chacun des articles concerne tous les enfants, comme expliqué dans l'article 2 («...sans distinction aucune..., indépendamment...de leur incapacité...»), certains d'entre eux s'appliquent plus particulièrement aux enfants porteurs d'un handicap.

Ainsi l'article 23 stipule que *« les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité »*. Quant à l'article 24, il reconnaît *« le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de*

rééducation ».

Quinze ans plus tard, qu'en est-il dans notre pays ? Si des études précises sur le sujet sont quasiment inexistantes, il semblerait, à travers la littérature disponible, que les enfants atteints d'un handicap seraient bien plus souvent victimes de maltraitance et d'abus que leurs pairs non-porteurs de handicap. Cette problématique ne peut donc en aucun cas être niée, tue ou ignorée.

Dans le cadre des compétences du Délégué général aux droits de l'enfant, de trop fréquentes situations sont rapportées qui relèvent d'une atteinte fondamentale des droits de ces enfants.

Quelles sont les plaintes qui nous parviennent le plus souvent ?

1. Manque de places dans les institutions et/ou les écoles adaptées.
2. Maltraitance psychologique et/ou physique au sein de milieux d'intégration, dans les institutions et les écoles adaptées et dans la famille.
3. Manque de soins médicaux adéquats et abus de médicaments calmantes.
4. Difficultés graves dans le cadre du transport scolaire organisé pour les écoles spécialisées.
5. Non-respect de l'intimité dans le cadre de soins corporels en particulier, mais de manière plus générale, difficulté à reconnaître comme tel le corps sexué de la personne handicapée.
6. Peu ou pas de prise en considération des plaintes de l'enfant victime d'abus et/ou de maltraitance, mais aussi de sa parole en général.
7. Difficultés à inscrire un enfant dans une école réellement choisie en fonction des besoins de l'enfant.
8. Difficultés financières accrues qui accentuent la fragilité de l'enfant et de la famille.
9. Prise en charge inadéquate par méconnaissance des besoins spécifiques liés au handicap.

Cette énumération, loin d'être exhaustive, montre bien la plus grande vulnérabilité des enfants porteurs de handicaps.

Comment y remédier ?

Hormis les cas de déviance avérée dans le chef d'un agresseur, force est de constater que ces violences, conscientes ou inconscientes de la part de leurs auteurs, sont généralement le résultat de lacunes dans l'information et la formation et d'une accumulation de stress, de fatigue et d'isolement, facteurs qui peuvent toucher les familles comme les professionnels.

La violence commence le plus souvent très tôt, dès l'annonce du handicap. Chaque parent d'un enfant « différent » se souvient très certainement de ces instants où un diagnostic a été posé suite à leurs craintes et interrogations. Moment à partir duquel les parents se sont vus dépossédés de leur fonction de parent compétent et ont dû « confier » leur enfant à des professionnels. La multiplicité des intervenants et la complexité plus ou moins grande des soins à apporter pour tenter de pallier au handicap conduisent également nombre de personnes à considérer l'enfant comme objet, plutôt que comme sujet.

Par ailleurs, le manque de relais et de répit au niveau des familles est source de tensions potentiellement dangereuses, tout comme la surcharge de travail fréquemment vécue par les professionnels au sein des institutions. Une meilleure prise en considération de ces éléments pourrait fortement diminuer ces risques, par exemple en développant un nombre suffisant de lieux de répit, de services de relais à domicile, et, dans le cadre institutionnel, une augmentation des normes d'encadrement.

Les carences en formation adaptée devraient être palliées tant au niveau des études de base que des offres de formation continuée. Ces formations devraient exister pour chaque profession, chacun étant susceptible de rencontrer de telles situations dans l'exercice de son travail. Je pense notamment aux enseignants et aux travailleurs médico-sociaux de la petite enfance et de l'aide à la jeunesse. De même, les services de la police et de la justice devraient aussi avoir une meilleure connaissance des personnes handicapées afin de mieux les assister dans la défense de leurs droits.

D'une manière plus générale, je pense également que la mise en pratique du concept d'inclusion de la personne porteuse de handicap, et cela à tous les âges et dans tous les milieux, devrait permettre d'aboutir à un changement des mentalités de l'ensemble de la société.

Face à toutes ces formes de maltraitances, d'ailleurs subies partout dans le monde par les enfants (et les adultes) porteurs de handicap, l'ONU a voté en 2006

une nouvelle Convention Inter-nationale sur les Droits des Personnes Handicapées. Dans le cadre des missions de recommandation de mon institution, je solliciterai auprès des responsables de notre pays que ce texte soit ratifié au plus vite, permettant ainsi aux particuliers et aux institutions de réclamer les mesures générales indispensables à une meilleure application du respect des droits de l'enfant handicapé.

Une expérience originale : le SAS d'écoute à l'IMP de Marchienne

Jean-Luc TILMANT - *Enseignant et psychopédagogue - Formateur d'adultes*

Introduction

Permettez-moi tout d'abord de rappeler que la violence institutionnelle peut détruire rapidement le tissu d'une école. Les acteurs qui ont construit avec moi ce SAS ont très souvent dû faire face à des incohérences et à des brimades mais aussi, fort heureusement, ils ont pu compter sur certains décideurs compétents. En ce qui me concerne, je souhaiterais profiter de cet article pour rendre hommage à ces enseignants qui ont réussi à construire un dispositif au service des adolescents en crise.

Voici ce que disait déjà Illich au début des années 70 dans son ouvrage (*«Une société sans école»*, Paris, Du Seuil, 1971, p. 112) : *« Que faut-il faire face à la crise de l'enseignement, sinon revoir le principe même sur lequel l'éducation se fonde (il nous la présente comme un traitement médical obligatoire), plutôt que les méthodes utilisées ? Les désertions se sont multipliées, en particulier parmi les élèves de l'enseignement secondaire et parmi les instituteurs. Ce phénomène doit contribuer à attirer notre attention sur la nécessité de reprendre le problème à la base, surtout avec un regard neuf. »*

Nous ne pouvons lutter contre la violence en cédant au laxisme sociétal, mais cette fermeté doit aller constamment de pair avec la considération et la communication. Nos institutions ne sont plus adaptées à ce nouveau choc sociétal. Le SAS constitue une partie de la réponse à la frustration majeure de notre société et donc de nos adolescents : la communication.

a. Définition

Le SAS est un local mis au service de l'adolescent. Dans ce cadre, un ensemble de personnes formées à l'entretien d'aide assure une permanence d'écoute pour les élèves qui souhaitent entrer en communication. L'écouter relia directement, avec l'accord du jeune, son problème ou sa question vers les «personnes-ressources».

b. Identification, disponibilité et engagement des personnes «ressources»

Après les différentes formations nécessaires à la réalisation de ce projet, la première étape de l'institutionnalisation du SAS se révèle déterminante car elle fixe le socle de disponibilité des acteurs. Moins ce socle est important qualitativement et quantitativement, plus le dispositif sera fragile et vulnérable. C'est une étape constituée d'embûches institutionnelles et relationnelles où chaque mot a son importance.

Avec tous les acteurs présents ou représentés, on établit le tableau des compétences et responsabilités de chacun.

- La présence au SAS en tant qu'écouter, coordinateur, secrétaire et gestionnaire des statistiques ;
- Le soutien institutionnel que notamment les responsables de la direction sont prêts à apporter : horaire, coordination ;
- Le soutien matériel : qui va payer et assurer matériellement la bonne organisation de ce dispositif ?
- Le soutien psychologique : quelles sont les personnes « ressources » qui vont assurer le soutien en supervision des écoutants du SAS ?
Qui va assurer le suivi relationnel des membres du SAS ?

Il va de soi que chaque participant propose le temps, en heures de cours, qu'il souhaite prêter au SAS. Les problèmes les plus délicats ressentis par les acteurs de Marchienne mais qui semblent être récurrents dans les autres SAS, ce sont les freins institutionnels que nous ne développerons pas ici.

c. Organisation temporelle

L'adaptation de l'horaire d'une école à un SAS représente une question de priorités. C'est un long débat dans au cours duquel on risque de parler de : pouvoir, moyens financiers, ..., de tous les symptômes des maladies institutionnelles. Tous les acteurs de l'école doivent en tout cas recevoir un horaire du SAS et ceci n'est pas une mince affaire.

d. Organisation spatiale

Le SAS est avant tout un lieu qui sera choisi avec tous les acteurs en fonction de différents critères :

- Les contraintes institutionnelles ;
- La centralisation au sein de l'établissement ;
- L'accessibilité ;
- L'équilibre entre intimité du lieu et présence d'adultes responsables ;
- L'importance du fléchage et du repérage du lieu ;
- ...

Le SAS est aussi un local en perpétuel changement et évolution. Ce sont les membres du SAS qui assurent les changements à apporter dans l'organisation spatiale et matérielle du local.

Il convient de dresser une liste des contraintes matérielles et organisationnelles pour proposer un local accueillant. Voici la liste des éléments retenus par l'IMP :

- Un local intime d'une couleur apaisante avec table et chaises ou fauteuils.
- Un local insonorisé
- Un téléphone ou un moyen de communiquer avec l'extérieur (Orientation, autres écoles, PMS,...) ;
- Un ordinateur et une imprimante : pour les rapports, les statistiques ou le courrier à envoyer. Cet ordinateur pourrait contenir un certain nombre d'informations pertinentes : les horaires par classe, renseignements administratifs d'élèves...
- Un tableau (1m./1m.) avec aimants pour afficher l'horaire, des remerciements, des avis, des cartes postales,...
- Quelques cadres sobres et apaisants : une photo agrandie de toute l'équipe, paysages de nature,...
- Une présence constante d'au moins un adulte responsable à côté du local du SAS ;
- Une armoire pour classement vertical des dossiers ;
- Un agenda septembre /septembre pour noter les rencontres ou les rendez-vous
- Matériel pour prise de note (feuilles, stylo, ...) et feuilles pour le dossier. (Nous proposons un exemple à la page suivante).

Nous sommes bien loin d'avoir obtenu tout cela mais nous tentons de nous adapter.

e. Organisation institutionnelle

Institutionnaliser un SAS, c'est avant tout rassembler des acteurs pour atteindre des consensus et répondre à plusieurs questions déterminantes :

- Quels sont les règles déontologiques qui sous-tendent le SAS ?
- Quels sont les principes que nous défendons dans le SAS ?
- Quels sont les finalités et les objectifs de notre action ?
- Quels sont les cas qui seront écoutés dans le SAS et à contrario les cas que le SAS doit refuser ?
- Comment allons-nous présenter le SAS aux acteurs concernés ?

Lors de la mise en place avec l'équipe de l'IMP de Marchienne, nous avons rapidement compris l'extrême complexité du travail institutionnel. Il y a tellement d'intérêts en jeu : personnels, pouvoirs, susceptibilités, dynamique de groupe,... En plus, le système pyramidal ralentit considérablement la progression du groupe de réflexion. Mais nous sommes parvenus à rassembler les acteurs autour d'un projet commun.

Les règles déontologiques ont très vite constitué un ciment idéologique pour les acteurs du SAS :

- Le respect de l'intégrité physique, mentale et psychologique de l'adolescent qui consulte ;
- Le secret professionnel à l'égard du consultant et des collègues ;
- La discrétion ;
- La mise à jour des documents du SAS ;
- Le respect des collègues « écoutant » mais aussi des autres ;
- Une collaboration étroite avec la Direction ;
- Le consultant d'un élève pourra participer à toutes réunions ou conseils concernant cet élève sur le plan disciplinaire. Pour chaque conseil disciplinaire, le coordinateur du SAS sera prévenu par la direction.

Chacun s'est alors entendu sur les principes de fonctionnement du SAS, ce qui permettait de canaliser préventivement certaines dérives :

- Tous les entretiens sont secrets ;
- On ne communique qu'avec l'accord de l'adolescent ;
- Le principe de « non-assistance à personne en danger » prime sur la discrétion ;
- Les écoutants ne sont pas des thérapeutes. Ils mettent en place une écoute active au service du jeune ;
- Si un cas nous dépasse, il faut demander de l'aide ;
- ...

Nous avons aussi passé beaucoup de temps à filtrer l'entrée au SAS pour éviter qu'il ne devienne une « poubelle » des professeurs peu motivés par l'existence du SAS ou un lieu perçu comme une punition pour les enseignants confrontés à de lourds problèmes de discipline.

Conclusion

Un énorme travail a été réalisé par tous ces volontaires au service du bien-être des adolescents parfois difficiles sur le site de Marchienne. Tout dispositif est critiquable mais il a le mérite de répondre en partie au déficit de communication existant dans de très nombreuses institutions. Je terminerai en rappelant toute la considération que je porte à ces pionniers et toute la fierté ressentie en travaillant à leur côté.

Pour tous renseignements : jean-luc.tilmant@skynet.be

Bibliographie de l'auteur :

Tilmant J-L : « Treize stratégies pour prévenir les violences à l'école », Vigneux, Matrice, 2004.

Tilmant J-L : « Aider l'école à prévenir les violences : douze stratégies », Vigneux, Matrice, 2006.

Violence et handicap

Le rôle des inspecteurs-qualité de l'Awiph

C. NILE - *Inspecteur-qualité AWIPH*

Voilà le titre qui nous est proposé mais est-ce un bon amalgame d'associer «violence» et «handicap»?

Le sujet mérite en tout cas d'être abordé car nous constatons, dans le cadre de nos visites d'audits et d'inspection, un repli des tabous touchant le sujet.

Aperçu du fonctionnement du dispositif de prévention et de contrôle

Une des missions du Service Inspection et Audits externes de l'Awiph consiste entre autre à veiller à la sauvegarde de l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien-être physique ou moral des usagers des structures concernées. Cette mesure est motivée par le fait que la plupart des personnes accueillies par ces

établissements spécialisés sont dans une situation de vulnérabilité qui les expose particulièrement aux risques d'abus. Ce contrôle, au titre de l'ordre public s'impose dès lors tant à l'égard des services agréés par l'Agence qu'à l'égard de toute personne physique ou morale qui prend en charge des personnes handicapées (article 29 du Décret).

En général, la nature de ces interventions est d'ordre préventif. Elles s'inscrivent dans une logique d'accompagnement et de coopération avec les établissements concernés afin de repérer avec eux les questions susceptibles de générer des problèmes ou des situations à risque mais aussi les dynamiques positives existantes, et de dégager ensemble les mesures d'amélioration nécessaires.

Parfois le processus de contrôle repose aussi sur une procédure réactive, c'est-à-dire l'instruction de plaintes ou réclamations émises par des usagers des services, leurs familles, les membres du personnel ou des tiers. Cela étant, l'objectif principal de l'inspection, lorsqu'elle instruit une plainte demeure la prévention, l'amélioration des conditions de communication et la promotion de la qualité des prestations et du contexte dans lequel elles sont fournies.

A l'issue d'une activité de contrôle, lorsque les investigations démontrent l'existence de dysfonctionnements importants au sein du service concerné, l'inspection enjoint la structure concernée de prendre immédiatement les mesures correctrices nécessaires. Le cas échéant, elle peut proposer au Comité de gestion de l'Awiph de prendre des sanctions telles que la suspension ou le retrait de l'agrément. Enfin, en cas d'infraction dans le domaine pénal, l'inspection saisit l'autorité judiciaire compétente.

S'agissant de plaintes relatives à la maltraitance, il importe de noter que la notion de maltraitance n'est actuellement pas définie dans la réglementation de l'Agence. Toutefois, si l'on suit la définition assez large de la maltraitance proposée par le Conseil de l'Europe (Rapport portant sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus-2002), on peut considérer que durant les années 2004 et 2005, seulement 8 plaintes formulées auprès de l'AWIPH contenaient des allégations d'actes pouvant être qualifiés de maltraitance. Celles-ci mentionnaient des faits de violence physique, psychologique ou verbale, soit des recours abusifs à la contention et à l'isolement ou des atteintes à la dignité, à l'intimité ou aux biens des personnes. Dans cinq des cas concernés, ces plaintes ont été considérées comme partiellement fondées et des mesures correctrices ont été exigées.

Un nombre extrêmement réduit d'actes de maltraitance a donc été identifié via les plaintes qui sont considérées comme la pointe de l'iceberg des insatisfactions,

c'est-à-dire la partie la plus visible qui est traitée de manière formelle.

C'est pourquoi, nous n'attendons pas ce type extrême de réaction et préférons travailler dans le cadre de la détection et de la prévention. Ainsi, nous nous inspirons notamment du modèle d'évaluation de la vulnérabilité pour la prévention des abus à l'égard des personnes en situation de handicap (Louis Plamendon www.rifveh.org) pour dégager des facteurs de protection dans les institutions, de risques liés à la culture de l'organisation ou liés aux processus organisationnels. Cet outil permet de tirer des constats quant aux profils fréquents des victimes et des abuseurs étrangers à la famille. Nous sommes aussi attentifs à reconnaître des indicateurs d'abus ou de maltraitance chez les victimes et des indicateurs des comportements abusifs ou de maltraitance.

Si le service inspection et audit est vigilant à ce propos, il faut aussi souligner que de plus en plus de services entrent dans cette dynamique de communication à ce sujet, des membres du personnel suivent des formations à ce propos, des procédures de prévention ou de remédiation sont élaborées de-ci de-là. Tout ceci ne peut que contribuer à la marginalisation du phénomène de violence propre à chaque société.

Violence médicale, violence médicalisée

Dr Geneviève JADOUL - Médecin coordinateur en SRA et membre du Comité d'éthique du Village n°1

Les 17 et 18 novembre 2006 s'est tenu au Village n°1 un intéressant colloque sur le thème de la violence en institution. Organisé par le Comité d'éthique dudit Village, il entendait aborder sans tabou tous les types de violence que l'on peut rencontrer dans nos institutions, et s'adressaient à tous les partenaires : le personnel, les résidents, les familles, les dirigeants,...

À côté des brillantes conférences qui ont émaillé ces 2 jours, se tenaient également divers ateliers dont un sur la violence médicale et la violence médicalisée. De quoi s'agit-il ?

Si je me réfère pour commencer à la définition de la violence selon l'OMS, il s'agit de l'usage ou la menace d'usage intentionnel de la force physique ou du pouvoir, à l'encontre de soi-même, d'une autre personne, d'un groupe ou d'une communauté, causant ou pouvant fortement causer des traumatismes physiques et psychologiques,

la mort, l'absence de développement ou la privation.

Il manque à mon sens dans cette définition la motivation à l'usage de cette violence, et qui est primordiale pour mon propos. On peut en effet avoir une bonne raison, médicale ou non d'ailleurs, de recourir parfois à la violence. C'est évident quand on est amené à intervenir (violemment) pour secourir quelqu'un qui est en danger.

Donc voici ma propre définition de la *violence médicale* : c'est l'usage de la force ou du pouvoir, par un professionnel de la santé, pour infliger un acte médical non accepté par le patient, cet acte étant a priori posé pour le bien du patient (sinon on sort du cadre médical...)

Cette violence peut s'exercer par la persuasion, par la manipulation, la séduction (exemple des charlatans!), mais aussi par la violence verbale (menaces,...) ou physique (tenir le patient pour l'examiner, pour lui faire une prise de sang, ...). Cela peut être ou non justifié, l'appréciation de la situation étant souvent très subjective...

Quant à la *violence médicalisée*, c'est une réponse médicale à un problème de violence, ce qui n'est peut-être pas la manière la plus adéquate d'appréhender cette question...

Prenons par exemple l'usage des psychotropes dans les troubles du comportement, situation devenue banale (ou banalisée ?) dans nos centres.

L'objectif devrait rester le bien-être de la personne handicapée mentale et non pas la tranquillité du personnel et de l'institution !

Certains résidents sont tellement habitués à recevoir des médicaments qu'ils demandent parfois eux-mêmes un médicament lorsqu'ils sont en colère, voire même quand ils sont tristes !...

Certains « troubles du comportement » sont des réactions saines à un environnement hostile ou injuste, ou ressenti comme tel par la personne. Dans ces cas, il faut éviter de les confondre avec des troubles mentaux !

Dans tous les cas, l'administration d'un « calmant » ne doit pas nous faire faire l'économie d'une recherche de sens au trouble du comportement.

Les neuroleptiques sont indiqués dans les psychoses, mais ils sont aussi très couramment utilisés pour contrer les troubles du comportement chez les personnes avec handicap mental. Pourtant, aucune étude scientifique ne permet de valider un tel

usage qui reste donc empirique. On constate d'ailleurs que ça marche chez certains mais que d'autres semblent imperméables même à de fortes doses de plusieurs médicaments combinés.

Il est utile de rappeler que ces médicaments agissent via le blocage de récepteurs dans le cerveau, récepteurs de différents neurotransmetteurs, ce qui entraîne un état d'indifférence psychomotrice. Ils seront donc surtout efficaces en cas d'agitation et d'excitation (et pas en cas de colère !). Ce n'est pas une baguette magique, et les effets secondaires ne sont pas négligeables. C'est pourquoi la durée de traitement doit être aussi courte que possible et qu'il faut rechercher la plus petite dose efficace. On est parfois loin du compte...

Étiqueter une personne handicapée mentale de « violente » est réducteur car la violence se vit toujours dans le cadre d'une relation : constater que telle personne manifeste de la violence envers tel ou tel membre du personnel ou tel autre résident et jamais avec d'autres ne signifie pas que l'on pointe ces personnes comme causes de la violence mais qu'il y a là matière à réflexion afin de trouver des pistes pour en sortir.

Pour en revenir à la violence médicale, je citerai quelques exemples de la médecine préventive, puis de la médecine curative.

Les examens de dépistage peuvent être ressentis comme violents par la personne handicapée mentale, et d'autant plus qu'elle n'en comprend pas le sens. Exemples : mammographie pour le dépistage du cancer du sein, examen de la prostate par toucher rectal.

L'éducation à la santé peut aussi représenter une forme de violence si elle est imposée. Exemples : les restrictions en matière de tabac, alcool, alimentation, sexualité (intrusion dans la vie intime), l'obligation à faire de l'exercice physique, ...

Les vaccinations sont quelque part « violentes » aussi car elles peuvent engendrer peur et douleur.

Un simple examen clinique peut s'apparenter à une forme de violence, chez les autistes par exemple, a fortiori les examens paracliniques tels que prises de sang, examens divers, l'hospitalisation le cas échéant. Il en est de même avec l'imposition de régimes alimentaires, en cas de diabète, maladie cœliaque, hypercholestérolémie, insuffisance rénale, obésité, etc....

Les soins de nursing, toujours intrusifs dans l'intimité de la personne sont

aussi, quelque part violents. Ils le seront d'autant plus que le professionnel est soit trop proche, soit trop distant et/ou qu'il ne dispose pas de suffisamment de temps pour ces tâches. Il faudra donc trouver un juste équilibre, dans une saine relation où le professionnel met des mots justes sur ses actes. Tout cela requiert une solide formation spécifique.

Pour prévenir la violence médicale et/ou médicalisée, il est primordial de :

- considérer toujours la personne handicapée mentale comme sujet et non comme objet (de soin), de lui laisser autant que possible le choix de qui va l'aider à résoudre son problème, ne pas s'imposer d'office...

D'où l'importance de la relation, du lien, du respect. Dans cette relation, le professionnel peut aussi exprimer ses propres émotions, avec des limites bien sûr...

- se recentrer sur les besoins de la personne, qui ne sont pas nécessairement ceux de l'institution (possibles conflits d'intérêts !)
- abandonner ses illusions de toute-puissance : le professionnel, médical ou pédagogique, n'a pas réponse à tout ! Attention à la position d'«expert» qui sait (à la place de l'autre !)

Travailler en équipe permet de trouver des pistes d'intervention plus riches que si chacun travaille dans son coin.

Je laisserai le mot de la fin à J-Fr Malherbe qui concluait ainsi un article sur les risques de violence dans l'accompagnement (1) :

« Par l'écoute, le médecin peut remplir sa véritable fonction sociale qui est d'abord de ne pas nuire, c'est-à-dire de ne pas enrôler dans la maladie ceux qui n'ont pas à l'être, ensuite de diagnostiquer la maladie de ceux qui souffrent d'altérations organiques ou fonctionnelles et, enfin de les aider à recouvrer la santé. C'est à ce prix et à ce prix seulement que la médecine entendra la souffrance des hommes au lieu de la faire taire. »

(1) Revue « Frontières », extrait du Vol 17, n°1, automne 2004.

Violence sexuelle et personne handicapée

Dr. JL. EVRARD - *Psychiatre - Chef de Service Hôpital Sainte Thérèse Montignies-sur-Sambre.*

Introduction

Bien plus que pour les handicapés physiques, l'affectivité et la sexualité des déficients intellectuels ont été de tout temps passées sous silence et les abus sexuels dont ils sont plus fréquemment qu'on ne le pense victimes, ignorés. Il est très difficile de se faire une idée épidémiologiquement fiable de ce phénomène, à la fois ignoré et en grande partie caché. Il existe en effet une sorte d'omerta de la part de ces personnes, des familles et des institutions, dans un vain souci de protection, qui fait qu'on ne connaît que la partie émergée de l'iceberg et qu'on sous-estime l'ampleur du phénomène. On évalue pourtant en général que la fréquence observée est de 3 à 5 fois supérieure à celle constatée dans la population générale.

Dès lors, les questions se posent bien entendu de savoir où se passent ces violences sexuelles, avec quels « abuseurs », dans quelles catégories d'âge, comment elles se traduisent dans le comportement des « abusés », pouvant être reconnues et prises en charge par les intervenants, malheureusement souvent trop tardivement.

Au sein des familles et des institutions :

La vulnérabilité des personnes handicapées est augmentée du fait qu'elles vivent souvent, quel que soit leur âge et malgré les apparences, dans un véritable désert affectif, aussi bien en famille qu'en institution et que leurs déficits cognitifs, l'absence d'éducation sexuelle, leurs failles narcissiques, leur pauvreté d'imagination et leurs troubles de personnalité concourent à renforcer les risques.

De plus, la dépendance conditionne l'existence, dans *les relations parents-enfants*, d'un climat très particulier, caractérisé par un rapport de proximité excessif, une confusion des rôles et des générations, observé avec une extrême fréquence et décrit sous le nom de climat incestueux (Salbreux 1997). Un tel climat peut d'autant plus facilement conduire à l'inceste que l'autre parent, évincé de la relation, a perdu de fait son pouvoir protecteur et séparateur.

Alors que l'abondante littérature disponible sur les abus sexuels en général,

indique que l'inceste trans-générationnel est beaucoup plus fréquent du type père/fille, ici, ces passages à l'acte incestueux, qui demeurent assez rares, sont souvent de type mère/fils (Ballogh-Salbreux 2001).

Le même phénomène se retrouve *en institution* en raison du véritable corps à corps parfois rendu nécessaire pour prendre soin et donner des soins aux sujets les plus dépendants. Il en résulte une recrudescence d'abus sexuels et notamment de viols (enquête DGAS France 2002).

Si dans les institutions pour enfants et adolescents, 60% des violences sexuelles sont le fait des autres résidents, dans celles pour adultes handicapés mentaux, les professionnels sont impliqués dans 73% des cas.

Globalement cependant, il existerait une surreprésentation féminine des victimes d'abus sexuels chez les personnes handicapées mentales (72%), la majorité des abus ayant lieu au domicile des victimes qui connaissent leur abuseur dans 92% des cas. (Furrey. U.S. 1994).

Tout ceci n'est guère enseigné ni connu des différents acteurs de la prise en charge : il existe d'ailleurs semble-t-il une corrélation entre l'épuisement professionnel des accompagnants, la maltraitance des personnes accueillies et l'insuffisance de formation.

Pratiquement, tous les auteurs consultés réclament une formation du personnel, notamment d'encadrement éducatif, dans ce domaine rendu difficile par les préjugés et les implications affectives personnelles.

Néanmoins, certains auteurs (Tomkiewicz 2001) pensent que les handicapés mentaux, par leur vulnérabilité, leur faiblesse ou leur absence de défenses, par leur pauvreté de langage et de crédibilité, attirent des sadiques et des pervers sexuels qui se croient assurés d'une impunité bien plus grande qu'avec d'autres victimes potentielles...

Comment la reconnaître:

La personne handicapée mentale étant avant tout une personne comme les autres, on peut s'attendre à ce que la symptomatologie psychiatrique liée à l'abus sexuel dont elle a été victime soit dans l'ensemble semblable à celle décrite habituellement dans ces cas sous le vocable de «syndrome de stress post-traumatique» (DSM IV-R), ceci bien entendu conjointement aux signes somatiques directs de l'agression.

Cependant, compte tenu de leur pauvreté habituelle du langage, on ne peut guère compter sur leur témoignage et ce sont bien souvent des signes indirects qui doivent alarmer, surtout s'ils sont d'apparition récente. Ce seront souvent :

- des comportements d'évitement tels que refus de se déshabiller, de laisser faire sa toilette par certains accompagnants dont les caractéristiques rappellent l'agresseur,
- des troubles du sommeil avec agitation ou cauchemars,
- hyper-vigilance diurne,
- gêne excessive lors d'un contact physique banal voire même à l'égard de tout adulte qui s'approche,
- parfois, à l'inverse, des comportements séducteurs ou excessivement sexualisés, avec aussi parfois des masturbations ou des agressions sexuelles sur d'autres personnes de l'entourage résidentiel,
- apparition de phénomènes d'automutilations, fugues, passages à l'acte divers, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, régression du contrôle des fonctions sphinctériennes,
- dégradation de l'hygiène corporelle,
- somatisations telles que céphalées ou douleurs abdominales, baisse des performances cognitives...

Malgré le nombre élevé de ces symptômes, certes peu spécifiques, surtout pris isolément, la découverte n'est que rarement rapide et immédiate, laissant souvent rater les preuves somatiques, si minimes fussent-elles, mais combien importantes sur le plan médico-légal.

Le repérage de l'un ou l'autre de ces signes d'alarme, et si possible de plusieurs, surtout s'il s'agit de comportements inhabituels, devrait dans une organisation institutionnelle, déclencher le regard attentif des accompagnants à domicile ou, en milieu résidentiel, des autres membres de l'équipe.

La prévention :

La meilleure des préventions contre les maltraitances sexuelles résidera donc en un esprit de vigilance : à domicile, cela signifie donc un esprit en éveil à l'égard d'une éventuelle modification du comportement ou du climat relationnel, tandis qu'en institution, cela impliquera une réflexion commune pour organiser une entraide des accompagnants les uns par rapport aux autres, avec un regard sur la qualité de la relation, une disponibilité et une écoute vis-à-vis des difficultés rencontrées afin d'aider le ou la collègue à garder des distances justes.

Le parcours judiciaire et thérapeutique :

Ces questions qui impliquent bien plus que la plainte auprès du Procureur du Roi et le parcours médico-légal des expertises somatiques et psychiatriques ainsi que la prise en charge par la suite des troubles subis, dépassent le cadre de cet exposé.

En conclusion :

Interdire la sexualité des handicapés mentaux, la dénier ou la mettre sous le boisseau, n'a jamais rien résolu. Ces comportements, peu acceptables sur la plan éthique, ont largement montré leurs limites en nous mettant en présence d'une augmentation importante des risques d'abus sexuels chez les handicapés mentaux et des conséquences dont ceux-ci se seraient bien passés. L'absence d'éducation affective et sexuelle et, plus encore l'oubli d'un accompagnement affectif réel et d'une réflexion éthique dans les protocoles de prise en charge ambulatoire et/ou institutionnelle, constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaire qu'il y a lieu de combattre.

Violence et handicap

Le point de vue d'un juge de la jeunesse

Catherine GOUGNARD - Vice-Présidente et Juge de la Jeunesse - Tribunal de 1ère Instance de Charleroi

Le tribunal de la Jeunesse a comme fonction, entre autres, de prendre des mesures au profit des mineurs victimes ou auteurs de faits de violence ; il est ainsi amené à imposer ces mesures, directement ou indirectement aux parents ; la règle est évidemment la même pour tous, y compris pour les parents et les enfants atteints d'un handicap.

Pourquoi ai-je peu d'expérience à partager avec vous ?

Tout d'abord parce que les personnes ne se définissent pas par leur handicap et que les parents violents ne sont pas traités par le système judiciaire d'une manière spécifique. La justice tient compte de leur handicap, mais applique les mêmes règles à tous. C'est la même chose pour un enfant « handicapé » victime de violences : les mêmes raisonnements sont appliqués pour décider s'il faut, par exemple, l'éloigner de

ses parents.

A mon niveau, l'indulgence vis-à-vis d'un parent violent parce qu'il porte un handicap n'est pas la bonne démarche. Il n'est pas non plus question de tolérer la violence vis-à-vis d'un enfant handicapé. Il faut intégrer ces difficultés, en tenir compte, mais seul l'intérêt de l'enfant guide la décision. Son intégrité physique ou psychique est-elle assurée ? Ne s'épanouirait-il pas mieux loin de ses parents ? Une aide à domicile imposée serait-elle suffisante ?

Je pense, par exemple, à ces parents qui avaient complètement rejeté leur enfant quadriplégique et qui le battaient ; je peux avoir de la compassion pour eux, mais l'enfant doit être éloigné. En sachant qu'il a peu de chance de trouver une famille d'accueil et en étant donc d'autant plus prudent.

Je dois d'ailleurs reconnaître que, dans ma pratique professionnelle, la proportion d'enfants maltraités, atteints d'un handicap bien défini ou dont les parents le sont, est relativement faible. Mon explication intuitive est que ces familles sont en contact avec des services sociaux, dont elles acceptent généralement l'aide, qui peuvent rapidement diagnostiquer une difficulté et y remédier sans qu'il faille faire appel à la justice. Ces situations restent en dehors du champ du judiciaire.

Et s'il faut protéger un enfant handicapé moteur, ou aveugle par exemple, cela se fait en général sans intervention de la justice : les rares situations où la justice intervient concernent des familles comprenant des enfants handicapés et d'autres qui ne le sont pas.

Par contre, je parlerais d'une grande proportion d'enfant victimes de violences et de négligences, quand les parents souffrent d'un handicap mental non reconnu et qui n'est pas pris en charge par des services adaptés : débilité légère, troubles du comportement. Rares sont les services qui ont les outils pour intervenir efficacement dans ces familles ; les autres se découragent, en sorte que les enfants sont soit livrés à eux-mêmes, soit séparés de leurs parents.

Gardons à l'esprit qu'il s'agit pour moi de vous parler de violence au sens strict. Et que je ne parle pas des situations de parents souffrant d'un handicap qui peut avoir un impact sur le développement de l'enfant, hors de toute violence physique ; je pense spécialement aux parents schizophrènes ; les services et les familles sont rarement d'accord sur l'impact que cette ma-ladie a sur les nourrissons, et c'est alors à la justice de trancher.

Quand un juge de la Jeunesse réfléchit à son expérience par rapport aux

enfants handicapés, c'est essentiellement aux enfants dits « caractériels » qu'il pense. On est au cœur du sujet, puisque ces enfants sont souvent violents, vis-à-vis de leurs proches, de leurs parents comme de leurs éducateurs.

Et c'est là où je suis confrontée à deux graves difficultés.

Tout d'abord, force est de constater qu'il arrive régulièrement que les enfants « caractériels » soient renvoyés des structures prévues pour eux, au seul motif qu'ils se comportent de façon... caractérielle. Il est évident que la prise en charge de ce type d'enfant doit être souvent pénible, et mon propos n'est en aucun cas de critiquer. Je suis convaincue que, dans la plupart des cas, les institutions font un maximum avant de se résoudre à renvoyer un enfant caractériel en raison de ses troubles du comportement. Je reconnais qu'ils doivent se protéger et protéger les autres jeunes dont ils sont responsables.

Mais ces jeunes sont donc renvoyés à eux-mêmes et à leurs familles, dépassées ou dysfonctionnelles. Ils deviendront des adultes asociaux ; leurs parents seront brisés et n'apporteront pas aux frères et sœurs l'éducation à laquelle ils ont droit.

Est-il normal qu'une société qui reste une des plus riches et des plus « civilisées » du monde en soit arrivée là ? Est-ce seulement une question de financement ?

A côté de ces jeunes qui se font renvoyer, il y a la catégorie des jeunes dont personne ne veut : les institutions d'aide à la jeunesse, qui estiment ne pas avoir les moyens de les prendre en charge à cause de leurs limites, et celles de l'Awiph, qui estiment ne pas être à même de faire face à leur violence potentielle.

Que deviendront demain ces jeunes devenus adultes ? Quelles charges représenteront-ils ?

La seconde difficulté résulte de ce que les « autorités » et les adultes en général sont confrontés à des jeunes de plus en plus nombreux, me semble-t-il, qui sont incapables de se contrôler : je fais référence aux « enfants rois » devenus adolescents, à qui plus personne ne peut rien imposer, qui « pètent un câble » (expression courante) à la moindre contrariété, qui se gâchent la vie et qui gâchent celles de leurs proches, et qui sont évidemment violents : essentiellement avec leur mère et leurs professeurs.

On ne va pas tous les placer dans des institutions, qui d'ailleurs refusent de les accueillir. On ne va pas les bourrer de médicament (c'est pourtant ce qu'on fait). Le problème doit donc être résolu différemment et à mon avis il est urgent que les

parents et les éducateurs, bref que la société en général prenne ce problème à bras le corps.

Il est urgent que la collectivité se définisse par rapport aux valeurs qu'elle souhaite transmettre aux générations futures ; ainsi les adultes pourront légitimement imposer des limites, des règles, des normes à ces générations. L'enfant ne serait plus la seule valeur universelle, la valeur refuge, celui à qui rien ne peut donc être refusé. Il serait, simplement, qu'il soit ou non handicapé, l'avenir.

La violence ?

Aussi une question de distance...

Professeur Michel DUPUIS - *Centre d'anthropologie philosophique*
Université catholique de Louvain

Depuis toujours les philosophes ont défini la violence comme un processus foncièrement relationnel, qui s'adresse donc à un «autre», mais qui contredit la relation normale de communication. La communication serait de l'ordre du «logos» : logique, langage, raison, rationalité, équilibre, retenue, précision,... La violence serait de l'ordre du «chaos» : force sauvage, puissance, sentiment global, déchaînement, transgression des limites, langage incompréhensible,...

Relationnelle mais chaotique, la violence rompt les amarres et dépasse les bornes : on sort de soi, on se trouve hors de ses gonds, on investit l'espace de l'autre : par des mots ou par des gestes, le violent brouille les marques qui garantissent normalement la circulation des personnes, des corps, des idées. Envisagée de cette manière, la violence a quelque chose à voir avec la mauvaise gestion de la bonne distance.

De quoi s'agit-il ? Pour nous les êtres humains, corps et âme, les relations interpersonnelles obéissent à un jeu assez précis de distances de tous ordres. Avec des variantes culturelles certes très importantes (qui font que les interlocuteurs se touchent, s'approchent ou se tiennent à distance lors d'une même conversation), les humains vivent en permanence dans une distance (ou une proximité) qui crée ou réalise, par exemple le respect, l'affection, la compassion, le dégoût, etc. Tous ces sentiments vécus s'incarnent, prennent chair, dans un espace organisé en distances relativement précises.

Une manière de prévenir ou de corriger une relation violente, consiste à gérer de façon plus attentive - plus professionnelle, aussi - ces distances interpersonnelles, tant «matérielles» (les centimètres qui séparent nos corps) que «psychologiques» (l'attention et le respect qui séparent nos pensées). Dans la relation de soins, le professionnel sait fort bien que l'éloignement compte autant que la proximité, au sens où on se retient de plonger dans le vécu de l'autre mais qu'on reste en «compagnie», en «accompagnement». A égale distance de l'abandon (pure distance) et de la fusion (pure assimilation), le professionnel du soin (soignant, éducateur, enseignant, travailleur social, policier, etc.) cherchera à se positionner adéquatement.

En ce sens, il y a effectivement une éthique et une déontologie de la distance, qui, toutes deux contribuent à réduire les effets de relation violente : aussi bien la violence du soigné que celle du soignant.

Pour ne prendre qu'un seul exemple, l'exigence (d'ailleurs légale) du consentement effectif, libre et éclairé porte précisément sur la justification d'une « violence » médicale ou soignante éventuelle (test, injection, opération, etc.) qui hésite à dire son nom parce qu'elle est, heureusement, parfaitement justifiée à ce moment-là, dans cette situation-là, sur cette personne-là. Le consentement est une forme de distance prise par le soignant (qui peut s'abstenir, se retenir, ne pas intervenir) et réduite par le soigné (qui accepte pour son bien de se laisser approcher et prendre).

Ce dernier mot retiendra notre attention pour une réflexion ultérieure : à côté de la distance, la question de la «prise» est essentielle dans la gestion de la violence.

Les personnes handicapées mentales internées dans les prisons: une situation sans issue ?

Une tentative de solution !

L'équipe de l'ANAHM

La situation des personnes présentant une déficience intellectuelle ayant commis un délit est-elle sans issue?

N'étant pas responsables de leurs actes, elles font l'objet de procédures d'internement. Qu'advient-il d'elles alors ?

Qui sont-elles ? Quel avenir pour elles ? Quelle prise en charge ? Quelle qualité de vie ?

Bien souvent oubliées, le nombre des personnes handicapées mentales internées dans les prisons ne cesse d'augmenter en Belgique. Que l'on se trouve au nord ou au sud du pays, des solutions s'imposent pour permettre la progressive réinsertion de ces personnes mais aussi des mesures préventives permettant d'éviter leur entrée dans les prisons.

Les personnes handicapées mentales qui se trouvent actuellement internées dans les établissements pénitentiaires belges ont commis un fait qualifié de crime ou délit et ont été reconnues incapables du contrôle de leurs actions. La loi prévoit que ces personnes bénéficient de soins adaptés puisqu'elles ne peuvent tirer profit d'une structure basée sur la discipline, comme c'est le cas à l'intérieur des prisons.

Dans les faits, faute de places disponibles, les personnes séjournent d'abord un long moment dans les annexes psychiatriques des prisons avant d'être intégrées dans un établissement de défense sociale. L'internement n'est pas une condamnation, ni une peine mais une mesure qui protège la société et facilite le traitement du délinquant.

Mais, dans la pratique, la procédure pose certaines questions quant aux longues périodes d'attente, au placement ne tenant pas compte de la problématique spécifique de la personne... Ainsi, ces internés sont souvent contraints de rester dans le régime normal de la prison avec les autres détenus. Ce régime disciplinaire amène beaucoup de difficultés pour ces personnes qui entrent dans une spirale négative avec des problèmes de conduite et d'isolement et donc des difficultés de plus en plus grandes pour réintégrer la société.

Nous demandons à nos responsables politiques d'adopter une attitude positive pour ne pas sous-estimer la problématique relative aux personnes handicapées mentales internées dans les prisons :

Dans un premier temps en reconnaissant et décrivant la problématique, c'est-à-dire en effectuant des études scientifiques pertinentes afin de déterminer combien de personnes sont concernées, où séjournent-elles et quelle est leur problématique spécifique.

Dans un deuxième temps en prenant les mesures efficaces pour aborder le problème à différents niveaux : préventif, à propos du dépistage (formation des

policiers), pendant l'enquête (expertise), après la décision et jusqu'à l'internement :

1. La prévention

Nous sommes convaincus que beaucoup de problèmes pourraient être évités si la prévention était plus intense. Il faut accompagner de manière constructive les personnes handicapées présentant des problèmes de comportement et renforcer les réseaux afin d'éviter les méfaits.

Par exemple, l'éducation sexuelle d'une personne présentant un handicap peut éventuellement éviter un comportement déplacé.

2. Les mesures de mise en examen préalables à la décision d'internement

Tant pendant l'examen que lorsqu'une expertise est ordonnée, les chercheurs doivent être formés au handicap mental.

Lorsqu'une expertise est ordonnée, elle doit répondre à des critères objectifs de qualité. Or, aujourd'hui, il n'y a aucune exigence précise en la matière. Dès lors, tout est possible.

Actuellement, les résultats de l'expertise peuvent tout aussi bien consister en une demi page comme se présenter sous la forme d'un rapport volumineux.

De plus le résultat ne dépend que de l'opinion personnelle du psychiatre ainsi que de son parti pris et enfin, des conclusions finales qu'il mettra par écrit.

Ceci est valable tant pour l'expertise initiale, que pour les expertises ordonnées plus tard par le C.B.M. (dans ce cas... uniquement du rapport initial sans tenir compte de l'évolution de l'interné).

3. La durée du séjour

Une personne internée, en principe, ne devrait pas rester en prison plus longtemps que quelqu'un qui aurait été condamné pour un crime similaire. Et ce, même s'il s'agit d'une unité psychiatrique.

Il y a là atteinte directe au droit fondamental de recevoir un traitement égal.

De plus, un plan d'action ainsi qu'un projet pédagogique devraient être proposés pour chaque personne internée afin d'en finir avec ce cercle vicieux.

4. La vie sociale en prison et en institution

Un besoin pressant se fait ressentir au niveau de l'encadrement des personnes internées. Ces dernières doivent d'une part, être accompagnées par un nombre suffisant d'orthopédagogues, de psychiatres et de personnel infirmier et d'autre part, être préparées à quitter ces institutions pour être réinsérées dans la vie en société.

Les gardiens de prison et toute personne encadrant la personne internée devraient recevoir une formation pour qu'ils puissent remplir une fonction pédagogique.

(De Nieuwe Wandeling avec les gardiens de la prison de Gand)

Les personnes internées doivent avoir le droit à une vie privée et non pas, comme c'est le cas actuellement, séjourner dans des cellules surpeuplées ou comme à Merksplas dans une salle commune.

Un flux plus grand et plus rapide solutionnerait le problème de surpopulation.

Les personnes internées doivent pouvoir exercer une activité intéressante. Or, actuellement, elles n'ont rien à faire, situation qui les fait régresser.

5. De nouvelles initiatives

Les projets encourageant la réintégration dans la société doivent s'étendre :

- des projets de transition, c'est-à-dire travailler avec les personnes internées dans les prisons en vue de faciliter leur sortie ;
- un plus grand nombre de centres de jour, de maisons pour non - travailleurs, d'habitations supervisées, etc. ...

6. La constitution d'une commission intergouvernementale

Vu les compétences morcelées de l'Etat fédéral, des communautés et des régions, une commission intergouvernementale devrait être mise sur pied pour favoriser la collaboration ainsi que la concertation entre les différents niveaux de pouvoir. Actuellement, chacun se renvoie la balle.

Nous souhaiterions vivement être représentés en tant que conseillers

expérimentés au sein des Ministères de la Justice, des Affaires Sociales et de la Santé.

La violence à l'égard des personnes handicapées : un problème de société

Professeur Michel MERCIER - *Directeur de Département - Faculté de Médecine, Namur*

Ne peut-on pas dire que dans leur quotidien les personnes tributaires de handicap sont soumises à des violences ou des maltraitements psychologiques ? Le handicap lui-même est une mutilation qui entraîne une blessure affective. Les étapes de la réaction au choc du handicap en témoignent : le déni, la néantisation, la révolte, la dépression sont autant de réactions psychologiques qui montrent à quel point la personne est blessée.

Cette blessure est parfois accentuée par l'entourage qui collabore à cette réaction au choc: c'est tout le système familial qui est souvent blessé en cas de survenance de handicap.

La société elle-même n'est-elle pas génératrice de violence ? En effet, ce n'est que depuis peu de temps que l'on dénonce les discriminations à l'égard des personnes handicapées dans l'accès à la culture, aux loisirs, à l'enseignement et au travail.

Des entraves et des obstacles à la non-discrimination sont encore très prégnants dans notre système social : c'est la problématique de l'accessibilité dans tous les domaines de la vie sociale qui est posée.

La Déclaration de Madrid prônant la non-discrimination, les actions positives et l'accessibilité généralisée va dans le sens d'une diminution de cette violence sociale.

La Classification Internationale des Fonctionnalités qui prône la participation sociale et le modèle de Processus de Production du Handicap qui implique le respect des habitudes de vie, marquent des pas importants dans le sens d'une réelle reconnaissance de la personne handicapée, avec ses spécificités, en tant qu'acteur social à part entière.

Les représentations sociales en terme de manque, de non productivité, de perte de rendement, de non qualification sont autant d'éléments ancrés dans les symboles sociaux qui sont aussi des formes de violence à l'égard des personnes handicapées.

Nous avons voulu mettre l'accent sur le fait que la violence à l'égard des personnes handicapées n'est pas seulement un phénomène de relations interpersonnelles mais aussi un phénomène de société qui implique des actions politiques, des changements idéologiques et de sensibilisation en vue de modifier les représentations sociales négatives.

Nous proposons de ne pas négliger les violences interpersonnelles, les abus, les négligences à l'égard des personnes handicapées qui peuvent surgir aussi bien dans les familles que dans les institutions.

Des responsabilités éthiques de chacun, à l'égard des personnes, sont en jeu ; mais, il s'agit également aborder le problème au niveau sociétal.

Si la société tolère des violences cachées, sournoises, peu explicites, on ne fait que renforcer les risques de violences interpersonnels dans des contextes micro-sociaux.

L'enfant handicapé ou polyhandicapé : entre la négation et la reconnaissance de sa douleur

Françoise FOU CART - *Maître-Assistant et Maître de Formation Pratique -
Institut Supérieur de Nursing - Mons*

1. Introduction

La fin du 20^è siècle a été particulièrement riche en enseignements pédiatriques ; notamment concernant l'enfant handicapé ou polyhandicapé dont les capacités motrices, d'expression et surtout de communication étaient depuis trop

longtemps niées voire ignorées.

Pourtant, quel que soit l'âge et le handicap, l'enfant se comporte de façon naturelle pour autant que ses besoins physiques surtout et psychologiques aussi soient satisfaits.

De nombreux éléments peuvent modifier ce comportement naturel ; la douleur est un de ces éléments.

Qu'elle soit objectivée ou non, la douleur imprime toujours dans le corps et dans la mémoire des traces que seuls les professionnels de l'enfance peuvent détecter.

C'est sur ces traces que je vous emmène.

II. "LE" handicap et l'intervention professionnelle

Pour poser le diagnostic d'inconfort et aussi de douleur, il faut déchiffrer chez l'enfant handicapé ou polyhandicapé un code, un moyen d'expression qui est de toute façon parasité par des troubles moteurs ou/et des manifestations émotionnelles évidentes.

Il importe donc de bien connaître la ligne comportementale de base : le code ou moyen d'expression habituel chez ces enfants (comme tout autre d'ailleurs) et ce, en dehors de phénomène ou situation algique ; ceci constitue le profil de référence.

Notons que ce profil (et ses déviations) fait l'objet d'une observation attentive et scrupuleuse de la part des soignants et partenaires de soins, je pense particulièrement aux infirmiers, aux kinésithérapeutes autant qu'aux parents, instituteurs et éducateurs.

Ce profil peut soudainement ou petit-à-petit devenir différent : des signes d'appel sont recensés.

Ces signes sont soit spontanés ou par ailleurs déclenchés (par exemple lors de mobilisation, de nutrition, lors de soins d'hygiène...) ; il s'agit des pleurs, de cris, de mimiques qui sont "inhabituels", de l'augmentation ou de la survenue d'actes auto-vulnérants, de troubles alimentaires (régurgitations, vomissements, mérycisme, perte de poids) ou encore de troubles du sommeil (augmentation de la fréquence des éveils, agitation, cris, plaintes)...

L'échelle de San Salvador (*) qui apprécie l'éloignement de plus en plus important par rapport au profil de référence permet de quantifier la douleur ressentie par l'enfant autant d'un point de vue intensité que durée.

Bien que trop peu utilisée, cette échelle reste à ce jour LA source de données utilisables pour prescrire et suivre l'application d'une thérapeutique antalgique efficace ; l'efficacité étant appréciée par le retour au profil de référence.

III. Les amis antalgiques de l'enfant

Depuis 20 ans, dans les services de Pédiatrie, sont apparues et utilisées de nouvelles méthodes dont le but est de diminuer le ressenti de la douleur, notamment lors de soins invasifs tels que : la ponction veineuse, le placement de cathéter pour perfusion, la réfection douloureuse de pansement (méchage, brûlure, plaie suintante,...) ou même incision d'abcédation ou encore soins dentaires.... Il s'agit de la pommade Emla®, de l'administration de glucose par voie orale, du Méopa®.

Nos enfants handicapés ou polyhandicapés n'en bénéficient que trop peu alors que ces moyens leur sont aussi destinés.

IV. Conclusion

A l'aube de ce 3e millénaire, les professionnels sont plus que jamais sollicités pour accompagner dignement l'enfant handicapé ou polyhandicapé dans son parcours institutionnel et ce, en pluridisciplinarité.

Un bien grand mot sans doute mais quel enrichissement et quelle satisfaction lorsque le professionnalisme converge au bénéfice de ces enfants dont nous tenons à prendre soin...

(*) : Collignon P. et Coll.

"La douleur chez la personne handicapée" - Douleur et Analgésie 1997 - 1, 27-32

Sport adapté

Les dossiers de la FéMA

La FéMA a préparé pour nous :

des *dossiers techniques intéressants* concernant différentes disciplines sportives adaptées.

A commander à la :

Fédération Multisports Adaptés -chaussée de Haecht, 579 Bte 40 - 1031 BRUXELLES

Sport Adapté

Dossiers Techniques

La pétanque adaptée	Gratuit
La voile adaptée	5 €
Les activités motrices	5 €
La Cyclo danse (DVD)	10 €
Frais de port	2,50€

Fédération Multisports Adaptés
Chée de Haecht, 579 Bte 40
1031 Bruxelles
Tel: 02046.42.95 - Fax: 02046.49.88
Site: www.sportadapte.be
E-Mail: info@sportadapte.be
N° compte: 005-221099-94

La pétanque adaptée
Les activités motrices
DVD technique PÉLAN
La voile adaptée
La cyclo danse

... et aussi un **site Internet plein de nouveautés** ! A consulter !

Sport Adapté

Site Internet

Du nouveau à FéMA!
Vous pouvez maintenant consulter notre site mis à jour régulièrement, présentant nos activités, photos des activités passées, et toutes informations utiles pour les amateurs de sport adapté. Venez nous voir!

Fédération Multisports Adaptés
Chée de Haecht, 579 Bte 40
1031 Bruxelles
Tel: 02046.42.95 - Fax: 02046.49.88
Site: www.sportadapte.be
E-Mail: info@sportadapte.be

www.sportadapte.be

Droit de réponse

Martine BERGER - *Présidente de la section de l'AFrAHM de Charleroi*

En accord avec les règles habituelles en la matière, la rédaction publie ci-dessous
un droit de réponse émanant de l'AFrAHM Charleroi.

Suite à l'article « Comment le médecin coordinateur contribue-t-il à la qualité de services », je me permets quelques remarques.

A la lecture de cet article je ne peux rester sans réaction, en effet à aucun moment la famille n'est citée comme partenaire du médecin, de l'institution ? Pourtant beaucoup de parents sont demandeurs, ils connaissent bien leur enfant et certains désirent continuer la prise en charge médicale (ou du moins faire partie des décisions) en ayant une collaboration active avec le docteur coordinateur de l'endroit ou est hébergé leur fils ou fille.

Le SRA est pour beaucoup de famille l'endroit où leur enfant va construire son avenir, la personne handicapée si elle reste l'axe autour duquel va s'organiser cette vie fait partie d'une famille qui reste un lien très important qu'il faut mettre en avant. Même si nous restons conscients de l'individualité de notre enfant et qu'une prise en charge doit resté personnalisée.

Il faut laisser à mon sens aux familles qui le désirent le choix du réseau médical et le médecin coordinateur (comme son nom l'indique) doit rester dans ce cas de figure la personne qui reçoit et diffuse les informations.

Tout changement de traitements prévus doit faire partie d'une concertation famille- médecin, comme les familles doivent apporter les infos aux médecins coordinateurs.

Il est important de donner à chaque famille la possibilité de choisir la formule de prise en charge médicale la plus adaptée à son mode de vie.

• Vie autonome : La canne blanche pour les personnes aveugles et malvoyantes

C. DUPONT - Ministre de la Fonction publique

