

Protection des adultes et enfants handicapés contre les abus



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus

Rapport élaboré par
M^{me} le professeur Hilary Brown

en collaboration avec
le Groupe de travail sur la violence, la maltraitance
et les abus à l'égard des personnes handicapées

Intégration des personnes handicapées

Editions du Conseil de l'Europe

Edition anglaise:

Safeguarding adults and children with disabilities against abuse

ISBN 92-871-4919-4

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit, enregistré ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, Internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou tout autre manière – sans l'autorisation préalable écrite de la Division des éditions, Direction de la communication et de la recherche (F-67075 Strasbourg ou publishing@coe.int).

Coverture: atelier de création graphique, Conseil de l'Europe

Mise-en-page: unité PAO, Conseil de l'Europe

Publié par les Editions du Conseil de l'Europe

<http://book.coe.int>

F-67075 Strasbourg Cedex

ISBN 92-871-4918-6

© Conseil de l'Europe, mars 2003

Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

TABLE DES MATIÈRES

	<i>page</i>
Résumé	7
Préface	15
1. Introduction	17
1.1 Le Conseil de l'Europe et la lutte contre les abus ..	17
1.2 Terminologie	19
1.3 Qui l'expression «personnes handicapées» vise-t-elle?.....	20
1.4 Valeurs sous-jacentes à l'autonomisation, à la discrimination et à l'abus.....	23
1.5 Objectifs du rapport.....	27
1.6 Structure du rapport.....	28
2. Qu'entend-on par «abus et maltraitance»?	31
2.1 Abus: Eléments de définition.....	31
2.1.1 <i>Les abus commis par différents auteurs</i>	33
2.1.2 <i>Les abus perçus dans différents contextes</i>	33
2.1.3 <i>Les abus en institution</i>	34
2.2 Types d'abus	36
2.2.1 <i>Châtiments corporels</i>	37
2.2.2 <i>Soins de santé insuffisants</i>	38
2.2.3 <i>Les abus commis dans l'entourage familial</i>	42
2.2.4 <i>Les abus commis par et dans les services d'assistance</i>	44
2.3 Facteurs sous-jacents	49
2.3.1 <i>Abus financiers et systèmes de prestations</i>	49
2.3.2 <i>Idéologies abusives</i>	53

2.4	Groupes doublement défavorisés.....	54
2.4.1	<i>Les abus commis sur des personnes appartenant à une minorité ethnique.....</i>	54
2.4.2	<i>Les abus à l'égard des femmes et des jeunes filles</i>	58
2.5	Porter des jugements nuancés.....	59
2.5.1	<i>Seuils</i>	59
2.5.2	<i>Respect du choix et consentement</i>	60
2.5.3	<i>Appréciation de la gravité</i>	64
2.6	Résumé.....	66
3.	Sensibilisation et recherche	71
3.1	Questions méthodologiques.....	71
3.2	Le nombre d'abus est-il en augmentation?.....	78
3.3	Résultats sur les abus commis sur des enfants handicapés à prendre avec précaution.....	81
3.4	Résultats sur les abus à l'égard des adultes handicapés à prendre avec précaution.....	83
3.4.1	<i>Les abus sexuels</i>	84
3.4.2	<i>Les abus physiques</i>	87
3.4.3	<i>Recherches sur différents types d'abus</i>	89
3.5	Causes individuelles et structurelles des abus.....	90
3.6	Production de données comparables entre les Etats membres.....	95
3.7	Synthèse et liste de contrôle.....	97
4.	Le rôle de la loi dans la protection des personnes handicapées	103
4.1	Rôle de la loi.....	103
4.2	Définition des actes d'abus.....	105
4.2.1	<i>Consentement et capacité</i>	106
4.2.2	<i>Capacité de prendre des décisions</i>	109
4.3	Prévention des abus et garanties complémentaires.....	111
4.3.1	<i>Détention et traitement forcé</i>	111

4.3.2	<i>Réglementation applicable aux travailleurs et à l'environnement.....</i>	113
4.3.3	<i>Réglementation du contrôle et contrainte.....</i>	114
4.4	Faciliter l'accès à la justice et aux voies de recours	119
4.4.1	<i>L'aménagement de l'audience.....</i>	120
4.4.2	<i>Cohérence des peines.....</i>	123
4.5	Résumé.....	124
5.	Etablissement de bonnes pratiques.....	129
5.1	Modèles de prévention.....	129
5.1.1	<i>Intervention à tous les niveaux.....</i>	131
5.1.2	<i>Exemples d'interventions à différents niveaux.....</i>	134
5.2	Prévention primaire.....	136
5.2.1	<i>Au niveau individuel.....</i>	136
5.2.2	<i>Au niveau des services d'assistance.....</i>	141
5.2.3	<i>Prévention des abus au niveau des pouvoirs publics et de la collectivité.....</i>	144
5.3	Prévention secondaire.....	145
5.3.1	<i>Au niveau individuel.....</i>	145
5.3.2	<i>Au niveau des services.....</i>	145
5.3.3	<i>Au niveau de l'Etat et de la collectivité.....</i>	150
5.4	Prévention tertiaire.....	157
5.4.1	<i>Au niveau individuel.....</i>	158
5.4.2	<i>Au niveau des services.....</i>	159
5.4.3	<i>Au niveau de l'Etat et de la collectivité.....</i>	162
5.5	Résumé.....	163
6.	Recommandations.....	167
6.1	Préface.....	167
6.2	Recommandations aux gouvernements des Etats membres.....	170
6.2.1	<i>Mesures favorisant la poursuite des travaux de recherche.....</i>	170

6.2.2	<i>Mesures visant à encourager la prévention primaire</i>	172
6.2.3	<i>Mesures destinées à faciliter une prompt détection, notification et investigation des pratiques abusives</i>	175
6.2.4	<i>Offre de traitement aux victimes d'abus</i>	177
6.2.5	<i>Mesures tendant à renforcer la protection juridique des personnes handicapées</i>	178
7.	Bibliographie	181
7.1	Documents du Conseil de l'Europe.....	181
7.2	Références générales	183
	Annexe	199

RÉSUMÉ

Au sujet du rapport

Le présent rapport examine une large gamme d'abus et de mauvais traitements dont sont victimes les enfants et les adultes handicapés. Il a été établi par le Professeur Hilary Brown, consultante, en coopération avec le Groupe de travail du Conseil de l'Europe sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées (Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique). En définissant l'abus, le groupe de travail a tenu compte du fait que la discrimination à l'égard des personnes handicapées était inextricablement liée aux abus et que souvent, les personnes handicapées recevaient moins d'aide que le reste de la population et n'avaient pas accès à des moyens efficaces de s'échapper ou de demander réparation lorsqu'elles avaient subi un préjudice. Le rapport vise à mettre en évidence l'étendue et la nature de ces abus, et à faire en sorte que les personnes handicapées soient protégées contre les préjudices délibérés ou évitables au moins autant que les autres citoyens, et que des mesures supplémentaires soient prises pour assurer la sécurité des personnes particulièrement vulnérables.

Le document propose:

- une définition exploitable de la violence, des abus, de la maltraitance et des négligences;
- des études de cas démontrant à quel point ces problèmes affectent la vie des personnes handicapées;
- une vue d'ensemble des recherches et des sources d'information concernant ces questions;

- des informations pour aider les professionnels à évaluer les risques auxquels sont confrontées les personnes handicapées;
- un exposé sommaire sur la façon dont ces problèmes sont traités par les pays membres;
- des exemples de bonne pratique en ce qui concerne la mise en place de politiques et de services;
- les grandes lignes du rôle des organisations publiques et non gouvernementales dans la lutte contre les abus dont sont victimes les personnes handicapées.

Définition des abus

Le rapport donne une définition pratique des abus qui englobe les abus physiques et sexuels, les préjudices psychologiques, les abus financiers, et les négligences et les abandons d'ordre matériel ou affectif. Il envisage les abus dans tous les contextes, en s'intéressant plus spécialement aux personnes qui continuent de vivre dans des établissements fermés et à celles qui sont victimes d'abus de la part de personnes en position d'autorité. Dans le rapport s'exprime l'inquiétude suscitée par l'absence d'équivalence en matière d'accès aux soins de santé. Une attention particulière est accordée aux groupes doublement défavorisés, tels que les femmes et les jeunes filles handicapées et les personnes handicapées membres d'une minorité ethnique ou d'une population réfugiée, ou vivant dans un pays déchiré par la guerre.

La capacité et le consentement sont considérés comme les principaux critères permettant de déterminer si un acte constitue un abus ou résulte d'un choix légitime posé par une personne handicapée, qui a le même droit que les autres citoyens de prendre une décision et de prendre un risque. Parmi les faits préoccupants, le groupe de travail relève:

- une prise en compte très insuffisante des besoins essentiels, notamment en termes d'alimentation, de soins de santé et d'accès aux services éducatifs et sociaux;

- des actes individuels de cruauté ou des agressions sexuelles commis par des individus dans l'exercice de leurs fonctions de soignants;
- des atteintes aux libertés civiles, telles que l'incarcération au mépris des lois, la "cohabitation forcée" dans des foyers d'accueil ou des institutions, l'interdiction d'avoir des relations sexuelles ou de se marier, l'absence d'intimité ou l'ouverture du courrier, l'interception des appels téléphoniques ou l'intrusion durant les visites en milieu institutionnel ou familial, et/ou l'isolement permanent par rapport aux structures de soutien ou de défense de leurs droits;
- des actes de brutalité ou de violence gratuite dans le cadre de la collectivité, dont certains peuvent constituer des formes extrêmes de préjugés très répandus à l'encontre des personnes handicapées, voire – et c'est plus grave – des idéologies de portée mondiale hostiles aux personnes handicapées;
- les pratiques abusives de certains intervenants, qui sortent largement du champ des normes professionnelles admises;
- les abus commis par d'autres utilisateurs de services d'assistance dans certaines structures où l'on ne s'est pas suffisamment soucié de constituer des groupes sûrs ou de prévoir des contrôles pour garantir la sécurité des placements;
- des traitements et des interventions autorisés qui ne vont pas dans l'intérêt de la personne et/ou reposent sur une perception incorrecte ou incomplète de son état et de ses besoins – par exemple, imposition de sanctions face à des comportements provocants, mise à l'isolement, traitements aux électrochocs sans accord de l'intéressé, ou encore programmes de thérapie de déconditionnement.

On entend par abus

tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les

opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter.

L'abus peut être commis par n'importe quel individu (y compris une autre personne handicapée), mais il est particulièrement grave quand il s'inscrit dans le cadre de rapports de confiance caractérisés par une position de force fondée sur:

- la situation juridique, professionnelle ou hiérarchique de l'auteur de l'abus,
- son pouvoir physique, économique ou social,
- le fait qu'il soit chargé de s'occuper de cette personne au jour le jour,
- et/ou les inégalités fondées sur le sexe, la race, la religion ou l'orientation sexuelle.

L'abus peut résulter de la cruauté individuelle, d'une mauvaise prise en charge ou de l'indifférence de la société.

Il nécessite une réponse proportionnelle – une réponse qui ne fasse pas un trait sur des choix légitimes posés par des individus handicapés, mais bien une réponse qui reconnaisse la vulnérabilité et l'exploitation.

Une vue d'ensemble des recherches

Le rapport donne une vue d'ensemble des recherches et invite les gouvernements à collaborer afin de produire des données comparables. Les enfants et les adultes handicapés devraient apparaître dans les statistiques courantes concernant la criminalité et les interventions au titre de la protection des enfants ou des adultes. S'il est impossible de chiffrer très précisément l'**incidence** (nombre de cas signalés dans un laps de temps donné), la **prévalence** (pourcentage de personnes handicapées victimes d'abus à un moment de leur vie) ou le degré accru de risque, on peut cependant affirmer que les personnes handicapées courent au moins autant, sinon plus, de risques que d'autres de subir des abus et ont besoin d'un

niveau de protection et de moyens d'obtenir réparation au moins aussi importants.

Les spécialistes s'accordent pour estimer que les risques d'abus sont accrus par les facteurs suivants:

- l'hostilité ou l'indifférence à l'égard de personnes visiblement différentes;
- les cultures, structures et régimes institutionnels où le personnel soignant directement en contact avec les intéressés est peu qualifié, mal considéré et peu rémunéré, où l'on observe une résistance au changement et la formation de groupes fermés, où il y a des inégalités au niveau des salaires, des conditions de travail et des possibilités de formation pour le personnel qualifié et non qualifié;
- le recours fréquent à de multiples soignants, pour les individus nécessitant une assistance personnelle et des soins intimes;
- l'ignorance et une mauvaise formation des agents qui s'occupent de personnes ayant des besoins complexes et/ou des comportements difficiles;
- l'absence de réglementation ou de véritable obligation de rendre compte à un organisme indépendant.

Les résultats des enquêtes et de l'évaluation des services mettent aussi en lumière les mécanismes qui conduisent aux abus et les possibilités d'y remédier. Il est préconisé de faire participer les usagers à la préparation et à la réalisation des études et d'établir une collaboration internationale en matière de financement et de conception des programmes de recherche et des échanges entre spécialistes.

Le cadre juridique

Le cadre juridique et les moyens de faire respecter la loi jouent un rôle important dans la protection des personnes handicapées, en consacrant juridiquement les droits et garanties et en prévoyant des voies de recours efficaces pour les victimes. La définition des diverses infractions fixe des limites nettes à ce qui est acceptable et peut apporter une protection

supplémentaire aux personnes les plus vulnérables. La loi établit aussi le fondement de l'engagement de l'Etat en définissant (et en limitant) le pouvoir et le devoir qu'ont les organismes publics d'intervenir dans la vie des citoyens.

La Convention européenne des droits de l'homme énonce les principes suivants:

- *l'égalité* formelle des enfants et adultes handicapés, et leur droit à un traitement équivalent sur le plan légal et médical, toute l'aide nécessaire pour exercer et défendre ce droit devant leur être apportée;
- la *proportionnalité* et *l'examen* indépendant de toutes les mesures d'encadrement, de protection ou de restriction – notamment lorsque l'on considère que l'internement ou la contention vont dans l'intérêt supérieur d'une personne handicapée et/ou sont nécessaires pour garantir sa sécurité directe ou protéger autrui, ou encore lorsque l'on estime que la personne handicapée risque de se faire exploiter et n'est pas capable de consentir à certaines opérations.

Ces protections opèrent à des niveaux différents, qui se rapportent:

- à la *définition* de l'abus commis à l'égard d'une personne handicapée, qui figure dans un code pénal générique et dans des lois spécifiant les circonstances ou les actes qui sont illicites à l'égard des personnes handicapées, par exemple l'exploitation sexuelle ou financière;
- au rôle que joue la loi en matière de *prévention* de l'abus, soit directement, soit en établissant des protections dans les services, de façon à diminuer le risque d'abus à l'égard des personnes handicapées; cette loi comprend par exemple les dispositions relatives aux normes et à la réglementation des professions et des établissements de soins, les procédés légaux servant à évaluer le recours injustifié à la force ou à la détention, et un cadre visant à limiter ou à rendre obligatoires certains échanges d'informations;
- à l'accès au droit pénal ou civil pour permettre aux personnes handicapées victimes de violences d'obtenir réparation ou compensation et pour punir les contrevenants, ce

qui émet le message important selon lequel la collectivité accorde de la valeur aux personnes handicapées et fait en sorte de les protéger; l'accès à la justice est un élément important des libertés civiles, et la réparation devrait pouvoir s'obtenir par des voies ordinaires avec une aide supplémentaire le cas échéant, de façon à permettre aux personnes handicapées de faire valoir leurs droits devant les tribunaux et de participer aux procédures sans être intimidées (voir Home Office, 1998 et le Forum européen des personnes handicapées (FEPH), 1999a:14-5).

Les systèmes juridiques des Etats membres varient énormément selon qu'ils s'appuient sur une tradition inquisitoire ou accusatoire, mais le rapport donne une série d'indicateurs et de modèles pour aider les Etats à passer leur législation en revue afin d'identifier les lacunes et les priorités. Il indique aussi que les juges, les policiers, les agents de probation et les autres professionnels qui évoluent dans le système de justice pénale auront besoin d'une solide formation pour pouvoir développer une approche plus globale et moins discriminatoire envers les personnes handicapées, qu'il s'agisse de victimes, de témoins, de délinquants ou de plaignants désireux de faire respecter leurs droits civils.

Exemples concrets de mesures de prévention

On trouvera dans le rapport des exemples d'initiatives en cours qui s'attachent à mieux protéger les individus dans les institutions de protection sociale et dans le contexte social au sens large. Les interventions sont nécessaires à différents *stades*: au stade *primaire*, elles empêchent les abus de se produire; au stade *secondaire*, elles permettent de détecter rapidement les abus et de les signaler aux organismes compétents, qui veilleront à empêcher qu'ils ne se reproduisent; au stade *tertiaire*, elles visent à prendre en charge les victimes d'abus et à les aider à récupérer sans garder trop longtemps les séquelles de traumatismes et de situations de détresse. Il convient aussi de prendre des mesures à différents *niveaux*, directement avec les individus, mais aussi à travers des changements structurels. La troisième dimension est l'*orientation*

de l'intervention: dans le cadre de la lutte contre les abus, une stratégie *défensive (réactive)* vise à éviter un danger par exemple en excluant certains membres du personnel, tandis qu'une stratégie *offensive (proactive)* préviendra les risques en renforçant les éléments positifs, ce qui peut consister notamment à encourager la participation des usagers, à améliorer les principaux aspects des pratiques ou à mettre en oeuvre des programmes d'assurance de la qualité.

Le rapport décrit plusieurs initiatives prises par les États membres: programmes d'éducation sexuelle, cours d'affirmation de soi, documents d'orientation décrivant comment les organismes devraient collaborer pour enquêter sur les soupçons d'abus, dispositions prévoyant un système de plaintes et d'inspection des services, développement des ressources visant à apporter une aide thérapeutique aux victimes d'abus.

Conclusion

Le rapport fait ressortir l'existence d'un large éventail de préjudices et de mauvais traitements commis dans divers contextes et en diverses circonstances. Il défend un modèle de protection qui renforce le droit, pour les enfants et les adultes handicapés, de faire des choix et de prendre certains risques dans leur vie quotidienne. Les recommandations du groupe constituent un programme réalisable de mesures concernant tous les niveaux, en fonction duquel les progrès peuvent être évalués. La protection des enfants et des adultes handicapés dans notre société est un impératif qui va de pair – peut-être intrinsèquement – avec l'action plus large menée par le Conseil de l'Europe en faveur de l'intégration et de l'inclusion sociale des personnes handicapées.

PRÉFACE

Le Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est une organisation politique qui a été créée le 5 mai 1949 par dix Etats européens dans le but de réaliser une union plus étroite entre ses membres. Il compte aujourd'hui quarante-quatre Etats membres.¹

Les principaux objectifs de l'Organisation sont de promouvoir la démocratie, les droits de l'homme et la prééminence du droit, ainsi que de rechercher des solutions communes aux problèmes politiques, sociaux, culturels et juridiques de ses Etats membres. Depuis 1989, il a intégré la plupart des pays d'Europe centrale et orientale et les soutient dans leurs efforts pour mettre en œuvre et consolider leurs réformes politiques, législatives et administratives.

La Cour européenne des Droits de l'Homme est l'instance judiciaire compétente pour statuer sur les requêtes introduites contre un Etat par des particuliers, des associations ou d'autres Etats contractants pour violation de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

L'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique

Si un certain nombre d'Etats seulement désirent entreprendre une action à laquelle tous leurs partenaires européens ne

1. Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, «l'ex-République yougoslave de Macédoine», Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldova, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine.

souhaitent pas se joindre, ils peuvent conclure un «Accord partiel» qui n'engage qu'eux-mêmes.

C'est ainsi que fut conclu, en 1959, l'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique, qui regroupe dix huit Etats membres¹.

Ses principaux domaines d'activité sont:

- la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées,
- la protection de la santé publique et en particulier celle du consommateur.

Les activités menées dans le domaine de la réadaptation sont supervisées par le Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées et s'inspirent de la politique cohérente pour les personnes handicapées, qui fait l'objet de la Recommandation n° R (92) 6, adoptée par le Comité des Ministres en 1992. L'Accord partiel a pour objectif de défendre les droits des personnes handicapées et plaide en faveur de leur intégration et de leur participation pleine et entière à la vie sociale. Cette mission s'inscrit aussi dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme et de la Charte sociale européenne, deux instruments majeurs du Conseil de l'Europe.

Le présent rapport et les recommandations qui lui font suite ont été rédigés par Madame le Professeur Hilary Brown, consultante, en collaboration avec le Groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées, qui relève du Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées. Le Secrétariat du Conseil de l'Europe remercie tout particulièrement le ministère de la Santé du Royaume-Uni et le *Salomons Centre for Applied Social & Psychological Development, Canterbury University College*, qui ont rendu Madame le Professeur Brown disponible pour ce projet.

1. Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovénie, Suède et Suisse.

1. INTRODUCTION

1.1 Le Conseil de l'Europe et la lutte contre les abus

La question des abus est traitée par plusieurs instances du Conseil de l'Europe. Elles ont déjà élaboré des recommandations et des rapports concernant les abus à l'égard des enfants et des personnes âgées, la violence au sein de la famille, les abus sexuels, la violence à l'égard des femmes, la violence dans les établissements scolaires, la violence raciste et xénophobe et la maltraitance en milieu fermé. Des ateliers de formation et des campagnes de sensibilisation ont aussi été consacrés à nombre de ces phénomènes. Par ailleurs, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT) se rend régulièrement dans les établissements pénitentiaires, les centres de détention et les institutions psychiatriques pour examiner le traitement des personnes privées de liberté.

Face aux préoccupations grandissantes concernant notamment la violence à l'égard des personnes handicapées, un Groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées a été créé en 1998 par le Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique). Le groupe de travail a tenu cinq réunions à Strasbourg en 1999-2001. La liste des membres du groupe figure en annexe. Le groupe s'était vu confier le mandat suivant:

- a. définir et évaluer le problème de la violence, de la maltraitance et des abus commis à l'intérieur et à l'extérieur des institutions à l'égard des enfants et des adultes handicapés,

en tenant compte de toutes les formes de handicaps, à l'exclusion de l'aspect relatif à la discrimination;

- b. analyser des informations concernant les législations et leur application, les politiques et les stratégies pertinentes au niveau international et national, compte tenu des travaux d'autres groupes, internes ou extérieurs au Conseil de l'Europe, et du point de vue des personnes handicapées, de leurs familles et des personnes chargées des soins, en prenant notamment en considération les objectifs suivants:
 - i. prévenir et combattre la violence, la maltraitance et les abus dans toutes les situations en sensibilisant le public, en encourageant un débat ouvert, et en améliorant l'enseignement et la formation professionnels et les mesures de soutien et de conseil en cours d'emploi;
 - ii. améliorer la détection et le signalement des actes de violence, de maltraitance et d'abus dans toutes les situations;
 - iii. privilégier les mesures, normes de conduite et stratégies pratiques plutôt qu'une analyse comparative de données statistiques;
- c. soumettre une première série de recommandations concrètes au Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (CD-P-RR).

Le présent rapport a été rédigé par le professeur Hilary Brown, consultante, en exécution du mandat du groupe de travail. Il est le fruit d'une série de réunions au cours desquelles le groupe a recueilli des données et des informations provenant de récentes recherches menées dans les Etats membres et en Amérique du Nord. Il a ensuite travaillé sur différents projets du rapport lors de débats et de discussions. Des organisations représentant les personnes handicapées, leurs familles et leurs soignants ont été consultées par le biais d'auditions, de consultations écrites, et dans le contexte de la Journée de l'Union européenne des personnes handicapées de 1999, centrée sur le thème de la violence et l'abus à l'égard des personnes handicapées. Les délégués ont également procédé à de vastes consultations dans leur propre pays afin de

réunir des études de cas et de trouver des exemples de bonnes pratiques.

Lors de la rédaction de ce rapport, plusieurs autres documents ayant trait à la question ont été mentionnés. Ils figurent dans la bibliographie à la fin du document.

1.2 Terminologie

Le Groupe a passé beaucoup de temps à discuter du titre du présent rapport et de la terminologie à employer dans l'ensemble du document. Le mandat du Groupe de travail auquel cette tâche a été confiée avait au départ circonscrit son champ d'action aux "violences, maltraitance et abus à l'égard des personnes handicapées".

Or, les mots ont une grande puissance, surtout ceux qui décrivent des comportements nuisibles à autrui, et ils sont chargés de nuances qui peuvent se perdre à la traduction. Dans le présent rapport, nous avons donné une large interprétation aux expressions *violence*, *maltraitance* et *abus* en tenant compte de ce qui suit.

- Certaines de ces expressions sont plus ou moins générales et plus ou moins neutres que d'autres; c'est ainsi que la *force* peut parfois être légitime, tandis que la *violence* est un terme moralement plus chargé.
- Les actes de négligence, qu'ils résultent d'une omission, de l'abandon ou d'un isolement extrême, doivent être considérés comme des actes parallèles entraînant un préjudice physique.
- Les intentions de l'auteur du préjudice considéré altèrent l'interprétation donnée à un comportement: ainsi, les actes sexuels ou les transactions financières s'inscrivant dans un contexte d'autorité, de coercition, de tromperie ou d'exploitation, par exemple, sont particulièrement préoccupants.
- La notion de consentement éclairé et valable est extrêmement importante pour déterminer si l'acte ou l'opération relève de l'abus et/ou si le refus d'une personne handicapée d'accepter une aide doit être pris au pied de la lettre.

- Il arrive que les violations des libertés civiles ou des droits de l'homme résultent de difficultés structurelles plutôt que des sévices infligés par tel ou tel; ainsi peuvent-elles découler, entre autres, de traitements coercitifs peut-être communs ou légitimes, de régimes institutionnels ou encore de la rigidité ou de l'insuffisance des prestations de l'Etat et des procédures.
- Certains abus s'observent sur fond d'inégalité de traitement plus profonde: la discrimination et l'exclusion sociale apparaissent alors, dans des cas précis, comme des facteurs importants d'abus, d'exploitation et de privation, bien qu'ils ne constituent pas l'objet principal du présent rapport.

Au Royaume-Uni, le terme *abuse* (abus) sert à nommer ce large éventail d'actions et de circonstances préjudiciables; en ce sens, l'abus peut avoir été commis par *un individu* ou *à l'égard des droits de la personne d'un individu*, et son emploi dans le présent rapport vise à simplifier le texte lorsqu'on veut donner à entendre des significations multiples; il ne s'agit pas d'occulter ou de minimiser la gravité d'actes violents ou criminels commis sur des personnes handicapées.

Ce qui importe, c'est que les personnes handicapées soient préservées – au moins autant que les autres citoyens – de tout préjudice infligé délibérément et/ou évitable et que, lorsque l'on a affaire à des personnes particulièrement vulnérables, des mesures complémentaires soient mises en place pour garantir leur sécurité.

1.3 Qui l'expression «personnes handicapées» vise-t-elle?

Le présent rapport couvre toutes les personnes handicapées, adultes et enfants, y compris:

- les personnes atteintes d'une déficience physique ou sensorielle;
- les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'autisme;
- les malades mentaux;
- les personnes ayant des problèmes de drogue ou d'alcool;

- les personnes ayant un handicap caché ou d'une affection telle que l'épilepsie, le rhumatisme, le diabète ou autre état chronique;
- les personnes atteintes d'une maladie chronique, terminale ou non, y compris la démence et les maladies liées au sida.

Cependant, les politiques spécifiques des Etats membres ne s'appliquent pas forcément à tous ces groupes en tant que personnes handicapées.

L'expression «personnes handicapées» que l'on retrouve tout au long du rapport désigne – et c'est assez inhabituel – toutes ces catégories d'individus, mais elle est employée avec prudence, et les besoins et problèmes spécifiques à chaque groupe sont bien mis en relief. Le présent rapport concerne principalement les moins de 65 ans, mais il devrait à l'évidence renvoyer également aux initiatives déployées dans les Etats membres à l'intention des personnes âgées, telles que services d'aide et programmes de prévention des abus, et ce pour veiller à ce que les ressources et compétences disponibles soient utilement mises en commun (McCreadie, 1996; Groupe d'étude sur la violence envers les personnes âgées, 1992; AEP, 2000). Le rapport n'est pas spécialement consacré au traitement des personnes handicapées qui commettent elles-mêmes des actes de violence, par exemple parce qu'elles sont atteintes d'une maladie mentale; mais il est tenu compte, tout au long du rapport, de la nécessité d'évaluer les risques et de protéger les autres personnes utilisant les mêmes services (AEP, 2000).

L'expression «personnes handicapées» est elle-même litigieuse et peut s'interpréter différemment selon les États membres. Les Articles 17 et 18 des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés définissent le handicap comme étant l'interaction entre la déficience et l'environnement de l'intéressé. Ce document couvre une série d'incapacités qui peuvent «être d'ordre physique, intellectuel ou sensoriel, ou tenir à un état pathologique ou à une maladie mentale. Ces déficiences, états pathologiques ou maladies peuvent être permanents ou temporaires». Sur cette question

d'étiquetage, nombreux sont les groupes concernés qui ont choisi une approche privilégiant d'abord et avant tout l'individu, approche qui se distingue par le fait que l'identité des intéressés en tant que concitoyens doit l'emporter sur tous les besoins particuliers qu'ils peuvent éprouver. S'appuyant sur leur analyse d'un modèle social de déficience (qui s'oppose au modèle médicalisé) et sur une communauté d'identité comme personnes handicapées physiques, celles-ci préfèrent souvent mettre en avant leur condition de personne handicapée. En français, l'expression «personnes handicapées» est utilisée pour traduire les expressions «*disabled people*» et «*people with disabilities*», qui sont employées indifféremment dans la version anglaise en raison de l'absence de consensus européen sur la question.

Il est important de bien distinguer entre les incidences respectives des incapacités physiques ou sensorielles, des déficiences intellectuelles, et des maladies mentales, et de tenir compte des divers degrés de gravité de ces différentes incapacités. Les adultes souffrant d'incapacité physique sont généralement capables de prendre seuls des décisions, mais souvent ils ne disposent pas d'une assistance matérielle et financière suffisante et n'ont pas accès aux bonnes informations. En revanche, les personnes qui souffrent d'une assez forte déficience intellectuelle peuvent avoir besoin d'autrui pour prendre des décisions complexes les concernant et faire les démarches nécessaires à l'application de ces décisions. Enfin, les malades mentaux ou les personnes souffrant de troubles de la pensée peuvent traverser des périodes de vulnérabilité et avoir besoin – à des degrés divers – qu'on les aide à prendre leurs décisions. En abordant le problème du handicap sans discernement, on risque soit de n'offrir aux intéressés qu'une aide inappropriée, soit de les exposer à des stéréotypes inexacts et/ou à une accumulation de préjugés. Par exemple, des sourds se plaignent de se faire traiter de fous lorsqu'ils emploient le langage gestuel, et les individus souffrant de dépression sont pris pour des personnes atteintes de déficience intellectuelle parce qu'ils sont momentanément incapables de faire ce qu'ils faisaient auparavant. Les per-

sonnes atteintes de handicaps profonds, notamment celles qui sont incapables de communiquer, peuvent nécessiter des formes de protection très spécifiques (AEP 2000, p. 2).

1.4 Valeurs sous-jacentes à l'autonomisation, à la discrimination et à l'abus

Le Groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées est un sous-groupe du Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées. Son travail s'inscrit dans le cadre d'une série de politiques visant à lutter contre la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, à assurer leur intégration dans la vie sociale et économique de leur communauté et à défendre leurs droits civils.

L'organisation «Katholieke Vereniging voor Gehandicaptten» présente ces droits comme un repère essentiel lorsque l'on aborde les questions d'abus et de négligence:

«Toute personne handicapée a droit à la dignité et à l'égalité des chances. Ceci implique qu'elle a droit à un revenu à part entière, à l'enseignement, à l'emploi, à l'accueil et à l'intégration dans la vie sociale, y compris à l'accessibilité effective, ainsi qu'à la réadaptation médicale et fonctionnelle» (note de la délégation belge).

On parle souvent ici d'«autonomisation», en ce sens que l'on donne ainsi aux personnes handicapées les moyens de vivre et de décider par elles-mêmes. À première vue, il pourrait sembler que les mesures dont le but est de protéger les personnes handicapées risquent d'avoir l'effet inverse et de court-circuiter les campagnes visant à leur assurer l'autonomie, la faculté de choisir et la possibilité d'assumer des risques ordinaires. Mais on ne cherche pas, par-là, à les surprotéger, car il serait simpliste de supposer que tous ces groupes et individus sont particulièrement «vulnérables» aux abus ou qu'ils ont besoin d'une protection ou d'une intervention spéciale.

Les institutions compétentes ont pour mission d'offrir une égale protection à la plupart des adultes atteints d'une déficience physique ou sensorielle:

- en suscitant et en encourageant des attitudes et idées positives à l'égard des personnes handicapées;
- en veillant à ce que les structures d'assistance soient sûres et correctement pourvues en personnel, et en s'assurant que leurs pratiques soient axées sur le respect de l'intégrité de la personne en toutes circonstances;
- en prévoyant des garanties formelles concernant le recours à la surveillance, à la contention ou à l'internement;
- en assurant un accès équitable à la justice et aux services publics;
- en aidant les gens à obtenir un soutien s'ils ont été victimes de quoi que ce soit.

Avec la majorité des personnes handicapées, il s'agit non pas tant de proposer une protection *supplémentaire* que de veiller à ce que les intéressés soient protégés au moins autant que les autres citoyens, qui, tous, peuvent devoir faire face comme enfants ou comme adultes, à des pratiques relevant de l'abus ou de l'exploitation. Mais avec certains enfants ou adultes handicapés, surtout ceux atteints d'une lourde déficience intellectuelle, il faut prendre davantage les devants. Il se trouve en effet des personnes handicapées qui, à certains moments de leur vie et dans certaines situations, ne sont pas forcément capables de prendre seuls des décisions appropriées ou de se protéger contre l'exploitation, ni encore de chercher de l'aide lorsque les événements les dépassent. Elles peuvent courir de gros risques si l'on adopte à leur égard un laisser-faire consistant soit à minimiser les incidences de leur handicap ou celles des relations de domination ou d'autorité qu'elles subissent, soit à sous-estimer leur besoin qu'on les aide à s'occuper de leurs affaires.

Les groupes les plus exposés sont ceux dont les membres ont des comportements déconcertants, atteints d'une déficience intellectuelle ou d'autisme, ou sont atteints de troubles mentaux.

Le fait d'aborder les problèmes des enfants handicapés parallèlement à ceux des adultes handicapés comporte des avantages et des inconvénients. Dans la plupart des États membres, les structures pour la protection de tous les enfants sont plus développées que celles destinées aux adultes vulnérables. Les définitions sont plus précises, et l'impératif moral qui intervient est plus clairement établi. Mais les enfants handicapés sont souvent marginalisés et relativement mal lotis dans des structures qui ne sont pas assez spécialisées. Westcott et Jones (1999) relèvent que des études antérieures tendaient à étiqueter les enfants comme «provocateurs d'abus», comme si ces enfants et leur handicap en étaient la cause, plutôt que les systèmes mis en place à leur intention. Le rôle des organisations qui défendent leurs droits est de contrer de telles assertions et de faire comprendre que les enfants handicapés sont un groupe minoritaire avec des besoins spécifiques dans le cadre du processus général de protection de l'enfance.

Les adultes handicapés, quant à eux, ne sont pas reconnus comme des victimes potentielles d'abus: il n'y a pas nécessairement de procédures pour les aider à porter plainte ou à demander réparation, notamment s'ils ont subi des préjudices dans les services qui sont censés les aider. La situation est donc ambiguë (juridiquement et dans la société en général): l'intervention est-elle dans l'intérêt de la personne handicapée, ou dans quelles circonstances celle-ci peut-elle avoir intérêt à continuer d'entretenir une relation abusive ou de subir une situation abusive¹?

Étant donné que beaucoup de personnes handicapées mènent une existence relativement autonome dans leur milieu, les États membres pourraient peut-être concentrer leurs efforts de protection sur celles qui ont le plus besoin d'assistance. La Commission juridique anglaise a suggéré

1. Dans ce rapport, l'expression «personnes handicapées» désigne à la fois les enfants et les adultes. Quand on veut spécifier, on emploie les termes «adultes handicapés» et «enfants handicapés».

dernièrement l'institution d'une catégorie «adulte vulnérable» dans laquelle serait classée toute personne de plus de 16 ans

«qui a besoin ou peut avoir besoin de soins de proximité en raison d'un handicap mental ou autre, de son âge ou d'une maladie, et qui se trouve ou peut se trouver dans l'incapacité de prendre soin d'elle-même ou de se protéger contre un préjudice ou une exploitation grave» (Law Commission 1995: cmnd 231).

Le but de cette définition est de faire en sorte que les problèmes qui se posent aux personnes physiquement handicapées soient traités dans le cadre des libertés civiles et que seules les plus gravement atteintes – dont la capacité de «se protéger contre une exploitation ou un préjudice grave» est incertaine – reçoivent l'assistance dont elles ont besoin si elles se trouvent ou se sont trouvées exposées au risque d'être victimes d'abus».¹ Pour prêter cette assistance, on peut surveiller la manière dont sont assurés les services aux personnes handicapées ou aider celles-ci à se prévaloir des sauvegardes prévues par le droit civil et pénal de leur pays. Il incombe aux institutions de protection sociale la tâche essentielle de trouver pour chaque individu le juste équilibre entre «émancipation» et protection.

Toute législation spécifique mise en place dans les pays membres doit également refléter cet équilibre. Sinon, elle pourrait être

«perçue comme paternaliste, stigmatisante et comme perpétuant le stéréotype des personnes handicapées comme étant par essence incompétentes, refusant le droit naturel à s'exposer à des risques légitimes». (Forum européen des personnes handicapées (FEPH), 1999a:17-18).

Par ailleurs, les enfants et adultes handicapés peuvent se trouver exposés à des risques bien particuliers du fait qu'ils ont recours à certains services et reçoivent des soins à domicile ou en institution, ce qui les place dans des situations à

1. La France réunit différents groupes vulnérables en mettant les personnes handicapées, les femmes enceintes et les personnes âgées avec les «adultes vulnérables». De ce fait, il leur est appliqué le même traitement juridique qu'aux enfants victimes d'abus.

part (Westcott et Jones, 1999). Mais ils peuvent également être soumis à des violences personnelles dans leurs relations avec autrui, chez eux et dans leur voisinage, parce qu'il y a là, pour eux, un vécu relativement «ordinaire». Selon le modèle social du handicap, un adulte ou un enfant n'est «handicapé» que dans la mesure où les «inadéquations du milieu physique» lui provoquent «la perte ou la restriction des possibilités de participer à la vie de la collectivité à égalité avec les autres¹». Or, selon nous, un individu peut aussi n'être "vulnérable" que dans la mesure où ses droits ne sont pas défendus et où soit il est exclu des mécanismes ordinaires de protection et de réparation, soit il ne peut y accéder.

La prévention des abus a pour toile de fond essentielle la législation et la pratique antidiscriminatoires. Les personnes handicapées qui s'expriment par le truchement du Forum européen des personnes handicapées (FEPH) ont clairement exprimé le point de vue selon lequel:

- beaucoup de personnes handicapées vivent dans la peur de la violence;
- la responsabilité de la lutte contre cette violence incombe à chacun, et ce à tous les niveaux;
- toute solution en la matière est insuffisante si elle ne va pas de pair avec un accès suffisant à l'aide de l'Etat ou aux voies de recours ordinaires.

1.5 Objectifs du rapport

Le Groupe de travail du Conseil de l'Europe demande aux Etats membres d'envisager une série de mesures afin d'assurer la sécurité des enfants et des adultes handicapés

- au domicile,
- au travail,
- dans les établissements de service comme les écoles, les centres de jour et les foyers résidentiels, dans la communauté dans son ensemble et

1. Les Articles 17 et 18 des Règles de l'ONU pour l'égalisation des chances des handicapés.

- dans les lieux publics.

Ce rapport, qui fournit un cadre explicatif dont les États membres peuvent s'inspirer, a pour objectif de présenter:

- une définition exploitable de la violence, des abus, de la maltraitance et des négligences;
- des études de cas démontrant à quel point ces problèmes affectent la vie des personnes handicapées;
- une vue d'ensemble des recherches et des sources d'information concernant ces questions;
- des informations pour aider les professionnels à évaluer les risques auxquels sont confrontées les personnes handicapées;
- un exposé sommaire sur la façon dont ces problèmes sont traités par les pays membres;
- des exemples de bonne pratique en ce qui concerne la mise en place de politiques et de services;
- les grandes lignes du rôle des organisations publiques et non gouvernementales dans la lutte contre les abus dont sont victimes les personnes handicapées.

Le rapport est émaillé d'études de cas provenant de plusieurs États membres qui illustrent l'éventail des situations analysées et les problèmes particuliers qui se posent dans différents contextes.

1.6 Structure du rapport

Le rapport est divisé en six parties.

- La partie 1 contient une introduction au rapport et précise sa portée, sa structure et la terminologie employée.
- Dans la partie 2, on s'efforce d'exposer ce qu'il faut entendre par «abus» et «maltraitance» et en quoi ces deux notions diffèrent, soit des problèmes plus généraux posés par la discrimination, soit du recours légal à la force ou à la détention.
- La partie 3 renferme une évaluation des recherches récentes en la matière et récapitule ce que l'on sait de l'am-

pleur et des causes des abus. Les difficultés rencontrées dans la collecte des données s'y trouvent également exposées.

- La partie 4 étudie le cadre juridique de la question et indique en quoi il contribue à protéger les personnes concernées.
- La partie 5 présente toute une série d'interventions d'ordre préventif et donne des exemples de bonnes pratiques dans différents pays membres.
- Dans la partie 6 sont énoncées les recommandations du groupe de travail concernant l'action à mener par les États membres, l'accent étant mis sur les rôles et responsabilités respectifs des gouvernements et des organisations non gouvernementales de protection sociale.

2. QU'ENTEND-ON PAR «ABUS ET MALTRAITANCE»?

2.1 Abus: Éléments de définition

Il y a abus lorsque l'intégrité d'une personne est violée par une autre personne qui lui fait subir contre son gré des souffrances physiques ou psychiques, ou lorsque ses droits civils sont bafoués ou ignorés. Le pouvoir inégal qui échoit aux adultes dans notre société, et notamment aux adultes qui prodiguent soins et assistance, constitue un facteur important dans la conception de l'abus à l'égard des enfants et des adultes vulnérables (Brown et Turk, 1992). On peut parler d'exploitation sexuelle et financière quand il y a, dans une relation ou une transaction, absence de consentement libre et éclairé, en ce compris l'abus de pouvoir ou d'autorité. On peut également considérer qu'il y a abus lorsque les besoins essentiels de quelqu'un ne sont pas satisfaits dans sa famille, dans la communauté ou la société où il vit, avec à la clé des préjudices cumulés ou permanents, des situations d'exclusion et/ou de grave privation.

Dans les Etats membres, des formes spécifiques d'abus peuvent également être considérées comme des délits ou des crimes – par exemple, les coups et blessures et les agressions sexuelles, les vols, les fraudes, les séquestrations arbitraires. Le fait de qualifier ces actes d'«abus» peut les faire paraître moins graves ou peut conduire à les faire juger par des voies informelles ou de telle sorte que leurs auteurs se voient infliger des peines moins graves ou moins infamantes que si leurs victimes avaient été des enfants ou des adultes non handicapés (voir Luckasson, 1992; Williams et Evans, 2000; Sobsey, 1994).

En outre, la manière dont l'abus tend à se conceptualiser et/ou à s'ériger en thème d'action prioritaire varie entre les États membres qui, les premiers, ont engagé la lutte contre certaines formes d'abus ou de maltraitance dans différents contextes. Au Royaume-Uni par exemple, l'action initialement engagée contre les abus sexuels commis sur des personnes ayant une déficience intellectuelle a ravi la priorité à celle concernant d'autres formes d'abus et de coercition physiques, certes plus communes. En Belgique, la communauté flamande a identifié des formes très répandues de surveillance et de contrainte qu'il faudrait à tout prix étudier et atténuer. De même, les campagnes destinées à attirer l'attention sur diverses formes de préjudices et à y remédier traduisent des intérêts différents et passent par des canaux eux aussi différents. Les usagers des services de santé mentale ont ainsi constitué et encadrent de puissants réseaux qui entendent remettre en cause les services prévus par la loi; dans d'autres domaines, les prestataires de services obéissant à une obligation légale exercent un rôle de «chien de garde» par rapport à des organismes privés ou bénévoles, moins réglementés, ou dans certains contextes familiaux.

Le Groupe de travail a été très attentif au fossé qui sépare la définition «théorique» de l'abus et les réalités complexes qui caractérisent l'existence des personnes handicapées et de ceux qui les entourent de leurs soins. Nous avons repris, tout au long de ce chapitre, plusieurs brèves études de cas qui illustrent les points traités et le délicat jugement professionnel qu'il faut poser au moment de décider si une intervention se justifie. Le groupe était aussi conscient des différences entre les pays européens et de leur influence sur les personnes handicapées vivant dans ces pays. Nous estimons, comme Maslow (1943), que les besoins insatisfaits peuvent être hiérarchisés. Dans certains pays, les personnes handicapées, notamment celles qui vivent dans de grands établissements, sont souvent privées des éléments les plus indispensables à la vie, comme un toit, du chauffage, de la nourriture et des soins médicaux; dans d'autres pays, des besoins non matériels, tels que celui de s'exprimer et de se réaliser, restent

insatisfaits en raison de la discrimination et du non-respect des libertés civiles et du statut de citoyen. A travers cette hiérarchisation, on ne veut aucunement indiquer qu'il serait moins urgent ou moins important de donner à tous les citoyens les mêmes droits et les mêmes possibilités, mais rappeler qu'en Europe, des personnes handicapées continuent de vivre dans des conditions qui mettent en danger leur vie et leurs moyens d'existence. Lorsque des enfants naissent dans de telles institutions, il est à craindre que leurs besoins ne soient jamais évalués de manière indépendante et qu'on ne leur donne jamais vraiment la possibilité d'avoir une enfance ou une vie de famille normales.

2.1.1 Les abus commis par différents auteurs

Le groupe de travail est préoccupé par le problème des abus dont sont victimes les enfants et les adultes dans différentes situations et dans différents lieux. Les enfants et les adultes peuvent être maltraités par des individus qu'ils connaissent ou par des personnes qui sont chargées de s'occuper d'eux; ils peuvent également être maltraités par leurs pairs, par d'autres jeunes ou par d'autres personnes handicapées assistées dont le comportement abusif nécessitera l'intervention des autorités compétentes. Ils peuvent aussi constituer une cible pour des étrangers, ainsi que pour ceux qui commettent des actes de violence gratuite ou des crimes motivés par la haine.

2.1.2 Les abus perçus dans différents contextes

Les abus se manifestent dans toute une série de contextes: au domicile-même des personnes handicapées, au sein de leur famille, dans le foyer ou le groupe où ils vivent, en des lieux collectifs ordinaires tels que les lieux de travail ou de loisirs, dans les écoles, dans d'importantes institutions et de grands centres de jour, à l'hôpital ou dans des centres de long séjour. Faire respecter les droits des personnes handicapées en prison et dans d'autres endroits "sûrs" ou à accès réglementé est particulièrement important, surtout lorsque ces personnes souffrent d'une maladie mentale ou qu'un double diagnostic

a été posé (AEP 2000; Gabel, 1996: 53). Qu'elles soient officielles ou non gouvernementales, les institutions peuvent exercer sur ces diverses situations un droit de regard ou une influence d'ampleur plus ou moins grande. Dans certains pays, les établissements de séjour patentés sont régis et inspectés à intervalles réguliers, et, bien que cela ne constitue pas une garantie de sécurité suffisante, cela offre du moins un important moyen de lutter contre la maltraitance. L'accès à des structures familiales peut convenir davantage à des adultes qu'à des enfants handicapés, dont il est possible de suivre régulièrement la santé et les progrès scolaires.

2.1.3 Les abus en institution

Les abus en institution, considérés comme endémiques par beaucoup, peuvent se développer dans une atmosphère de dépersonnalisation, de manque d'intimité et d'inaction, jointe à d'autres problèmes tels qu'une alimentation et un chauffage qui laissent à désirer, avec un personnel insuffisamment formé et mal encadré, et des pensionnaires isolés des activités du reste de la collectivité. Des programmes de fermeture d'hôpitaux et de «désinstitutionnalisation» ont été mis en oeuvre dans beaucoup de pays, préférence étant dès lors donnée à de petites unités de vie en groupe implantées dans la collectivité – un changement recommandé par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT). En Espagne, on lutte contre les abus en institution au moyen d'un programme visant à rendre les institutions plus ouvertes et comptables de leurs actes et en établissant une réglementation professionnelle. De plus, le plan d'action espagnol pour les personnes handicapées se donne pour objectif de trouver des alternatives à l'institutionnalisation et d'encourager la présence active de ces personnes dans leur foyer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997). Il existe une procédure formelle de plainte, décrite plus avant dans le rapport, mais en dépit des nouvelles mesures mises en place, les faits de ce genre ne sont souvent pas officiellement signalés, les intéressés redoutant des représailles ou des réactions d'ostracisme s'ils res-

tent tributaires de certains services. L'Italie applique, elle aussi, un très ambitieux programme qui entend remplacer des hôpitaux psychiatriques et des institutions pour handicapés mentaux par des résidences de taille plus modeste implantées au sein de la collectivité.

Le déplacement vers la collectivité est un catalyseur nécessaire pour la création de services de qualité, mais il ne suffit pas toujours, car certains usagers ont besoin d'une aide et d'une assistance compétentes pour pouvoir exécuter les gestes de la vie quotidienne, ainsi que pour pouvoir garder des liens avec autrui. Le personnel en poste dans de petites unités n'est parfois pas qualifié pour recevoir des individus présentant des déficiences graves ou multiples, ou pour faire face à des comportements difficiles, de sorte que le danger/la pression monte rapidement en cas de cohabitation très rapprochée. Ces foyers de taille plus modeste peuvent également être source d'isolement professionnel, car elles ne peuvent être qu'une ou deux personnes à y assurer la garde simultanément. Quelquefois aussi, ceux qui travaillent dans ces unités sont moins impliqués dans les réseaux ou associations professionnels, ce qui les amène à se forger leurs propres règles et à mettre en place des thérapies ou pratiques idiosyncrasiques.

Il arrive aussi que les petits foyers collectifs et les centres de long séjour en gestion privée conservent certains traits caractéristiques de l'institutionnalisation, qui peuvent conduire à des abus malgré leur apparence plus simple et leur implantation plus locale. Ils peuvent ainsi continuer à fonctionner en vase clos, en ayant peu de contacts avec des organismes extérieurs et/ou sans grande transparence. Leur hiérarchie peut davantage refléter des inégalités sexuelles ou raciales qu'une somme de connaissances et d'expérience. Dans certains cas, les conditions d'emploi sont mauvaises: longs horaires de travail, absence de syndicats, carences au niveau des contrats, des avantages sociaux ou de l'encadrement. De récents travaux de recherche menés au Royaume-Uni (Hetherington, 2000) donnent à penser que le secteur des soins est l'un de ceux où l'on observe le plus d'infractions à la législation sur le

salaire minimum. L'un des objectifs qui a motivé la fermeture des structures institutionnelles était de démanteler des groupes d'intérêts et de supprimer les barrières entre les «professionnels» et les usagers de services d'assistance. Dans certains cas cependant, la déprofessionnalisation s'est traduite par une précarisation des emplois: souvent, les personnels soignants sont inexpérimentés et mal payés; ils sont parfois victimes de harcèlement sexuel ou de brimades, qu'ils répercutent sur ceux dont ils s'occupent. En outre, la collectivité ne fait pas toujours preuve d'une grande sollicitude et les personnes handicapées doivent parfois lutter pour se faire accepter dans leur propre entourage, et ce dans un climat de parfaite indifférence ou de franche hostilité.

2.2 Types d'abus

Les abus peuvent être classés à différents niveaux. A la base, ils peuvent revêtir les formes ci-après:

- **la violence physique** qui comprend les châtiments corporels, l'incarcération y compris l'enfermement chez soi sans possibilité de sortir, la surmédication ou l'usage de médicaments à mauvais escient, et l'expérimentation médicale sans consentement;
- **les abus et l'exploitation sexuels**, y compris le viol, les agressions sexuelles, les outrages aux mœurs, les attentats à la pudeur, l'embrigadement dans la pornographie et la prostitution;
- **les menaces et les préjudices psychologiques**, généralement les insultes, l'intimidation, le harcèlement, les humiliations, les menaces de sanctions ou d'abandon, le chantage affectif ou le recours à l'arbitraire, le déni du statut d'adulte et l'infantilisation des personnes handicapées (voir Département de la prévoyance sociale et des assurances, 1997:12);
- **les interventions portant atteinte à l'intégrité de la personne**, y compris les programmes à caractère éducatif, thérapeutique ou comportemental;

- **les abus financiers**, les fraudes et les vols d'effets personnels, d'argent ou de biens divers;
- **les négligences, les abandons et les privations**, d'ordre matériel ou affectif, et notamment le manque, souvent répété, de soins de santé, les prises de risques inconsidérées, la privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage journalier, y compris dans le cadre de programmes éducatifs ou de thérapie comportementale.

Le Forum européen des personnes handicapées (FEPH) (1999a:9) propose une typologie similaire.

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (1998) a d'ores et déjà formulé une série de recommandations qui concernent tous les enfants; elle y invite les Etats membres à introduire dans leur droit national la protection des enfants contre différents types d'abus, parmi lesquels:

- les abus sexuels, y compris la pédophilie, l'exploitation à des fins pornographiques, l'inceste et la prostitution;
- la maltraitance, y compris dans le cadre familial;
- le refus de soins nécessaires;
- l'inadaptation de la procédure pénale;
- les stérilisations abusives, les violences et les mutilations affectant les jeunes filles.

Glaser et Bentovim (1979: 567), pionniers dans ce domaine à l'hôpital principal pour enfants du Royaume-Uni, ont établi une distinction claire entre abus actif et passif, qui se situe entre «infliger une blessure» et «omettre des soins».

2.2.1 Châtiments corporels

Dans bon nombre de pays européens, les châtiments corporels ne sont pas frappés d'une interdiction formelle, même s'ils sont prohibés à l'école (ainsi, au Royaume-Uni, ils ont été prohibés dans les établissements scolaires publics en 1987, mais maintenus dans les établissements privés jusqu'en 1999). Dans plusieurs Etats, des campagnes préconisent un moindre recours aux modes physiques de sanction dans l'éducation des enfants dans tous les contextes, y compris

dans la famille. Des appels pressants sont lancés en direction des Etats membres pour qu'ils prennent des mesures tendant à mettre en place le plus rapidement possible une interdiction explicite de ces châtiments, *en particulier* à l'encontre des enfants atteints d'un handicap ou ayant des besoins particuliers. Cette protection pourrait être étendue à toutes les établissements de soins et foyers d'accueil pour enfants et adultes. Une orientation peut s'avérer nécessaire pour insister sur le fait que les enfants handicapés sont inclus dans de telles directives, pour mettre en évidence les traitements potentiellement abusifs et pour préciser quelles méthodes de contrainte (et non de sanction) sont acceptables, et dans quelles circonstances.

2.2.2 Soins de santé insuffisants

Divers problèmes ont été soulevés à propos des soins de santé prodigués aux personnes handicapées, notamment:

- des discriminations dans l'accès aux soins de santé courants et à la médecine préventive;
- un rationnement des interventions dû davantage à la présence d'un handicap qu'à des contraintes cliniques;
- une certaine propension à accepter l'euthanasie ou la non-intervention en cas de maladie engageant le pronostic vital en raison d'une incapacité
- un recours abusif, ou inapproprié, à la stérilisation et à d'autres méthodes de contraception, invasives ou irréversibles;
- une négligence de l'hygiène personnelle telle qu'elle comporte un réel risque pour la santé de l'intéressé;
- une surmédication visant à maîtriser des troubles de l'humeur ou des comportements difficiles;
- la non-prise en compte de certaines affections quotidiennes et épisodes de souffrance aiguë, tels que maux de dents, douleurs menstruelles, maux d'oreille et maux d'estomac (notée par Autisme-Europe).

Un héritage des modèles institutionnels de soins est la tendance à médicaliser tous les aspects de la vie d'un individu, mais cela ne signifie pas qu'il y aura une bonne prise en charge médicale des affections d'un patient, par opposition à son handicap (Tilley, 1998). Si toute l'intervention médicale se concentre sur la seule déficience de l'intéressé, des problèmes de santé ordinaires passent souvent inaperçus. Il semblerait par exemple, selon certaines études, que les cancers soient diagnostiqués très tard chez les personnes présentant des troubles de l'apprentissage, car les symptômes de la maladie ne sont pas pris en compte ou sont minimisés (Read, 1998). De récents travaux de recherche menés au Royaume-Uni ont montré que l'accès des personnes souffrant de déficiences intellectuelles aux programmes de dépistage et de prévention était inadéquat et discriminatoire (Fovargue, Keywood et Flynn, 1999), et que les enfants et les adultes atteints du syndrome de Down ne bénéficiaient pas de la chirurgie cardiaque dans des conditions d'égalité (Evans, 2001).

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT 1998) recommande d'appliquer un certain nombre de critères pour évaluer les soins de santé dispensés aux personnes internées contre leur volonté; on peut en déduire un ensemble de normes s'appliquant également aux personnes placées de leur plein gré dans un établissement hospitalier ou dans une structure plus informelle. Ces critères, issus des travaux menés par le comité en milieu carcéral, sont particulièrement importants dans les établissements fermés, pour les adultes qui ne disposent pas de voies de recours et/ou pour les personnes incapables d'évaluer les soins qui leur sont donnés et/ou de chercher d'autres solutions. Parmi les principaux critères figurent les suivants:

- accès à un médecin indépendant possédant les qualifications appropriées;
- équivalence des soins;
- respect du consentement du patient et de la confidentialité;
- accès à des soins de santé préventifs;

- indépendance professionnelle et compétence du médecin (CPT/Inf/ (98)12).

Beaucoup d'enfants et d'adultes handicapés s'estiment «bridés» ou pris en charge de façon plus informelle au sein de leur famille, d'un internat, d'une communauté religieuse ou d'un foyer d'accueil. Le cadre que met en place le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et le principe d'équivalence dans l'accès aux soins de santé constituent cependant un point de repère utile. Le caractère informel des choses ne doit pas être interprété comme le signe de ce que les droits des intéressés seraient respectés. Les jugements relatifs à la qualité des soins et de l'alimentation et à l'accès aux soins de santé devraient toujours s'appuyer sur les normes applicables à tous les citoyens. Dans sa Recommandation 1371 (1998), l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe n'en presse pas moins les États membres d'instituer un délit de non-assistance à personne en danger à l'encontre des personnes ayant l'autorité parentale, chaque fois que l'abstention ou le refus de soins de l'enfant constitue une menace pour sa santé. Ce principe d'équivalence est particulièrement important lorsque les soins de santé s'inscrivent dans un programme institutionnel d'ensemble, dont ils font partie intégrante.

Le handicap ne doit pas, en soi, être considéré comme un motif de refus ou de rationnement des soins, ni davantage comme une raison de ne pas réanimer ou de ne pas pratiquer une intervention destinée à sauver la vie de quelqu'un. De telles décisions doivent être prises dans la transparence et reposer sur une large consultation. Les autorités judiciaires devraient être consultées chaque fois qu'il s'agit d'autoriser des mesures engageant le pronostic vital ou des traitements lourds et irréversibles. Dans le cadre de telles interventions, il est nécessaire d'accorder une protection et des garanties spécifiques et bien visibles aux personnes handicapées ou atteintes d'une maladie mentale sur la base d'un consentement libre et éclairé et/ou de directives précises. Cela est particulièrement important dans les pays disposant de formes

légalisées ou quasi légalisées d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté (Dyer, 2001). Des groupes représentant des personnes handicapées craignent, données historiques à l'appui, que ces dispositions ne soient appliquées de manière discriminatoire, en dehors des limites prévues ou à la place de services de soins palliatifs disposant de moyens appropriés. La stérilisation suscite des inquiétudes analogues et doit s'accompagner de garanties comparables.

Les décisions médicales plus courantes doivent être prises de manière proactive avec les personnes handicapées, et le cas échéant en leur nom. Certains services penchent pour la non-intervention; ils entendent ainsi rompre avec le passé et mettre un terme aux méthodes importunes pratiquées en milieu institutionnel – vérification des sous-vêtements plusieurs fois par jour pour s'assurer qu'ils ne sont pas souillés, ou encore utilisation d'une brosse dure pour laver les pensionnaires alors qu'un simple gant suffit (cas cités par la délégation suisse). Souvent, ces immixtions dans la vie privée venaient d'une attention par trop zélée accordée à l'hygiène dans des services qui admettaient que les différents gestes de la vie quotidienne obéissent à un modèle médical donné.

Mais il faut aussi éviter l'autre extrême et ne laisser personne prendre des décisions sortant du champ de ses connaissances ou de ses compétences. Foubert (1998) déconseille de justifier la négligence en arguant que chacun peut choisir de rester inactif ou de refuser un traitement en cas d'incapacité à s'occuper de soi.

Jacques, jeune autiste handicapé, réside pendant la semaine dans une petite structure d'accueil. Lorsqu'il va aux toilettes, il lui est impossible de s'essuyer seul. Il ne peut se résoudre à regarder son corps ou à se toucher et, bien que tout soit fait pour le lui apprendre, il ne parvient pas à se servir du papier hygiénique. Le vendredi soir, lorsqu'il retourne chez ses parents, ceux-ci doivent le laver et enlever les restes de matières fécales qui se sont collés à sa peau durant la semaine, au point parfois qu'ils n'ont d'autre solution que de lui couper les poils pubiens. Le personnel de la structure d'accueil soutient que le traitement qu'il réserve à cet

autiste s'explique par son souci de l'encourager à être autonome et par sa volonté de ne pas s'immiscer dans sa vie privée.

(Etude de cas présentée par la délégation suisse).

De simples règles ne sauraient remplacer des pratiques tout en nuances dans des situations comme celles-ci, où les principes semblent antinomiques et où la non-intervention peut compromettre le bien-être de l'intéressé.

2.2.3 Les abus commis dans l'entourage familial

S'il est légitime que les familles participent à la protection de ceux de leurs membres qui sont handicapés et à la gestion des affaires de ces derniers, cette participation peut s'avérer difficile à contester et /ou donner lieu à des problèmes. Les familles peuvent s'offusquer si l'on entreprend de vérifier ou de remettre en cause ce qu'elles font après des années de soins au cours desquelles ni l'Etat ni les organismes de protection sociale ne les ont aidées. D'autre part, les membres de la famille ne savent pas toujours quelle est la meilleure solution ou ne sont pas en mesure de prodiguer à leur parent les soins qui lui sont nécessaires. Les membres de la famille et ceux qui s'occupent de personnes handicapées peuvent avoir du mal à bien faire la différence entre les intérêts de ces dernières d'une part, et les besoins et droits de la famille d'autre part. Les personnes handicapées ne sont parfois pas bien placées pour faire appel de décisions prises en leur nom par des membres de leur famille. Il ne leur est pas facile non plus de s'en ouvrir aux organismes de protection sociale car ces observateurs extérieurs ne savent peut-être pas ce qu'il conviendrait de faire ou qui il faudrait contacter. Dans les situations de ce genre, l'intervention se fera alors dans le cadre de différentes juridictions, de différents postulats et de différents pouvoirs, selon que la personne vulnérable est un enfant ou un adulte.

Hélène, une jeune femme souffrant de troubles de l'apprentissage, vivait chez ses parents, qui ne semblaient pas s'occuper d'elle convenablement. Aux dires de ses voisins, elle était régulièrement «punie», en ce sens qu'on la laissait seule dans une arrière-cour, sans chaussures et avec peu de vêtements. Quand

ses parents sortaient, ils la forçaient à rester dans la cour jusqu'à tard le soir. Finalement, les voisins ont envoyé une lettre collective pour en informer les autorités compétentes.

(Etude de cas présentée par la délégation belge).

La situation varie selon les États en ce qui concerne, d'une part, les pouvoirs qu'ils confèrent aux parents pour prendre des décisions au nom d'un enfant ou d'un adulte handicapé, et, d'autre part, le degré de surveillance ou de contrôle judiciaire auquel est soumis l'exercice de ces pouvoirs. Il faut que les interventions importantes et irréversibles – telles que la stérilisation d'un enfant ou d'un adulte atteint d'incapacité mentale – soient appréciées par des tribunaux pour éviter toute mainmise excessive de la famille à cet égard, surtout lorsque l'on touche à des questions délicates comme l'autonomie de vie, la sexualité, la procréation et la capacité de prendre des risques. Le lauréat d'un concours cinématographique international organisé concurremment avec la conférence de 1999 tenue à l'occasion de la Journée européenne des personnes handicapées a évoqué la détresse ressentie par une jeune femme atteinte de paralysie cérébrale qui, sous la pression de sa famille, s'était fait stériliser contre sa volonté pour pouvoir ensuite se marier (Maroger, 1999). Autre affaire judiciaire qui s'est déroulée en France (à Sens, près de Paris; Henley, 2000a): celle des quatorze jeunes femmes d'un foyer accueillant des personnes atteintes de troubles de l'apprentissage qui, ces cinq dernières années, ont été stérilisées sans qu'elles le sachent (voir aussi Diederich, 1998).

À un niveau moins élevé, de nombreux facteurs créent des risques de conflits d'intérêts, par exemple l'incorporation des prestations sociales dans le revenu familial, l'imposition de contraintes ou d'une surveillance, les limites à fixer pour les tâches domestiques demandées à un membre handicapé de la famille, etc. Les adultes handicapés courent aussi le danger d'être infantilisés et de se voir nier leur droit à une existence autonome, à une éducation ou à une vie sociale en dehors de chez eux, ainsi qu'à des relations sexuelles (comme partenaires consentants, par opposition à des pratiques relevant de

l'exploitation). L'étude de cas ci-après démontre cette dynamique.

Maria est une jeune femme de 25 ans qui souffre d'une schizophrénie médicalement avérée. Enfant unique, elle vit toujours avec ses vieux parents, gens très stricts. Elle possède un diplôme supérieur en histoire, obtenu au prix de grands efforts personnels et avec l'aide de ses parents. Pourtant, elle n'a jamais travaillé et, après la fin de ses études, son état de santé mentale s'est aggravé. Au bout de deux années de psychothérapie et de suivi psychiatrique intensifs, d'un commun accord avec son psychologue et son psychiatre, Maria a estimé être prête à assumer un travail.

D'abord favorables à son nouveau projet de vie, les parents de Maria s'y sont ensuite violemment opposés lorsqu'elle a trouvé un emploi, prétextant qu'il était trop éloigné et qu'il serait «dangereux» pour elle d'emprunter les transports en commun où «n'importe quoi pourrait lui arriver». Pour se rendre à ce travail, c'est-à-dire dans un musée situé en banlieue, il lui fallait prendre deux autobus.

Même après une entrevue avec le psychologue, ils se sont montrés réticents, déclarant que «dans ces conditions, il était préférable que Maria continue à rester à la maison et à recevoir sa pension d'invalidité» car ainsi, elle «resterait en sécurité» et disposerait tout de même d'un peu d'argent «pour subvenir à ses petits besoins».

(Etude de cas du Portugal)

2.2.4 Les abus commis par et dans les services d'assistance

S'agissant des personnes qui bénéficient des services mis en place par l'État ou par des organismes de protection sociale, les rôles sont souvent inversés. Les parents et l'entourage de la personne handicapée se montrent critiques à l'égard du traitement qu'elle reçoit, mais ne savent pas nécessairement comment s'élever contre cette ligne «officielle» ni qui trancherait en cas de véritable divergence d'opinions.

Michelle, une femme âgée de 42 ans atteinte de mucoviscidose, vivait à titre permanent dans une institution. La maladie l'avait laissée très diminuée et sa famille avait remarqué qu'elle avait perdu beaucoup de poids, qu'elle s'était plainte lors de son

transfert dans une autre aile du centre et qu'elle paraissait malheureuse dans ce nouveau groupe. Malgré les demandes de ses proches, elle n'avait pas été autorisée à revenir dans l'ancienne aile; un jour vint où elle fut attaquée par un autre patient, ce qui lui valut une fracture du nez. Ses parents demandèrent une nouvelle fois qu'elle soit réintégrée dans un groupe moins agressif, car elle ne pouvait pas se défendre. Aucune suite ne fut donnée ni à l'incident en question, ni aux requêtes formulées par les parents. De surcroît, Michelle continuait de perdre du poids et sa famille apprit plus tard que les recommandations alimentaires qu'elle avait suivies de nombreuses années durant n'étaient plus respectées; un médecin du centre lui indiqua que cela n'avait pas d'importance, étant donné que la maladie avait déjà détérioré son organisme, si bien que le régime spécial n'était pas nécessaire.

Les parents entrèrent en conflit avec l'établissement et emmenèrent Michelle vivre avec eux, à la maison, en dépit des difficultés que cela leur créait pour leur travail et pour les responsabilités au niveau des soins. Plusieurs semaines plus tard, la famille reçut une lettre d'un juge de paix les informant qu'un "administrateur" indépendant avait été désigné suite à une plainte des services médicaux qui estimaient que ces parents constituaient une menace pour leur fille adulte.

(Etude de cas présentée par la Communauté française de Belgique)

Pour éviter d'être ainsi pris en porte-à-faux, les usagers peuvent organiser leurs propres réseaux et/ou confier leur dossier à un avocat indépendant. Les personnes qui font appel aux services de santé mentale sont particulièrement concernées par les abus liés à la structure de ces services et aux excès qui y sont commis: internement injustifié, traitement inapproprié ou forcé, surmédication, recours aux électrochocs, privation des libertés civiles, etc. D'autre part, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et des associations d'usagers se sont dits préoccupés par les abus commis par certains usagers entre eux à la suite de placements inappropriés (comme dans l'affaire précitée concernant Michelle), ainsi que par l'insuffisance des effectifs et le manque de formation.

Des femmes ont mené campagne afin d'obtenir dans les asiles et les services de jour des espaces qui leur soient réservés et qui les mettent ainsi à l'abri des violences et du harcèlement sexuels de la part d'autres usagers.

Le document présenté par la Communauté flamande de Belgique relève également le double sens donné au mot «institutionnalisé»: il qualifie à la fois la violence qui se produit dans des institutions et la violence érigée en institution, c.à.d. légitimée par la loi. Les manifestations de violence à l'encontre de personnes handicapées sur lesquelles l'Etat fermait – et ferme encore – les yeux englobent:

- l'incarcération au mépris des lois et sans voies de recours ou de réexamen;
- la stérilisation forcée ou les avortements obligatoires en cas de grossesse;
- l'interdiction de se marier ou d'avoir des relations sexuelles, y compris homosexuelles;
- le refus d'une aide pour élever ses enfants; ou le fait de retirer ses enfants sans évaluation officielle préalable ni planification des soins;
- des regroupements contre-indiqués et l'impossibilité de choisir avec qui l'on va vivre et l'absence de solutions alternatives qui permettraient de quitter une structure de groupe où la violence est vécue au quotidien (problème mis en lumière dans un certain nombre d'études de cas soumises au Groupe de travail);
- l'obligation d'observer des règles religieuses, même si elles ne correspondent pas à celles de son choix, parce que les organisations religieuses sont les seules à venir concrètement en aide aux personnes handicapées et à leur offrir un toit; ou l'impossibilité de pratiquer la religion de son choix, par exemple lorsque des personnes handicapées appartenant à une minorité ethnique sont placées dans des foyers collectifs;
- l'exclusion des lieux de travail et des lieux publics, pour cause d'inaccessibilité des bâtiments et des transports publics.

Il est des établissements qui appliquent des règles contraires au droit international. Il peut ainsi y avoir discrimination fondée sur l'orientation sexuelle dans la manière dont ces établissements «autorisent» les relations entre les patients: violations régulières du droit à la vie privée et du droit de recevoir du courrier ou de téléphoner, recours informel (c.à.d. au mépris des lois ou sans contrôle juridictionnel indépendant) à la détention ou à la contention. Même lorsque ces pratiques ne sont pas explicitement admises par les Etats membres, elles n'en restent pas moins parfois très répandues.

Dans certains pays, d'autres pratiques prétendument «professionnelles» sont tenues pour légitimes sans autre forme de contestation:

- isolement cellulaire;
- répression et contention;
- castration médicale;
- recours excessif aux sédatifs comme moyen de répression;
- punition ou privation dans le cadre d'un programme de thérapie comportementale;
- électrochocs sans anesthésie.

Les garanties juridiques qui entourent ces pratiques seront traitées plus en détail au chapitre 4.

Il faut que les services qui s'adressent aux personnes handicapées mettent en place des politiques et une formation qui les aident à voir comment réagir de manière constructive face à des comportements ou situations difficiles. Une orientation simplement axée sur une série d'idéaux et dépourvue d'instructions précises quant aux moyens d'appliquer concrètement ces valeurs peut creuser un fossé entre le personnel soignant qui est en contact direct avec les intéressés et leurs responsables qui «officiellement» se distancient des pressions et dilemmes vécus au jour le jour tout en reconnaissant tacitement qu'ils n'ont pas d'autres solutions à proposer.

Le traitement coercitif a été au centre de l'étude de cas ci-après.

Issu d'une famille de trois enfants, Paul avait des troubles de l'apprentissage et présentait un comportement perturbé dû à des problèmes de santé mentale. Adolescent, il avait été envoyé en internat pour sa scolarité, mais il passait le week-end à la maison. A l'âge adulte, il devint plus difficile à maîtriser et fut placé dans un hôpital psychiatrique où il côtoya d'autres personnes souffrant de troubles du comportement. On ne s'occupa guère de lui dans cette structure, et son état empira. Sur l'insistance de ses parents, il finit par être transféré dans une unité spécialisée où il bénéficia d'une prise en charge personnalisée dans un environnement plus dynamique. Il fit des progrès et ses parents eurent la joie de voir son état évoluer favorablement. L'hôpital se trouvait malheureusement à 200 km de leur domicile, si bien que, n'étant plus tout jeunes, ils n'avaient que très peu de contacts avec leur fils. Ce dernier étant à présent plus âgé, le personnel hospitalier décida de soumettre Paul à un traitement par électrochocs, étant donné qu'il avait manifesté à plusieurs reprises des signes d'agressivité. L'hôpital contacta les parents pour leur demander leur avis et commença le traitement, avec l'accord de la famille. L'équipe estimait que c'était là le seul moyen de maîtriser son comportement. Le traitement fut interrompu au bout d'un mois: ses effets s'étaient avérés désastreux et l'état de Paul s'était aggravé.

(Etude de cas présentée par une ONG belge)

Le traitement par électrochocs est un traitement controversé dont l'efficacité est contestée. L'ONG qui a présenté cette étude de cas a indiqué que

«certains scientifiques refusent de revenir à ces méthodes terrifiantes qui avaient été écartées, à fort juste titre, depuis plusieurs décennies. Si louable soit leur but, les moyens ici employés sont inappropriés. Les effets du traitement sont bien pires que la maladie...»

Il faut s'entourer de solides garanties et s'appuyer sur un dossier bien étayé pour s'assurer que l'on n'administre pas à mauvais escient ou sans le consentement requis un traitement à propos duquel les avis sont partagés. Dans le cas présent, les parents n'étaient pas en mesure de défendre les intérêts de leur fils ou de donner leur consentement à sa place. Les personnes atteintes de troubles du comportement et celles pour lesquelles un double diagnostic est posé sont plus

particulièrement exposées au risque de se voir imposer de telles interventions par le corps médical ou par d'autres instances professionnelles, et leur famille risque de ne pas être en mesure de préconiser d'autres solutions.

Le même principe s'applique à la participation à des projets de recherche, notamment ceux qui impliquent des interventions intrusives et/ou qui comportent un risque. Il convient d'accorder une attention particulière aux personnes qui ne peuvent elles-mêmes donner un consentement valable ou qui peuvent être soumises à des pressions exercées par les personnes dont elles dépendent. Le Groupe de travail se déclare particulièrement préoccupé par ce type de participation lorsque la recherche n'est pas directement menée dans l'intérêt des participants. Les décisions relatives aux éventuelles exceptions à ce principe devraient être prises en toute transparence par des commissions d'éthique appelées à rendre compte publiquement de leurs actes, et/ou être susceptibles de recours.

2.3 Facteurs sous-jacents

2.3.1 Abus financiers et systèmes de prestations

Les abus d'ordre financier constituent à eux seuls un problème, mais les Etats membres, les ONG et les groupes de défense des intérêts des usagers s'inquiètent aussi de voir combien les faiblesses structurelles des systèmes de prestations et l'insuffisance de ces derniers restreignent les possibilités qu'ont les personnes handicapées de mener la vie de leur choix, d'entretenir des relations adultes avec autrui et/ou d'échapper à la violence.

Les mécanismes financiers peuvent être source d'inutiles aléas qui tissent la toile de fond de certaines situations abusives. Plusieurs questions ont été soulevées à cet égard dans diverses études de cas:

- soutien financier de l'Etat privilégiant davantage les soins en institution que les solutions alternatives axées sur des services communautaires – cela oblige les personnes concernées, pour pouvoir pleinement bénéficier de ces

aides, à accepter d'aller vivre dans une institution et incite l'entourage à «choisir» ce type de prise en charge;

- prestations soumises à condition de ressources – elles pénalisent l'intéressé et/ou son partenaire ou ses parents si leur salaire se situe au-dessus du seuil de pauvreté;
- prestations autorisant que les avoirs de l'intéressé servent à payer les services dont il aura ultérieurement besoin – ce système crée pour les proches, à qui ce patrimoine pourrait en définitive revenir, un conflit d'intérêts lié au fait qu'il leur appartient également de décider de solliciter ou non une aide extérieure lorsqu'il leur devient trop difficile de s'occuper de la personne en question;
- modalités prévoyant l'attribution des prestations à l'intéressé ou à un parent/soignant, mais sans vérification de ce que la qualité des soins fournis correspond au montant accordé – cela peut aboutir à une situation où un proche peu scrupuleux a financièrement intérêt à prodiguer des soins inadéquats;
- prestations partant du principe que le partenaire ou un parent assumera l'entière responsabilité financière de la personne handicapée – cela engendre une dépendance et/ou un ressentiment, et cela entrave aussi considérablement la personne handicapée si elle souhaite partir ou doit le faire pour échapper à des actes de violence ou de mauvais traitement;
- versements ne laissant pas aux intéressés le choix du lieu où ils pourront obtenir l'assistance que leurs prestations sert à payer – contrairement aux modèles axés sur l'autonomie des personnes handicapées, qui ont recours à des paiements directs permettant à l'intéressé et/ou à ses proches d'employer leurs propres soignants.

L'étude de cas ci-après démontre ces problèmes.

Madame N. est une femme âgée de 53 ans qui a contracté la poliomyélite à l'âge de 16 ans et a passé de nombreuses années sous respirateur dans un grand hôpital, le plus souvent dans un service accueillant des malades en fin de vie. Au fil de ses séjours dans cet établissement, elle est devenue, sans que ce fût à titre

officiel, une assistante sociale très compétente et a entrepris des études pour décrocher un diplôme et des qualifications professionnelles en psychologie. Par le truchement d'un ami, elle a rencontré un homme qu'elle a ensuite épousé et a quitté l'hôpital pour vivre avec lui alors qu'elle approchait de la trentaine. Toute sa vie durant, Madame N. a fait preuve d'une force d'âme et d'une générosité remarquables, allant jusqu'à créer une résidence commune pour d'autres personnes handicapées, ainsi qu'une fondation destinée à venir en aide aux personnes handicapées dans les anciens pays de l'Est. Elle a besoin d'une assistance douze heures par jour, ce qui coûte très cher, et les prestations qui lui sont allouées ne suffisent pas: le régime normal de l'assurance – maladie prend en charge une heure de soins et, pour le reste, elle doit compter sur son mari, qui travaille de longues heures durant à cet effet, et sur les dons, variables, de quelques généreux bienfaiteurs. Placer à nouveau l'intéressée dans une institution reviendrait beaucoup plus cher aux autorités. Madame N. est de plus en plus déprimée et le stress gagne sa famille et les pensionnaires de la résidence communautaire qu'elle a fondée. Chaque mois, l'argent manque. Malgré toutes les lettres qui mendent de l'aide, les économies sont épuisées et toute sa vie est assombrie par la menace de retomber dans la dépendance et le désespoir qu'elle a connus à l'hôpital.

(Etude de cas présentée par la délégation suisse)

Cet exemple montre comment la conception même du système des assurances sociales peut exercer une forme de «violence structurelle» en imposant une contrainte sur le choix du mode de vie des personnes handicapées, et ceci sous deux aspects. D'une part, une personne nécessitant des soins et un encadrement dépend de l'aide d'organisations spécialisées qui ne sont pas en mesure de satisfaire tous les besoins de la personne handicapée. Par exemple, la personne concernée ne peut choisir ni celle qui la soigne, ni à quel moment elle reçoit un soin particulier (comme l'aider à se mettre au lit). D'autre part, les prestations des assurances pour les soins et l'encadrement (assurance-maladie, assurance-invalidité) ne couvrent qu'une petite partie des frais occasionnés si la personne handicapée vit dans son propre appartement. Ces frais ne sont pris entièrement en charge par les assurances que

lorsque la personne vit en institution. Ainsi, beaucoup de personnes handicapées n'ont pas d'autre choix que d'entrer dans une institution, et ce pour des raisons financières.

L'octroi de prestations suffisantes génère pourtant une dynamique propre. La Communauté française de Belgique a ainsi présenté l'étude de cas ci-après.

Denise, qui souffrait de graves troubles de l'apprentissage, vivait dans une institution depuis vingt ans. Son frère Albert, lui aussi handicapé, y était également placé. Leur famille, c.à.d. leurs frères et sœurs, ne s'occupait pas du tout d'eux. Cela dura ainsi jusqu'à la mort d'Albert; la famille refit alors surface et, s'apercevant que Denise percevait des prestations de sécurité sociale, l'une de ses sœurs, en butte à des difficultés financières, s'offrit de lui faire quitter l'institution et de la prendre chez elle pour s'en occuper. Denise fut très heureuse de retrouver cette sœur qu'elle ne connaissait plus mais qui semblait si gentille; elle n'était de toute façon pas en mesure d'analyser la proposition ni d'en mesurer les arrière-pensées.

D'autres délégués ont mis en doute le bien-fondé des dispositions imaginées pour la gestion des intérêts financiers de personnes handicapées incapables de décider par elles-mêmes, et se sont interrogés sur les garanties et les contrôles prévus en pareil cas. La délégation belge a présenté un exemple qui concernait une famille de trois enfants atteints de déficiences intellectuelles dues à la maladie dite «syndrome de l'X fragile», enfants dont un oncle avait légalement la charge depuis le décès des parents. Cet oncle (le frère du père) était censé agir sous la tutelle d'un autre oncle (le frère de la mère).

Le tuteur légal avait conservé les sommes versées au titre des prestations, avait puisé dans les comptes bancaires de ces jeunes atteints de troubles de l'apprentissage et avait même réussi à vendre un appartement dont l'un d'eux avait hérité. Ce furent les retards mis à payer le foyer qui donnèrent l'alerte; puis, le fils du tuteur contacta l'association de parents, à la fois pour «se mettre à table» et aussi pour prendre ses distances par rapport à toute malversation éventuelle. L'association de parents s'adressa à un juge de paix qui prit des mesures, mais les voies de recours offertes en la matière auraient impliqué que l'on demandât à cet

oncle déjà âgé une réparation portant sur une longue période, et les frères et sœurs handicapés n'auraient jamais récupéré leurs biens.

Aux termes des règles juridiques en vigueur dans ce pays, le contrôle des actes du tuteur incombait aux membres de la famille et, une fois le détournement de fonds commis, il n'était quasiment plus possible de faire appliquer la loi.

2.3.2 Idéologies abusives

D'autres sujets importants ponctuent également le débat et, comme le souligne le Forum européen des personnes handicapées:

«La violence s'exprime non seulement sous des formes actives mais également sous des formes passives telles que l'euthanasie et l'eugénisme, avec notamment au bout du compte la stérilisation obligatoire, la ségrégation sexuelle, le développement de la biotechnologie et des diagnostics prénataux» (op. cit, page 12).

Pour d'autres observateurs (par exemple Wolfensberger, 1987), il existe dans nos sociétés modernes une tendance à «tuer la vie» qui s'exprime par une «politique cachée de destruction génocide de certaines classes rejetées [par la société] et indésirables», ce qui rend toutes les personnes handicapées vulnérables. Si l'on ne saurait qualifier d'abusifs – en soi – les progrès en matière de biotechnologie et de diagnostic prénatal, ils sont considérés comme une menace potentielle par nombre de personnes handicapées et de leurs associations, et semblent reposer sur un postulat indéfendable selon lequel la qualité de vie des personnes handicapées est forcément moins bonne que celle des personnes non handicapées. Selon ces personnes et ces associations, la pratique du dépistage prénatal et de l'avortement sélectif donne facilement aux personnes handicapées l'impression que la société ne leur accorde aucun intérêt et estime que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue (Parens et Asch, 2000; Ward, 2001). Les personnes handicapées craignent, données historiques à l'appui, que dans ses formes les plus extrêmes, cette attitude profondément ancrée n'aboutisse à des décisions discriminatoires de fin de vie, à un recours accru à l'avortement sélectif

des fœtus mal formés, au rationnement des soins de santé et au traitement discriminatoire des personnes handicapées.

Elles estiment, avec les organisations qui les représentent, que tout cela favorise une série de valeurs qui sont hostiles aux personnes handicapées et qui encouragent le non-respect du prix que vaut la vie des personnes handicapées. Dans le grand public, ces attitudes s'expriment par le harcèlement verbal et l'intimidation lorsque, par exemple, certaines personnes insultent une personne handicapée en lui disant «Tu n'aurais jamais dû naître!», ou la menacent de la gazer. L'isolement des personnes handicapées est exacerbé par leur appréhension à sortir ou à se rendre dans des lieux ou espaces publics, de crainte d'être verbalement ou physiquement malmenées.

2.4 Groupes doublement défavorisés

2.4.1 Les abus commis sur des personnes appartenant à une minorité ethnique

Les abus commis sur des enfants et adultes handicapés ont pour autre toile de fond les formes, plus générales et souvent multiples, d'oppression, d'exploitation, d'injustice sociale et de conflit. Les personnes handicapées issues de minorités ethniques sont doublement désavantagées: elles le sont dans leurs rapports avec les institutions de protection sociale, et le sont aussi par leur vulnérabilité aux pratiques abusives et discriminatoires fondées sur la race. Ces facteurs "encore plus" pénalisants ne sont pas des problèmes distincts, parallèles aux autres; ils ont un effet multiplicateur qui aggrave les difficultés et crée un sentiment d'appartenance unique chez les individus handicapés, contraints parfois de résister au sein de leur propre communauté à des réactions d'hostilité à l'égard du handicap et, en même temps, de lutter contre les conséquences de la discrimination sociale et économique due au racisme présent dans la population dominante (Stewart, 1993).

Les personnes handicapées et leurs parents (ou ceux qui s'occupent d'elles), s'ils sont issus de minorités ethniques,

peuvent aussi être désavantagés dans la mesure où ils ne bénéficient pas d'un accès équitable aux services d'assistance sociale. Une étude menée au Royaume-Uni (Netto, 1998) et portant sur les membres de minorités ethniques s'occupant de personnes âgées montre que ces soignants ont tendance à être plus jeunes et plus isolés que leurs homologues de race blanche, que la moitié d'entre eux ne parlent pas la langue dominante, que les trois quarts d'entre eux sont des femmes – dont beaucoup s'occupent aussi d'enfants –, que ces soignants assument leur fonction plus longtemps, qu'ils sont moins aidés par d'autres membres de la famille et qu'ils ne disposent pas de temps libre pour remplir leurs autres obligations. Netto (1998 :223) souligne aussi qu'ils ne se considèrent pas comme des «soignants» et qu'ils ne revendiquent donc pas leur droit à des services d'assistance:

«Ce qui n'est guère étonnant, puisque ... le terme de 'soignants' est une construction socio-politique, bien plus étroitement liée aux droits à un soutien matériel qu'à des sentiments ou relations motivant la prestation de soins, ce mot n'a d'équivalent dans aucune des langues des minorités ethniques.»

Souvent, les principaux services proposés ignorent ou n'intègrent pas certaines différences d'ordre religieux ou culturel: impossibilité d'obtenir des aliments répondant à des critères religieux ou diététiques déterminés, ou de bénéficier de l'assistance, pour l'hygiène corporelle, d'une personne du même sexe ou d'une personne d'un sexe plutôt que de l'autre pour certains services de jour. Parallèlement, il arrive aussi que les organismes et travailleurs sociaux hésitent à engager un véritable débat avec les représentants des cultures minoritaires sur certaines questions telles que les idées reçues et scientifiquement infondées concernant le handicap, la discipline ou les punitions à infliger aux enfants, ou encore certaines manières de traiter les femmes qui sont contraires aux libertés civiles garanties par la Convention européenne des Droits de l'Homme. Les organisations qui travaillent avec des personnes handicapées appartenant à des minorités ethniques ont également soulevé la question du consentement et des droits à propos des mariages arrangés.

Le groupe de travail a été spécialement attentif à la situation des personnes handicapées dans les pays touchés par la guerre, ainsi qu'aux contraintes particulières exercées sur celles qui sont devenues par force des réfugiés (sujet qui fait actuellement l'objet de recherches au Royaume-Uni à l'Unité de politique sociale de l'Université de York). Non seulement ces conflits aggravent les handicaps physiques et mentaux d'origine traumatique, handicaps que le manque d'assistance médicale ultérieure rend parfois plus pénibles encore, mais les intéressés s'y trouvent de surcroît confrontés dans un contexte de troubles économiques et sociaux qui entravent leur réadaptation médicale comme leur réinsertion sociale. Certains pays qui se sont récemment trouvés au cœur d'un conflit s'efforcent par ailleurs d'aider les réfugiés. C'est ainsi que la Slovanie donne actuellement asile à 2796 personnes originaires de Bosnie-Herzégovine, dont 42 au moins sont handicapées selon les statistiques officielles. Parmi ces réfugiés, il en est qui vivent en Slovanie depuis huit ans déjà, et beaucoup ne peuvent plus retourner nulle part. On ne possède pas d'informations concernant le degré d'invalidité physique ou mentale des personnes handicapées dans les pays déchirés par la guerre, ni sur la question de savoir si d'autres personnes handicapées se sont trouvées dans l'impossibilité de fuir de chez elles au plus fort des hostilités.

En temps de guerre, les attitudes à l'égard des personnes handicapées se polarisent et deviennent contradictoires. Sur le moment, le sacrifice d'une personne devenue handicapée «pour sa patrie» est hautement valorisé. Les intéressés ont le sentiment d'avoir sacrifié pour leur pays ce qu'ils avaient de plus cher et considèrent, qu'après la guerre, ils devraient avoir davantage de droits que les autres citoyens. En fait, une fois la guerre finie, lorsqu'ils cherchent à s'intégrer dans la vie normale, ils s'aperçoivent qu'ils ne sont pas acceptés. Leur sacrifice leur apparaît alors comme totalement vide de sens et ils supportent mal le statut dans lequel ils se retrouvent confinés. Le sort des soldats mineurs est particulièrement tragique, pas seulement à cause des blessures corporelles qu'ils ont subies mais parce qu'en raison de leur jeunesse, ils ont du mal à comprendre et accepter la mort. D'avoir fait la guerre a eu sur leur âme, sur leur personnalité, sur leurs

sentiments et sur leur comportement des conséquences graves sinon irréparables, qui risquent plus tard, en temps de paix, de rendre difficile leur retour à la vie quotidienne et de les empêcher de fonder une famille et de tisser des liens solides avec autrui.

Leurs problèmes sont encore aggravés par le système des pensions d'invalidité qui excluent les possibilités d'emploi. Ces jeunes veulent recommencer leur vie et développer le potentiel qui est en eux; ils ne veulent pas être les allocataires de rentes d'invalidité.

(Extrait du document présenté par la Slovénie au Groupe de travail)

Les personnes handicapées qui vivent dans des pays touchés par la guerre livrent une lutte particulièrement singulière pour se faire reconnaître comme des citoyens à part entière. Elles estiment avoir «gagné» le droit d'obtenir des prestations et des services d'assistance corrects au motif qu'elles ont fait un sacrifice plus grand que d'autres. Et leur amertume est plus vive lorsqu'elles s'aperçoivent qu'on les oublie car le souvenir des combats s'estompe ou lorsqu'elles se trouvent confrontées à tous les obstacles que connaissent les personnes handicapées dans d'autres pays et d'autres situations. Les mêmes désavantages sont subis par les personnes qui cherchent refuge dans d'autres pays ou y demandent l'asile (Roberts 2000; Hermansson, Hornquist et Timpka, 1996; AEP, 2000): elles risquent aussi de chercher vainement une communauté d'accueil. Selon Roberts (2000: 944), il reste au mouvement des personnes handicapées à prendre en compte la diversité de sa composition, et «les personnes handicapées ayant une identité complexe ne sont toujours pas reconnues». L'auteur (2000: 944) affirme que

«les réfugiés et les demandeurs d'asile handicapés, dont l'identité englobe (à tout le moins) celle d'un réfugié, d'une personne handicapée et d'un membre d'un groupe ethnique, se sentent perdus, car ils ne sont reconnus ni par la communauté des réfugiés (en raison de leur handicap) ni par le mouvement des personnes handicapées (en raison de leur statut d'immigré). Les réfugiés et les demandeurs d'asile handicapés forment probablement l'une des catégories les plus défavorisées de notre société, précisément parce qu'ils cumulent les désavantages économiques et sociaux rencontrés par les différents groupes auxquels ils appartiennent.»

2.4.2 Les abus à l'égard des femmes et des jeunes filles

Les jeunes filles et les femmes handicapées sont confrontées aux mêmes problèmes qui rendent toute jeune fille et toute femme plus vulnérable, et sont victimes de violences et de harcèlement sexuels (Sorheim, 1998). Un document analogue portant sur la prévention de la violence à l'égard des femmes recense trois niveaux ou formes d'oppression sexiste auxquelles toutes les femmes handicapées (et certains hommes aussi, par exemple les homosexuels et les noirs) sont particulièrement exposées, à savoir les violences physiques, sexuelles et psychologiques qui se produisent au sein de la famille d'une part et de la collectivité au sens large d'autre part. Dans le premier cas, on entend par-là les coups, les sévices à enfant, le viol conjugal et l'exploitation des jeunes filles et des femmes soumises à des contraintes excessives au foyer – obligation de s'occuper des enfants et des membres âgés de la famille sans aucune rémunération, d'accomplir les tâches ménagères, d'accepter des travaux agricoles ou industriels à domicile, etc. Dans le cadre de la collectivité, les formes que revêt la violence sont notamment le harcèlement sexuel et l'intimidation sur le lieu de travail, la traite des femmes et la prostitution forcée. Les femmes se voient également imposer des traitements non désirés et leurs droits fondamentaux sont quelquefois bafoués sur certains points – avortement forcé ou stérilisation notamment. Le lieu de travail est aussi un endroit où les femmes et les jeunes filles sont exploitées dans des emplois mal payés ou dangereux. Quant aux auxiliaires familiales, elles encourent des risques d'ordre à la fois privé et public, en ce que leur lieu de travail est aussi le siège potentiel d'actes de violence domestique.

Tilley (1998: 89) relève également combien les femmes handicapées sont doublement affectées par les stéréotypes qui touchent et au handicap et à l'identité sexuelle; en tant que femmes, elles sont ainsi *«représentées ... comme des victimes, avec les clichés de dépendance qui renforcent le côté «malade» souvent attribué aux personnes handicapées»*, tandis que leur handicap les relègue au rang de *«secondes»* dans une culture capitaliste qui apprécie d'abord les femmes

pour leur apparence et en fait avant tout un objet. Une infirmité intellectuelle ou une maladie mentale peuvent aussi peser sur les caricatures sexistes qui dépeignent les femmes comme des êtres incapables de maîtriser leurs pulsions sexuelles. Le groupe de travail approuve les dispositions figurant dans la Recommandation 1450 (2000) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, notamment celles qui condamnent la violence domestique, le mariage forcé, les mutilations sexuelles, la prostitution et la traite des femmes, et demande aux gouvernements et aux ONG de reconnaître que ces atteintes aux droits de l'homme sont également subies par les femmes handicapées, qui risquent d'être encore moins à même de quitter un partenaire violent, de se réfugier en un lieu sûr ou de demander réparation. Par exemple, Hendey et Pascall (1998: 426) attirent l'attention sur les risques inhérents à la situation des femmes qui usent du paiement direct pour organiser et gérer l'assistance personnelle qu'elles reçoivent et qui peuvent se trouver dans des situations caractérisées par «une absence douloureuse de moyens de s'échapper».

2.5 Porter des jugements nuancés

2.5.1 Seuils

Le groupe de travail a été sensible à la difficulté qu'il y a de poser des jugements équilibrés qui défendent les droits des personnes handicapées sans se mêler inutilement ni de la façon dont elles vivent ni des arrangements ou des rapports existant dans les familles qui s'occupent d'une personne handicapée ou dans les établissements correctement gérés qui proposent ce type de prise en charge. De plus, les Etats membres subissent parfois des pressions économiques considérables ou connaissent une instabilité politique et économique, et doivent composer avec de multiples groupes d'intérêts et priorités diverses.

Chaque pays et chaque organisme compétent doivent déterminer où se situe le seuil qui fait qu'un abus est d'une telle gravité ou perdure depuis assez longtemps pour justifier une intervention extérieure visant à faire cesser cette pratique. De

telles interventions peuvent se faire par différents biais – réglementation de l’offre de services, travail social individuel auprès des familles, actions de groupes d’usagers, poursuites pénales ou voies judiciaires.

2.5.2 Respect du choix et consentement

Les personnes handicapées ne souhaitent pas toujours engager des poursuites contre ceux qui leur font du tort ou préfèrent que des autorités extérieures le fassent pour eux. L’État a à l’évidence le devoir d’intervenir lorsque ce sont des enfants qui sont en danger, mais son rôle est plus délicat quand il s’agit d’adultes handicapés. Deux notions occupent dans les jugements de cette nature une place essentielle: la capacité et le consentement éclairé.

Quand un individu n’est pas en mesure de décider par lui-même, les actes sexuels et les opérations financières peuvent être considérés comme abusifs, et l’État est le seul organe habilité à intervenir pour protéger cet individu. Une personne handicapée qui se comporte en règle générale de manière autonome peut être à ce point ébranlée par la violence ou l’intimidation qu’une intervention s’impose, même si l’intéressé la refuse dans un premier temps, ce qui n’est pas sans rappeler la situation que vivent d’autres victimes d’actes criminels. A l’inverse, il arrive que des individus capables de faire preuve d’autonomie nouent à l’occasion des relations qui ne sont guère idéales ou tolèrent des services qui ne répondent pas à tous leurs besoins mais qu’ils supportent comme autant d’inconvénients dans une situation jugée pour le reste acceptable. Beaucoup de choix s’opèrent selon la règle pragmatique du «moindre mal», et c’est aux instances compétentes qu’il appartiendra de fixer la limite à ne pas franchir lorsque, par exemple, seule une option est proposée ou lorsque des menaces, l’usage de la force ou des pratiques d’exploitation faussent totalement les possibilités de choix.

Les principes juridiques sur lesquels on se fonde pour déterminer la capacité et le consentement se trouvent exposés au chapitre 4. Ce chapitre est principalement consacré aux défi-

nitions, mais le problème qui est ici abordé se trouve illustré par les études de cas ci-après, dans lesquelles l'appréciation de la capacité de l'intéressé est déterminante pour savoir si les relations en cause sont ou non abusives. Ces situations concernent toutes des relations sexuelles, mais les mêmes considérations valent lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre les opérations financières acceptables et celles qui relèvent de l'exploitation.

Le premier cas est celui d'un garçon âgé de douze ans qui suivait un enseignement spécial en internat et dont avait abusé un enseignant censé lui donner des cours supplémentaires de mathématiques. Le comportement de l'enfant avait changé et il avait raconté à ses parents, non sans hésitation, ce qui s'était passé. L'enseignant était parvenu jusqu'à l'orgasme en se livrant à des baisers et à des attouchements sur les parties génitales de l'enfant. Les parents tentèrent de faire en sorte que des mesures soient prises par le chef d'établissement, par la police et par le centre médical, mais tous tardèrent à intervenir. Finalement, une action en justice amena l'enseignant à avouer qu'il avait des penchants pédophiles et qu'il s'était servi de son métier pour mieux approcher les enfants. Il fut lourdement condamné par le tribunal. Quant à l'enfant, cette expérience provoqua chez lui des dommages psychologiques dont il eut longtemps à souffrir.

(Etude de cas présentée par la délégation suisse et provenant d'une ONG)

Dans ce dossier, il n'a jamais été question de savoir si l'enfant avait donné un consentement valable – il était mineur et, par conséquent, n'avait pas la capacité ni légale ni morale de consentir à des relations sexuelles avec un adulte quel qu'il soit, et moins encore avec un adulte ayant autorité sur lui. Ce principe se serait tout autant appliqué même au cas où l'enfant aurait apparemment été disposé à se soumettre aux agissements de l'enseignant. Un adulte handicapé qui n'est pas à même de poser ses propres décisions serait lui aussi jugé incapable de consentir à des relations de cette nature. La Communauté flamande de Belgique a fait état d'un cas similaire: il s'agissait d'un jeune dont un moine qui dirigeait une section de l'établissement où il vivait avait abusé. Même si ce jeune avait eu l'âge requis pour consentir, le pouvoir qu'exer-

çait sur lui l'homme en question était à ce point disproportionné que l'acte aurait été manifestement considéré comme abusif.

On retrouve du reste ce principe d'«abus de confiance» dans certaines relations à caractère thérapeutique ou professionnel qui impliquent des adultes – orientation et conseils, assistance médicale ou tutorat. Les liens de ce genre, même lorsqu'ils concernent des individus qui ne sont pas vulnérables du fait d'un handicap physique ou mental, font courir un risque aux intéressés. Les rapports sont inégaux (en ce sens qu'il y a rétribution par quelqu'un du temps que lui consacre une autre personne), et l'on espère que le professionnel répondra aux attentes de celui qui s'adresse à lui sans chercher à satisfaire ses propres besoins sexuels ou affectifs – ce qui serait contraire à ce qui a été convenu entre eux.

Ce cas met aussi en évidence la nécessité d'établir des mécanismes institutionnalisés qui permettent d'échanger des informations généralement confidentielles et régies par la législation relative à la protection des données. Dans un cas comme celui-ci, il convient de ne pas respecter le principe de confidentialité, compte tenu du risque que court l'intéressé de subir ou de continuer à subir un préjudice important si les informations ne sont pas communiquées aux organismes et aux professionnels compétents.

Cela étant, les problèmes touchant au consentement ne sont pas toujours aussi tranchés. Un autre cas présenté par la délégation suisse a montré que les principes sur lesquels on se fondait pour intervenir pouvaient être source de confusion.

Il s'agissait d'une femme présentant de légers troubles de l'apprentissage et une aptitude à communiquer limitée, qui vivait dans un établissement de soins mixte. Elle sortait avec deux hommes en même temps, chacun d'eux sachant qu'elle fréquentait aussi l'autre. Elle arrivait à passer de l'un à l'autre, mais plusieurs membres du personnel éducatif désapprouvaient ce «papillonnage». Au nom du critère «fidélité» les éducateurs lui avaient dit qu'elle devrait choisir entre les deux, ce qu'elle refusait. Le personnel avait alors décidé qu'elle devrait cesser de voir l'un comme l'autre des deux hommes, et avait fait en sorte qu'il n'y ait plus aucun contact entre les principaux intéressés.

Dans le cas présent, le problème vient davantage de ce que l'on n'a pas aidé cette jeune femme à défendre son droit de choisir ses fréquentations, et non pas tant d'une question de protection contre le mal qui aurait pu lui être fait, puisque ces relations étaient toutes deux le fait de son choix. Une affaire similaire a été rapportée par Brown et Thompson (1997) au Royaume-Uni: elle concernait deux hommes qui entretenaient une relation homosexuelle consentie, relation mal vue dans le foyer où ils résidaient, lequel était géré par une organisation caritative chrétienne. En décidant de placer les deux hommes dans ce centre, les autorités compétentes auraient pourtant dû tenir compte de leur orientation sexuelle; quant à l'institution, le fait de leur interdire d'avoir des relations sexuelles est une négation de leur droit de vivre comme ils l'ont choisi.

Parallèlement, un autre cas mentionné par la délégation suisse à propos, ici aussi, d'une jeune femme vivant dans un établissement de soins mixte est venu illustrer le revers de la médaille, en ce sens que le choix de l'intéressée avait été accepté tel quel, sans prendre en considération les forces dynamiques qui influaient sur la situation.

Cette jeune femme avait été placée sous contraceptif à action prolongée administré par injection, à la suite manifestement de problèmes liés au cycle menstruel. Le personnel avait de ce fait estimé ne pas devoir la surveiller de trop près, bien qu'il s'agisse d'une personne qui manquait beaucoup d'assurance et qui était peu informée des choses du sexe. Personne n'avait remarqué ni pris la peine d'observer que cette femme était intimidée par l'un des hommes qui s'était lié d'amitié avec elle. Un jour qu'elle lui avait demandé de la laisser après qu'il lui eut rendu visite dans sa chambre, il avait eu une réaction de colère rentrée, tant et si bien qu'elle finit par se sentir mal à l'aise avec tous les hommes de l'établissement.

Ce dont cette femme a grandement souffert, c'est d'un manque d'éducation sexuelle et du fait de ne pas pouvoir faire confiance à autrui. Le régime auquel elle était soumise a péché par excès de permissivité, sans donner aux pensionnaires les moyens de se protéger ou de se méfier de conséquences autres qu'une grossesse.

Le consentement éclairé est un facteur essentiel pour établir l'existence d'un abus et ceux qui proposent des services d'assistance doivent être attentifs à bien distinguer entre, d'une part, la nécessité d'analyser les choix des individus et, d'autre part, l'obligation de défendre les droits de ceux qui ont légitimement opté pour un mode de vie non conventionnel. Les décisions en la matière doivent intégrer à la fois ce que souhaite la personne plus vulnérable et les intentions et motifs qui animent celui ou celle qui a davantage d'ascendant et qui, peut-être, est un agresseur en puissance. Lorsque tout est limpide d'un côté ou de l'autre, il est relativement aisé de trancher, mais quand on se trouve en présence d'une relation qui relève du choix pour l'un et de l'exploitation pour l'autre, un jugement mesuré s'impose.

2.5.3 *Appréciation de la gravité*

Brown et Stein (1998) énumèrent une série de critères à prendre en compte lorsque l'on essaie de fixer un seuil à partir duquel un incident ou une relation exige une intervention plus formelle ou la divulgation, hors d'un groupe professionnel ou d'un organisme, d'informations qui restent généralement confidentielles. Il convient de tenir compte notamment des facteurs suivants (adapté du projet de l'AIMS, 1998):

- la vulnérabilité de la victime, c'est-à-dire sa fragilité, son degré d'incapacité, de déficience intellectuelle ou de difficulté à communiquer;
- la gravité du ou des actes abusifs commis – le droit pénal français par exemple définit la violence physique comme un délit grave lorsqu'elle entraîne un arrêt de travail d'au moins huit jours, et la législation anglaise parle de «préjudice important» (*significant harm*);
- le fait que l'abus constitue un incident unique ou s'inscrit dans un schéma ou une relation qui durent depuis longtemps;
- les conséquences de l'abus sur la personne vulnérable;

- le fait que d'autres membres de la famille ou de l'entourage ont été gravement affectés par ces agissements ou y ont été impliqués;
- l'intention de l'auteur des faits, c.à.d. la question de savoir si l'abus a été commis volontairement ou involontairement, à la suite d'un stress ou par ignorance, et si l'agresseur avait envisagé de s'en prendre à cette personne en particulier à cause précisément des déficiences qu'il avait perçues chez elle – il faudra ici évaluer si l'abus est survenu de manière passive ou active, délibérée ou accidentelle;
- l'autorité dont est investie l'agresseur et la manière dont il a abusé d'une «position de confiance» – par exemple lorsque les faits sont commis par quelqu'un qui exerce une certaine influence au sein de la collectivité (prêtre, enseignant, médecin, infirmier, travailleur social);
- la nature de l'acte, qui ferait de celui-ci un délit pénal;
- le risque que cet agresseur s'en prenne à nouveau à la même victime – les délits sexuels perpétrés sur des enfants comme sur des adultes relèvent sans doute davantage d'un profil de délinquance répétée que d'une défaillance exceptionnelle chez quelqu'un de bonne réputation;
- le risque de voir l'auteur des abus ou la situation incriminée porter préjudice à d'autres enfants ou à d'autres adultes vulnérables.

Le risque de «préjudice important» est déterminant dans une telle évaluation. L'appréciation de la gravité devrait systématiquement se faire en tenant compte du contexte culturel et économique du moment, surtout pour évaluer les critères de soins jugés adéquats dans chaque pays et dans chaque environnement. Il ne sert à rien de vouloir combattre un type d'abus particulier si des pratiques abusives ou des négligences sont observées dans l'ensemble du système d'assistance ou si, d'une façon générale, les personnes handicapées sont plus souvent que d'autres touchées par des formes de pauvreté et de privation.

2.6 Résumé

Comme le font remarquer les délégations française et norvégienne,

«la difficulté de cet exercice consiste à situer correctement le problème entre deux pôles dont le premier serait une définition réductrice de la violence (...) qui masquerait la réalité du phénomène, et le deuxième une extension exagérée du concept qui en atténuerait la spécificité en y incluant des problèmes beaucoup plus vastes ...».

Le groupe de travail est préoccupé par ce large éventail de causes et de types de préjudices dont sont victimes les personnes handicapées, à savoir:

- une prise en compte très insuffisante des besoins essentiels, notamment en termes d'alimentation, de soins de santé et d'accès aux services éducatifs et sociaux;
- des actes individuels de cruauté ou des agressions sexuelles commis par des individus dans l'exercice de leurs fonctions de soignants;
- des atteintes aux libertés civiles, telles que l'incarcération au mépris des lois, la «cohabitation forcée» dans des foyers d'accueil ou des institutions, l'interdiction d'avoir des relations sexuelles ou de se marier, l'absence d'intimité ou l'ouverture du courrier, l'interception des appels téléphoniques ou l'intrusion durant les visites en milieu institutionnel ou familial, et/ou l'isolement permanent par rapport aux structures de soutien ou de défense de leurs droits;
- des actes de brutalité ou de violence gratuite dans le cadre de la collectivité, dont certains peuvent constituer des formes extrêmes de préjugés très répandus à l'encontre des personnes handicapées, voire – et c'est plus grave – des idéologies de portée mondiale hostiles aux personnes handicapées;
- les pratiques abusives de certains intervenants, qui sortent largement du champ des normes professionnelles admises;
- les abus commis par d'autres utilisateurs de services d'assistance dans certaines structures où l'on ne s'est pas suffi-

- samment soucie de constituer des groupes sûrs ou de prévoir des contrôles pour garantir la sécurité des placements;
- des traitements et des interventions autorisés qui ne vont pas dans l'intérêt de la personne et/ou reposent sur une perception incorrecte ou incomplète de son état et de ses besoins – par exemple, imposition de sanctions face à des comportements provocants, mise à l'isolement, traitements aux électrochocs sans accord de l'intéressé, ou encore programmes de thérapie de déconditionnement.

On entend par abus

tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter.

L'abus peut être commis par n'importe quel individu (y compris une autre personne handicapée), mais il est particulièrement grave quand il s'inscrit dans le cadre de rapports de confiance caractérisés par une position de force fondée sur:

- la situation juridique, professionnelle ou hiérarchique de l'auteur de l'abus,
- son pouvoir physique, économique ou social,
- le fait qu'il soit chargé de s'occuper de cette personne au jour le jour,
- et/ou les inégalités fondées sur l'identité sexuelle, la race, la religion ou l'orientation sexuelle.

L'abus peut résulter de la cruauté individuelle, d'une mauvaise prise en charge ou de l'indifférence de la société.

Il nécessite une réponse proportionnelle – une réponse qui ne fasse pas un trait sur des choix légitimes posés par des individus handicapés, mais bien une réponse qui reconnaisse la vulnérabilité et l'exploitation.

Tableau 1: Éléments de définition

Quelles sont les personnes handicapées couvertes par la définition?

Les enfants et les adultes atteints de:

- déficiences physiques, sensorielles et intellectuelles,
- maladies
- mentales,
- autisme,
- maladies chroniques.

Quels sont les différents types d'abus?

- Physiques
- Sexuels
- Psychologiques
- Financiers
- Négligences

Qui est l'auteur des abus?

N'importe quelle personne, y compris:

- des membres de la famille,
- d'autres personnes handicapées,
- des membres du personnel rémunéré et des bénévoles,
- des personnes influentes telles que des autorités religieuses ou des enseignants,
- des voisins,
- de simples citoyens,
- des inconnus.
- des professionnels du secteur des soins et de la justice pénale, y compris des thérapeutes diplômés et des travailleurs sociaux
- des prestataires de services
- des organismes officiels, des autorités locales et nationales et des gouvernements

Dans quels cadres?

N'importe quel cadre, y compris:

- domicile de la personne handicapée
- milieu familial,
- le milieu résidentiel, y compris les mises en pension et les placements en adoption,
- les écoles,
- le lieu de travail et les centres spécialisés de jour,
- les structures de soins de santé,
- les institutions y compris les structures de sûreté, et les prisons
- les centres d'activités de loisirs
- les lieux publics, les parcs, les transports, les magasins

Quel est le seuil de signalement et d'intervention?

L'évaluation de la gravité dépend:

- des normes culturelles et économiques générales,
- de la nature, de la fréquence et de l'importance de l'abus,
- de la qualification de l'acte (infraction pénale ou non),
- de la fragilité de la personne,
- de l'intention et de la dangerosité perçue de l'auteur des abus,
- du risque de récurrence de préjudices contre l'individu,
- du risque de préjudices pour d'autres enfants ou adultes handicapés.

3. SENSIBILISATION ET RECHERCHE

Ces questions de définition et de jugement débordent sur l'étude de l'abus, et il est donc difficile d'élaborer des études et de comparer les résultats. Les chercheurs, souvent habitués à répondre à des questions précises, ont à interpréter des résultats ambigus et à lire entre les lignes de leurs données pour obtenir une image complète de la situation. Même lorsqu'on utilise des protocoles de recherche rigoureux (par exemple, avec des groupes témoins assortis entre eux), les sous-déclarations et les enregistrements contradictoires rendent les comparaisons difficiles (Westcott, 1991). On trouve cependant un nombre croissant de documents faisant état des abus à l'égard des enfants ou des adultes handicapés, dont s'inspire la synthèse suivante.

3.1 Questions méthodologiques

Afin de lire cette masse de travail, il importe d'apprécier les raisons pour lesquelles la recherche ne dégage pas de réponses définitives. Des questions éthiques et méthodologiques complexes doivent être prises en considération dans la conception des protocoles de recherche et dans l'interprétation des études:

- qualifier un acte ou une relation d'«abusif» est nécessairement une question de jugement et de démarche;
- l'identification dépend de compétences personnelles, professionnelles et organisationnelles: l'abus se produit souvent «derrière des portes closes», et son auteur peut s'employer à faire pression sur la victime pour qu'elle garde le silence. Il est facile de passer à côté de la détresse de la victime, de l'absence de limites de l'auteur, des déclarations

de témoins ou de la révélation des faits par l'une ou l'autre des parties concernées;

- les personnes qui ont des difficultés de communication ou à qui l'on n'accorde pas de crédibilité (ou les deux à la fois) risquent de ne pas voir leurs plaintes prises au sérieux et ont donc plus de chances de passer inaperçues que des personnes non handicapées dans les rapports sur les abus;
- les études peuvent se fonder sur des dossiers ou des rapports rétrospectifs; la manière dont ceux-ci sont exploités est un critère d'évaluation des compétences organisationnelles et de la stabilité;
- souvent, les études ne comparent pas ce qui est comparable: une «unité» ou un «cas» peut désigner un acte, une relation, une personne ou un régime, et des incidents isolés peuvent figurer à côté d'abus répétés s'inscrivant dans une exploitation de longue date. Même lorsqu'on prend soin de la définition, un acte – tel qu'il est rapporté – peut être le premier de son genre ou simplement celui qui a déclenché la révélation;
- des incidents relativement mineurs peuvent être analysés à côté d'événements gravement traumatisants pour ceux qui les subissent;
- les enfants et adultes handicapés peuvent ne pas apparaître dans des statistiques «courantes» concernant, par exemple, les interventions au titre de la protection infantile ou les délits impliquant la population générale; ce fait observé dans plusieurs Etats membres constitue, aux yeux de la délégation italienne, un problème.

De nombreuses études s'appuient par la force des choses sur des échantillons de faits *rapportés* présentés à l'appui de dossiers d'orientation vers des organismes d'assistance, dossiers conditionnés par la réputation que possèdent ces derniers, par leur approche et par leurs ressources. Les distorsions sont inévitables dans ce type de données, dont l'interprétation soulève beaucoup de questions: une augmentation du nombre de cas signalés peut ainsi indiquer que le service concerné est plus sensible à la possibilité d'abus et plus enclin à écouter et

à prendre acte des allégations ou des révélations qui lui seraient faites. Un organisme qui constitue uniquement des dossiers sur les abus commis dans le cadre des services d'assistance et ignore ceux qui surviennent au sein des familles apporte la preuve non pas de l'inexistence de tels agissements dans le contexte familial, mais de l'inadéquation des mécanismes dont il dispose pour approcher les familles ou pour donner aux personnes handicapées les moyens de dévoiler certains faits hors du cercle familial. Dans certains pays, s'adresser à des organismes prévus par la loi peut être jugé potentiellement infamant, d'où un nombre moins élevé de cas qui leur sont renvoyés. Paradoxalement, lorsque le taux de signalement est élevé, cela peut être le signe que les services en question fonctionnent bien, et non pas qu'ils ont des pratiques abusives.

Parallèlement, les organismes plus informels de type ONG – services d'entraide téléphonique, refuges et centres d'accueil d'urgence par exemple – fondent leurs données sur une population différente, difficile à définir. Les faits qui leur sont rapportés proviennent quelquefois de sources anonymes et il leur est impossible de vérifier que ces dossiers ne sont pas deux fois comptabilisés ou n'ont pas été portés à la connaissance d'autres organismes situés dans la même zone qu'eux. Cela étant, des services spécialisés peuvent fournir de précieux renseignements sur les affaires qui leur sont effectivement signalées, et il conviendrait de les aider à mener à bien des recherches pragmatiques. Le meilleur moyen d'assurer la fiabilité de ces recherches, ce sont des mécanismes «triangulaires», qui consistent à examiner les données recueillies à partir de différents points de vue et échantillons. Dans ce sens, la recherche sur les abus présente plus de points communs avec l'évaluation des services ou les études qualitatives qu'avec des études épidémiologiques plus orthodoxes.

Une récente étude slovène réalisée à l'occasion de la préparation du présent rapport a passé au crible les informations communiquées par des ONG qui s'occupent des victimes d'actes de violence: un service d'assistance téléphonique destiné aux femmes et aux enfants qui répond à pas moins de

3000 appels par an a ainsi indiqué qu'il prodiguait chaque mois ses conseils à quelqu'un qui suivait un traitement psychiatrique et que, sur les trente femmes que comptait un groupe d'entraide, deux étaient physiquement handicapées. En 2000, la Slovénie comptait cinq centres accueillant les victimes de violences et six maisons maternelles, qui offrent le gîte et le couvert et proposent une représentation en justice, une aide pour gérer ses affaires, la participation à des groupes d'entraide et des activités pour préparer l'avenir. Toutefois, ces institutions ne sont pas adaptées aux personnes en fauteuil roulant, bien que le personnel soit prêt à s'adapter à ces personnes et à les rencontrer en dehors de l'institution. Souvent, les personnes handicapées utilisent les services de permanence téléphonique et de consultation psycho-sociale et participent aux groupes d'entraide.

On a par ailleurs privilégié les études consacrées à l'incidence et à la prévalence, au détriment des travaux portant sur les conséquences à long terme des abus ou sur l'efficacité des interventions en termes de traitements thérapeutiques et de services d'assistance. Le Centre pour les jeunes victimes à Milan, qui s'occupe des problèmes des enfants et de leurs familles (p.e. manque d'attention, abus physique et sexuel) et mène des recherches sur les programmes d'intervention spécialisés, fait ici exception; de même, au Royaume-Uni, on a évalué de manière rigoureuse des programmes pour les jeunes délinquants sexuels et pour les délinquants sexuels souffrant de troubles de l'apprentissage (voir Vizard, Monk et Misch, 1995; Vizard et al., 1996; Murphy, 1997). D'autres modèles de prestation de services et de réponse aux abus sont moins bien connus.

Il convient aussi d'établir des liens entre les disciplines scientifiques. Les enfants handicapés souffrent plus que les autres de difficultés économiques. Westcott et Jones (1999) observent que les études relatives aux enfants handicapés ont d'abord été axées sur la présence de déficiences au sein d'un échantillon de garçons et de filles maltraités, et non sur l'expérience de la maltraitance telle qu'elle a été vécue par ces enfants handicapés, de sorte que l'on s'est privé d'une foule

d'informations. Le lien entre les deux est mis en évidence depuis de nombreuses années (voir par exemple Glaser et Bentovim, 1979; Valentine, 1990; Verdugo, Bermejo et Fuertes, 1995). Il ne fait aucun doute en effet que les mauvais traitements *entraînent* des déficiences et que, de leur côté, les déficiences amènent certaines personnes à être plus vulnérables aux mauvais traitements et/ou rendent ces abus plus difficilement réparables. Rares sont les chercheurs qui dépassent les limites des différentes disciplines. Jaudes et Diamond (1985) ont analysé l'incidence des déficiences consécutives aux mauvais traitements infligés à des enfants; Kaplan et al (1998) ont démontré qu'il existait un lien entre les sévices physiques et les troubles psychiatriques chez l'adolescent; Rose, Peabody et Stratigeas (1991) ont insisté sur le fait que les mauvais traitements constituaient des précurseurs des maladies mentales de l'adulte, mais qu'ils étaient souvent éludés dans les évaluations psychiatriques de routine. Pour Cohen et Warren (1990: 254),

«de très nombreux auteurs ont établi, preuves à l'appui, que les enfants maltraités ou abandonnés risquaient davantage de souffrir plus tard de troubles affectifs, de troubles du langage, de retard mental et/ou d'une déficience physique, et que les enfants handicapés étaient de leur côté plus exposés aux mauvais traitements et à l'abandon.»

Mais le problème du travail impliquant plusieurs disciplines, organismes et systèmes fragmente la base de connaissances existantes.

Pour qu'un cas soit signalé, il faut franchir un certain nombre d'obstacles. L'abus est secret par essence, et certains auteurs d'abus emploient de grands efforts à «conditionner» une personne vulnérable et à créer une situation intimidante qui lui impose le secret. Lorsque les régimes sont en cause, les directeurs peuvent chercher à réprimer les plaintes ou la dénonciation des abus. Les études fondées sur les données d'enquêtes, bien que préparées et menées avec soin, risquent de passer à côté de données importantes. Si une enquête s'appuie sur des déclarations rétrospectives, elle devient un test pour les systèmes administratifs comme pour la sensibilité

initiale aux abus. Dans une étude menée à l'aide de cette méthodologie, Brown, Stein et Turk (1995) ont constaté qu'un tiers des cas étaient oubliés au bout d'un an et que les dossiers étaient lacunaires.

Les comparaisons de données issues de plusieurs niveaux du système montrent que plus la collecte de données est éloignée des personnes handicapées et des gens qui s'occupent d'elles, moins on dénombre de cas (Brown, 1994). Par exemple, dans une série d'études effectuées au début des années 90 au Royaume-Uni et en Irlande, le personnel soignant en contact direct avec les patients pensait que 8% des patients adultes handicapés mentaux avaient subi des violences sexuelles, alors que les psychiatres donnaient le chiffre de 4%. Mais lorsqu'on les interrogeait avec insistance, 50% des adultes ayant une déficience mentale disaient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie (Brown, 1994). Ce qui est intéressant, ce n'est pas que les enquêtes donnent des résultats différents, mais que ces écarts nous disent quelle «tranche» du tableau d'ensemble chaque service est capable de découvrir et de reconnaître.

Ce phénomène des abus cachés concerne aussi les personnes âgées. Selon une étude rigoureuse effectuée dans le Massachusetts (Pillimer et Finkelhor, 1988) en ce qui concerne les abus commis sur des personnes âgées, seul un cas sur quatorze est signalé aux autorités, ce qui confirme l'idée selon laquelle les cas signalés ne représentent que la «partie émergée de l'iceberg». On pense que plusieurs facteurs déterminent la probabilité que les prestataires de services soient informés d'un cas. Wolf et Donglin (1999) donnent à entendre que les personnes âgées les plus susceptibles de figurer dans les rapports transmis aux services administratifs sont des personnes pauvres déjà en contact avec le personnel des services administratifs, car elles étaient déjà sous la surveillance des services d'assistance sociale. Brown et Stein (1998), dans leur étude des rapports concernant tous les adultes vulnérables, ont aussi relevé que 80% des dossiers concernaient des personnes ayant déjà eu affaire aux services sociaux.

Ces résultats devraient nous inciter à la prudence dans l'interprétation des données et à la curiosité vis-à-vis des cas non signalés. Par exemple, dans une étude effectuée au Royaume-Uni au sujet des abus sexuels commis sur des adultes ayant des déficiences intellectuelles (Brown, Turk et Stein, 1995), la moitié des cas déclarés concernaient des abus perpétrés par d'autres personnes handicapées usagers des services, et près de 15% d'entre eux des abus commis par le personnel. En revanche, les circonstances sont nettement différentes lorsqu'il s'agit de détecter l'abus commis par des hommes en position de pouvoir qui sont capables de recourir à la menace pour imposer le silence sur ce qu'ils font ou s'arrangent pour ne pas être découverts. Une analyse ultérieure (Brown et Stein, 1997) montre que les abus perpétrés par des hommes ayant des déficiences intellectuelles ont beaucoup plus de chances d'avoir des témoins, mais sont moins graves que les abus dans lesquels le pouvoir et l'autorité interviennent. En outre, les infractions commises par des hommes ayant des déficiences intellectuelles sont moins susceptibles d'être traitées par l'appareil répressif ou de faire l'objet d'une action en justice, de sorte que si une étude repose uniquement sur les informations provenant du dossier d'accusation, ces faits risquent de n'avoir pas été notés.

Ainsi, bien que les études soient souvent conçues pour traiter des questions de recherche comme par exemple:

- Quelle est l'ampleur de l'abus concernant des enfants et des adultes handicapés (incidence et prévalence)?
- Les enfants et adultes handicapés sont-ils exposés à un risque plus élevé que les enfants et adultes non handicapés?
- Certains groupes d'enfants et d'adultes handicapés sont-ils plus exposés que d'autres?
- Quelles sont les caractéristiques des cas officiellement signalés aux organismes responsables?

bon nombre d'entre elles ne sont pourtant capables de répondre avec précision qu'à la dernière question et mettent

ainsi leurs résultats dans un ensemble dont il est possible de dégager des hypothèses raisonnées et prudentes.

3.2 Le nombre d'abus est-il en augmentation?

Il convient de faire preuve de la même prudence en évaluant les tendances. Bien que le Forum européen des personnes handicapées (FEPH) (1999a) rassemble des éléments indiquant que les abus à l'égard des personnes handicapées sont en augmentation, il est difficile de déterminer si les abus à l'égard d'adultes et d'enfants handicapés sont réellement plus fréquents ou s'ils sont seulement plus facilement signalés ou évoqués. Lorsque les soins étaient dispensés dans de grandes institutions coupées du reste du monde, la surveillance et la réglementation étaient minimales et les moyens de se plaindre inexistantes. Il se peut que les abus soient plus visibles, donc plus susceptibles d'être remarqués parce qu'ils se produisent à présent dans un environnement "ordinaire", où il est plus probable qu'ils seront jugés dans une optique normale. En plus, l'intégration exerce sur les personnes handicapées une pression *différente* que celle qu'elles subissent dans un cadre institutionnel: par exemple, dans les écoles, cela peut conduire à des brimades, et dans la société, à l'isolement ou au harcèlement.

Une personne interrogée dans le cadre d'une enquête récente sur les handicapés mentaux (Mencap, 1999: 15) a relaté les faits suivants:

J'habite dans un quartier de logements sociaux. Des gosses, un groupe de quatre ou cinq, n'arrêtent pas de me harceler. L'un d'eux menace de me frapper quand je sortirai de chez moi pour aller voir ma sœur. Je pense à déménager parce que je ne peux pas continuer comme ça. J'en pleure. Ils se moquent de moi, ils me lancent des pierres, ils cassent mes carreaux. L'année dernière, notre grille d'entrée était cassée, et quelqu'un est venu démolir toutes les vitres de notre serre. La police ne fait rien.

Le changement des exigences peut aussi rendre difficile la comparaison des études dans le temps. Au Royaume-Uni, par exemple, les châtiments corporels à l'école ne sont devenus illégaux dans les établissements publics qu'en 1987, et ont

continué à être appliqués durant les dix années suivantes dans les écoles indépendantes (privées). Ces violences autorisées n'auraient pas été signalées autrefois comme étant des abus, de même que les abus sexuels n'étaient pas enregistrés différemment des autres formes d'abus jusqu'à une période récente (Stevenson, 1996).

Par ailleurs, les abus verbaux dans les lieux publics et l'augmentation des abus liés aux idéologies de droite deviennent de plus en plus préoccupants (Forum européen des personnes handicapées (FEPH) 1999a: 11). On assiste à la montée de la violence dans les Etats membres, qui est exacerbée par les bouleversements récents et les mouvements de réfugiés consécutifs à la guerre, aux migrations et aux politiques économiques ayant entraîné un accroissement des inégalités à l'intérieur des pays comme entre les pays.

A l'évidence, le nombre de cas déclarés augmente. Les chiffres de la France montrent une augmentation grâce à une politique plus dynamique et en Alabama (Etats-Unis), le nombre de cas déclarés qui concernaient des adultes vulnérables a plus que décuplé en dix ans (477 cas en 1978 contre 5 220 en 1989; Daniels, Baumhover et Clark-Daniels, 1989). Le nombre de cas d'abus signalés sur tous les enfants (par opposition aux abus à l'égard des enfants handicapés) est en augmentation dans tous les Etats membres. La multiplication des cas déclarés dénote un accroissement des compétences plutôt qu'une progression des abus, et il est probable que le nombre de cas signalés va continuer à augmenter, car les nouvelles politiques ont pour autre effet de sensibiliser l'opinion publique et rendent plus facile de faire connaître les cas.

Afin d'effectuer une recherche de qualité dans ce domaine, il faut en connaître la portée et les limites et essayer de décrire avec transparence pour la communauté des chercheurs le contexte, ainsi que les circonstances dans lesquelles les données ont été recueillies, et notamment:

- comment l'abus a été défini non seulement sur le papier, mais dans le discours des spécialistes, dans le milieu institutionnel et dans le cadre de la formation;

- ce qu'on savait de l'objet de recherche ou de l'organisme et de ses réseaux qui a pu influencer les victimes, les auteurs et les types d'abus susceptibles d'être enregistrés;
- les circonstances ayant pu influencer la disposition à déclarer; par exemple, si les prestations sont susceptibles d'être retirées à une famille s'étant livrée à des abus, on peut s'attendre à ce que peu de personnes soient disposées à signaler un cas. D'un autre côté, si l'on propose un placement temporaire aux familles sous pression, celles-ci risquent de qualifier des situations d'abusives, afin de pouvoir bénéficier de ce service;
- les problèmes rencontrés lors de la collecte des données – par exemple, comment les entretiens ont été menés avec des personnes ayant des difficultés de communication; le taux de rotation de personnel dans un organisme faisant l'objet d'une enquête rétrospective;
- comment la dimension éthique a été prise en compte dans le protocole de recherche de telle sorte que les personnes ne soient pas invitées à révéler avoir subi ou commis un abus, sans qu'on leur propose un soutien ou une intervention appropriée (ou les deux), ni invitées à prendre le risque de se mettre en cause elles-mêmes ou autrui sans avoir connaissance des limites de la confidentialité de l'opération; cela est particulièrement important lorsqu'on travaille avec des auteurs d'abus qui eux-mêmes sont vulnérables et/ou ont des difficultés d'apprentissage ou des problèmes de santé mentale (voir Hall et Osborn, 1994; Brown et Thompson, 1997a).

Ces indications n'ont pas pour objet de jeter le doute sur la recherche existante dans ce domaine, mais de donner des clés aux fins d'une lecture intelligente. Elles définissent un cadre de solidité dans un domaine qui ne se prête pas à des méthodologies plus orthodoxes. Les démarches traditionnelles n'abordent pas la complexité de l'identification et du signalement des cas (voir par exemple Stanko, 2000) et ont tendance à minimiser l'importance de la participation de l'utilisateur à tous les stades du processus de recherche, qu'il

s'agisse de définir les priorités et les questions de la recherche, d'affiner les techniques de collecte de données ou de donner un point de vue éthique sur sa conduite (Rioux et Bach, 1994).

3.3 Résultats sur les abus commis sur des enfants handicapés à prendre avec précaution

Il ne faut pas perdre de vue ces mises en garde lors de l'analyse des résultats des recherches sur les abus perpétrés à l'encontre d'enfants handicapés. L'hypothèse d'une sous-déclaration doit être prise en compte dans tous les types d'études, y compris celles qui ont recours à des groupes témoins pour déterminer les taux différentiels d'abus touchant des filles et des garçons handicapés.

Il est manifeste que les enfants handicapés courent un danger plus grand. Glaser et Bentovim (1979) ont été dans ce domaine les premiers à mettre en lumière les risques accrus de mauvais traitements chez des enfants handicapés et atteints de maladies chroniques qui étaient suivis pour d'autres raisons et n'avaient pas été spécialement dirigés vers leur équipe pour des motifs tenant à des soupçons de maltraitance. Une importante étude américaine de Crosse, Kaye et Ratnofsky (1993) a réuni des données sur tous les cas prouvés de mauvais traitements infligés à des enfants signalés par 35 services de protection infantile des Etats-Unis pendant six semaines. Ces données ont démontré l'existence d'un risque accru pour les enfants handicapés (1,7 fois plus élevé que celui encouru par l'ensemble des enfants). Mais même ce chiffre est sujet à caution: il dépend de la fiabilité avec laquelle le personnel de la protection a noté et décrit les différentes incapacités et l'on pense qu'il n'a pas intégré les enfants pris en charge dans un établissement de soins. Une étude réalisée à Utrecht a révélé que les enfants atteints d'un handicap physique ou d'une maladie chronique étaient aussi cinq fois plus exposés que les autres aux brimades en milieu scolaire.

L'existence d'un risque plus grand ne se traduit pas toujours par une augmentation du nombre de cas signalés. Dans le cadre d'une étude de Kvam (2000), les sévices sexuels perpé-

trés sur des enfants en Norvège ont été passés au crible par les unités de pédiatrie vers lesquelles ils sont dirigés pour examen médical. Compte tenu des résultats d'une étude américaine récente, les chercheurs s'attendaient à trouver un pourcentage plus élevé de cas d'enfants handicapés; au lieu de cela, il s'est avéré que leur proportion était bien moindre. Les enfants handicapés représentaient 11% de la population concernée et, si on avait observé qu'ils couraient un risque plus grand, ils auraient représenté environ un tiers des cas signalés, mais seuls 6,4% du nombre total de cas signalés concernaient des enfants handicapés. L'écart s'est avéré particulièrement marqué pour les enfants gravement handicapés, qui représentaient 4% de la population totale mais seulement 1,7% des cas signalés. L'auteur suggère que les enfants handicapés sont peut-être globalement moins enclins à parler ou que leurs révélations sont peut-être moins écoutées et que les abus qu'ils subissent sont minimisés et ne sont pas pris au sérieux.

Les travaux de recherche menés en Espagne ne se sont pas particulièrement concentrés sur les enfants handicapés, mais on les retrouve dans plusieurs études à caractère plus général (Alonso, Bermejo, Zurito et Simón, 1994). Au terme d'une grande enquête sur le rôle parental, on s'est aperçu que près de la moitié des parents avouaient recourir, au moins occasionnellement, à des châtimements corporels et que les enfants handicapés n'étaient pas épargnés. Quelque 6,7% des enfants maltraités par ces parents souffraient d'un retard dans leur développement ou d'une déficience intellectuelle et 5,4% présentaient des troubles du comportement (Ortega, González et Cabanillas, 1997). Une étude qui, elle, a spécifiquement porté sur des enfants et adolescents handicapés en Castille a dénombré 51 cas de maltraitance parmi l'échantillon composé de 445 individus. L'éventail des mauvais traitements retenus aux fins de cette étude était légèrement plus large que celui que nous avons repris dans le présent rapport. L'abandon physique et moral ont été identifiés comme étant les types les plus fréquents de mauvais traitements ou d'abus,

suivis par les abus affectifs et physiques, l'exploitation au travail (c.à.d. le travail des enfants) et les sévices sexuels.

Cette étude a montré, tout comme d'autres, que les enfants et adolescents maltraités étaient exposés à toute une série, et non pas à un seul «type» d'abus. On a pu constater que les enfants handicapés étaient moins exposés que les autres aux sévices physiques mais qu'ils étaient plus souvent ignorés, délaissés ou abandonnés. De surcroît, le risque ne s'atténue pas avec l'âge. Il faut veiller à ne pas donner l'impression d'attribuer aux enfants la cause de comportements abusifs, mais le fait est que les difficultés à communiquer et les attitudes provocantes se sont avérées être d'importants facteurs. Les parents maltraitant sont souvent issus de couches socio-économiquement plus défavorisées, n'ont guère eu de contacts avec des spécialistes, connaissent mal le handicap de leur enfant et ne savent trop comment celui-ci va évoluer. Il est aussi apparu que l'alcoolisme et les violences conjugales entraient en ligne de compte. Une corrélation a enfin été démontrée entre le niveau de pauvreté de la famille et la gravité des abus commis.

D'autres informations importantes ont été relevées dans des études portant sur des problèmes qui concernaient tant les adultes que les enfants. Au vu d'une étude canadienne, Sobsey (1994) a formulé l'hypothèse selon laquelle le taux accru d'abus sexuels chez les enfants et adultes handicapés venait de ce qu'ils avaient statistiquement plus de probabilités de croiser un agresseur parmi toutes les personnes avec lesquelles ils sont en contact au sein des services qui s'occupent d'eux. Les grandes enquêtes consacrées aux services proposés et aux carences que l'on y observe, de même que les affaires judiciaires, sont également une mine de renseignements, mais ces données ne sont ni recueillies ni analysées de manière systématique sous l'angle des enfants handicapés.

3.4 Résultats sur les abus à l'égard des adultes handicapés à prendre avec précaution

Les personnes handicapées courent-elles plus de risques d'être victimes d'actes de violence et d'agressions que

d'autres personnes? Les témoignages sont contradictoires. Une analyse de l'Étude sur la Criminalité au Royaume-Uni datant de 1996 (qui comprend les délits non signalés, mais qui ne prend pas en compte les personnes vivant dans des structures résidentielles de soins) a révélé que dès lors qu'on maîtrise des facteurs tels que la nature du logement, l'âge ou le temps passé à l'extérieur, les personnes handicapées ne sont pas plus exposées que d'autres. Cependant, des données provenant d'Australie indiquent que les personnes présentant des incapacités intellectuelles peuvent être davantage exposées au risque d'être victimes de violences physiques (2 fois plus) et de vols (1,5 fois plus) (Australian Bureau of Statistics, 1986, Wilson et Brewer, 1992). De nombreuses études mettent l'accent sur des types spécifiques d'abus, de groupe cibles ou de contexte.

3.4.1 Les abus sexuels

La prise de conscience beaucoup plus aiguë des abus sexuels que subissent les enfants tant au sein qu'en dehors de leur famille, et le fait que l'on comprenne mieux aussi que ces délits sexuels relèvent d'un comportement compulsif commis le plus souvent – mais pas exclusivement – par des hommes, ont contribué à mettre en évidence l'existence de pratiques sexuelles abusives à l'égard de personnes ayant des troubles de l'apprentissage (Turk et Brown, 1993; Brown, Stein et Turk, 1995; Zijdel, 1999), de femmes et d'enfants atteints de surdité (Merkin et Smith, 1995) et de personnes bénéficiant de services de santé mentale (essentiellement des conseils et des soins) (Schoener et al, 1989; Penfold, 1998). Penfold va jusqu'à affirmer que cet intérêt sexuel entre des professionnels de la santé – en position de force – et leurs clients peut être assimilé à des relations sexuelles incestueuses.

Les abus sexuels ont une étiologie distincte et un schéma sexué. Les auteurs de violences sexuelles ont tendance à récidiver et cherchent activement de nouvelles victimes. Cette situation soulève des questions de prévention très particulières, liées aux problèmes actuels de pédophilie et de violence/d'exploitation sexuelle visant des enfants. Les abus sont

généralement perpétrés par des connaissances de la victime, et non par des inconnus; dans la plupart des cas, ces actes de violence sont commis par des hommes, mais une forte minorité des victimes sont des hommes. Aucun groupe ne semble être plus particulièrement exposé au risque d'être victime d'abus, si ce n'est celui des personnes qui vivent ou passent du temps avec les auteurs d'abus; mais on voit émerger une dynamique de pouvoir cohérente, centrée sur l'autorité, le sexe ou les capacités physiques ou intellectuelles (Thompson 1997).

Des données relatives aux actes de violence sexuelle figurent dans un certain nombre d'études réalisées dans les Etats membres, mais aussi aux Etats-Unis et au Canada. Van Berlo des Pays-Bas (1995) a constaté que sur une population totale d'environ 100 000 personnes handicapées mentales, 1 100 avaient été victimes d'agressions sexuelles au cours des deux années précédentes et qu'il se pourrait que 1 200 autres eussent également subi de tels actes. Quatre victimes sur cinq étaient des femmes, tandis que les agresseurs étaient dans la plupart des cas des hommes. Les résultats d'une étude britannique (Turk et Brown, 1993; Brown, Stein et Turk, 1995) vont dans le même sens. Elle fait toutefois état d'une plus grande proportion de victimes masculines.

S'agissant des auteurs, d'après Van Berlo, un tiers des agressions a pour auteurs d'autres usagers des services d'assistance, contre la moitié dans l'étude menée au Royaume-Uni; les victimes sont proportionnellement plus souvent des hommes (voir également van den Bergh, van Chokeman et van der Ploeg, 1997). Parmi les autres agresseurs, on trouve des parents, des conjoints, des membres de la famille, des voisins, des intervenants travaillant dans les services concernés, des auxiliaires domestiques, des personnes assurant le transport des intéressés, des membres des professions libérales, des ecclésiastiques et des éducateurs (voir van den Bergh, van Chokeman et van der Ploeg, 1997). On a vu aussi des schémas similaires d'agressions, souvent parfaitement ciblées et soigneusement préparées, qui avaient été commises par des personnes elles-mêmes atteintes de retard

mental (voir Thompson et Brown, 1998, et Churchill, Brown, Horrocks et Craft, 1997), bien que leurs procédés fussent moins ingénieux / moins aboutis et que leurs gestes délictueux fussent plus facilement repérés (Brown et Stein, 1997). Les études consacrées aux cas où les faits sont révélés directement par des personnes ayant une déficience intellectuelle, par opposition à ceux où l'on s'appuie sur un rapport adressé aux organismes d'assistance, indiquent que la proportion d'agressions commises par des membres de la famille est supérieure à celle dont ont connaissance les services concernés (McCarthy et Thompson, 1997). Elles relèvent également un plus grand nombre d'abus, ce qui vient étayer l'hypothèse selon laquelle on ne verrait que «la partie émergée de l'iceberg» et montre que certains faits ne sont pas enregistrés ni/ou pris en compte par les services compétents. Les affaires qui finissent devant les tribunaux constituent le sommet de cet iceberg; en Slovénie par exemple, dix sept cas de ce genre ont été enregistrés par la police en 1999 (note de la délégation slovène; voir aussi van den Bergh, Douma et Hoekema, 1999, pour des informations sur les relations entre la police et les victimes/agresseurs ayant des déficiences intellectuelles).

Les abus perpétrés sur des personnes ayant des difficultés d'apprentissage soulèvent des problèmes juridiques et éthiques particuliers, problèmes dont on est d'autant plus en droit de s'inquiéter qu'il est prouvé que d'autres catégories de personnes handicapées courent également plus de risques de subir des sévices sexuels. Plusieurs sources indiquent que les enfants et les adultes atteints de surdité sont particulièrement vulnérables et que les femmes souffrant de surdité ont beaucoup plus de risques que les autres femmes d'être victimes de violences domestiques (Merkin et Smith, 1995). Ceci devrait être pris en compte dans les programmes scolaires pour les élèves sourds, ainsi que dans les programmes de formation destinés au personnel des services de protection de l'enfance, qui a besoin d'être sensibilisé au problème de la surdité et qui doit recourir à des interprètes qualifiés maîtrisant le langage des signes et ayant des connaissances sur les effets des abus et sur les exigences du système judiciaire. D'autres spécia-

listes de la protection de l'enfance ont mis au point des stratégies pour permettre aux enfants utilisant des méthodes de communication différentes de faire des déclarations et de témoigner contre leurs agresseurs (Merchant et Page, 1992).

Les faits à caractère sexuel impliquant des adultes dans le cadre d'une thérapie – une intense relation univoque qui se passe souvent en privé et sans aucun contrôle – sont plus difficiles à conceptualiser; ils ont quelquefois été justifiés comme étant des relations sexuelles entre adultes consentants ou mis sur le compte des victimes «provocantes». C'est faire abstraction, comme le dit Penfold (1998: 169), de la *«grande différence de pouvoir qui existe entre un professionnel de la santé et son patient, des rapports de confiance qui les lient et du rôle de père ou de mère que joue en quelque sorte le professionnel»*. Ce déséquilibre des forces peut même être inscrit dans les textes de loi, les professions de santé disposant parfois d'un pouvoir juridique de détention ou de contention. On comprend bien, dans ces conditions, toute la difficulté qu'il y a à démontrer de tels faits, car les victimes craignent – à juste titre – de n'être pas crues ou de se voir accuser de s'être elles-mêmes mises dans une telle situation, et elles n'ont pas toujours envie de se faire connaître, de peur d'être humiliées. Les travaux de recherche qui permettent d'en apprendre un peu plus sont en fait ceux qui procèdent par enquêtes anonymes auprès des professionnels de la santé. Diverses études mentionnées par Penfold (1998, p. 10) laissent à penser que 3-4% des hommes et 0,5-1% des femmes appartenant à ces professions reconnaissent être personnellement impliqués dans des relations sexuelles présentant un caractère d'exploitation de l'individu. Une étude britannique menée auprès de psychologues (Garret, 1998) avance un pourcentage analogue.

3.4.2 *Les abus physiques*

Bien que l'abus sexuel ait été sous les feux de la rampe, les études portant sur les adultes vulnérables indiquent que les abus physiques sont plus fréquents et plus susceptibles de résulter du stress quotidien dû aux soins et de tentatives non

qualifiées de maîtriser et de gérer le milieu. Le déséquilibre entre hommes et femmes en matière d'abus sexuel n'est pas évident. Les abus physiques sont plutôt provoqués par une réaction simpliste à un comportement agressif et par la croyance populaire en l'efficacité des châtiments corporels dans l'éducation des enfants. Les actes et les situations entrant dans cette catégorie étant si vastes, peu d'études ont été entreprises sur leur fréquence – un faible niveau d'abus physique est pour ainsi dire accepté comme endémique dans les institutions, les établissements résidentiels et les centres de jour. La recherche a plutôt visé à identifier les caractéristiques et les causes, et s'est concentrée sur les méthodologies qualitatives et quantitatives.

Cambridge (1999) a décrit un service abusif qui dispensait des soins intensifs à deux personnes présentant des comportements agressifs, et il a analysé les causes des abus à quatre niveaux: les besoins complexes des personnes, le soutien et les procédures dont le personnel avait directement besoin, les conseils et la participation nécessaires de professionnels, l'organisation hiérarchique de la réglementation et du contrôle. En l'absence de bonnes pratiques à tous ces niveaux, le système qui pouvait prendre naissance autour des deux utilisateurs de services se caractérisait par des réactions de domination et de punition: le personnel novice et inexpérimenté était intégré à un système dans lequel on lui disait qu'il ne rencontrerait pas de difficultés après «le premier coup». Les personnes extérieures étaient exclues au motif que cela préservait la vie privée, la vie «comme à la maison», mais cela permettait aussi à la situation de perdurer sans surveillance indépendante.

Les données recueillies sur les abus physiques peuvent être masquées par une terminologie et des discours variables. Par exemple, on sait qu'un comportement difficile ou violent peut faire partie du problème initial ayant astreint quelqu'un à utiliser des services ou à recevoir des soins institutionnels. Dans les services pour personnes handicapées mentales, une attitude fondée sur l'absence de blâme a permis de «déstigmatiser» un tel comportement et de susciter des réactions

cohérentes de la part du personnel. Néanmoins, le comportement décrit comme «agressif» peut comprendre soit des agressions fréquentes sur d'autres utilisateurs ou sur le personnel, soit des auto agressions, soit encore les deux à la fois. Les victimes de ces violences peuvent ne recevoir aucun soutien ni protection parce que le service cherche à ne pas se montrer punitif à l'égard des responsables. Inversement, plusieurs études indiquent que les personnes agressives ou autistes sont les plus exposées aux abus sexuels (Foubert, 1998) parce que les mesures restrictives et les stratégies de contrôle basculent dans des pratiques punitives et offrent des motifs fallacieux de représailles.

3.4.3 Recherches sur différents types d'abus

Brown et Stein (1998) ont analysé des cas signalés dans le cadre de politiques génériques de protection des adultes de deux grandes collectivités locales du sud-est de l'Angleterre. L'analyse effectuée dans dix autres collectivités (Brown et Stein, 2000) révèle un taux de signalement annuel de vingt à vingt-cinq cas pour 100 000 personnes de plus de 18 ans. Environ un tiers des cas signalés concernent des personnes souffrant d'incapacités intellectuelles, et un autre tiers concerne des personnes atteintes de déficiences physiques ou sensorielles ou de problèmes de santé mentale, ainsi que des personnes malades (le tiers restant concerne les personnes âgées). On constate des profils d'abus différents pour ces différents groupes de personnes, les abus sexuels étant le plus souvent commis à l'encontre des personnes souffrant d'incapacités intellectuelles, tandis que les abus financiers sont commis aux dépens des personnes âgées. Mais dans une certaine mesure, ces différences reflètent la pratique et la sensibilisation, ainsi que les véritables différences en matière de risques. Ces signalements ne reposent pas sur une mise en évidence de nouvelles victimes, mais dans la grande majorité des cas ils concernent des patients qui sont déjà connus des organismes de services.

Il importe également de noter que, dans un cinquième des cas, des abus multiples ont été constatés, ce qui montre la

nécessité d'examiner attentivement toutes les manifestations de cruauté et de manque de respect dans une relation ou dans une situation, au lieu de se laisser enfermer dans des étiquettes et des catégories (voir aussi Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998). D'autres études ont porté sur plusieurs environnements et contextes. Une étude menée récemment au Royaume-Uni sur les brimades (harcèlement) dans les quartiers et collectivités fait état d'abus verbaux associés à des abus physiques répandus dans les lieux publics (Mencap, 1999).

3.5 Causes individuelles et structurelles des abus

Certaines de ces études semblent à première vue privilégier des explications centrées sur l'incidence du handicap individuel, le comportement des auteurs des faits ou la cruauté de telle ou telle famille. Mais on s'aperçoit que certains facteurs sociaux agissent comme des détonateurs, notamment lorsque les abus surviennent dans des institutions ou autres lieux de prise en charge des personnes handicapées. Mme Zijdel (1999: 20-23) en a identifié toute une série, à tous les niveaux, dans sa contribution à une conférence tenue à l'occasion de la Journée européenne des personnes handicapées de 1999: manque d'instruction, isolement, défaut d'information, dépendance économique, faible estime de soi, désintérêt par rapport à la politique et à la législation. A cela il faut encore ajouter l'ignorance des personnels, notamment ceux qui travaillent au contact de personnes ayant des besoins complexes, telles que les autistes ou les individus au comportement difficile (Cachemaille 2000: 10).

Des données précieuses sont également fournies par des enquêtes ponctuelles et des affaires judiciaires qui présentent généralement une description plus détaillée de la dynamique et de la culture des établissements dans lesquels les normes se sont dégradées. L'étude récente d'une grave affaire qui s'est produite au Royaume-Uni (Buckinghamshire County Council, 1998) a révélé une série d'abus et de cruautés perpétrés par le propriétaire/directeur de l'établissement et aggravés par le fait que le personnel soignant avait peu de connais-

sances ou peu de compétences professionnelles pour pouvoir travailler avec des patients au comportement difficile. L'établissement n'avait pas recours à des pratiques correctes et appropriées ni à des programmes de comportement, mais plutôt à la brutalité et aux punitions: par exemple,

- laisser les patients à l'extérieur par temps froid;
- obliger telle patiente ayant des difficultés à se nourrir à prendre ses repas à l'extérieur;
- renvoyer des patients dans leur chambre;
- rationner des articles de toilette – papier toilette entre autres;
- mal gérer l'argent des patients, et
- même de temps à autre, leur donner des coups.

Même si dans ce cas, il semblait de prime abord que ce directeur d'établissement était à l'origine du problème, une analyse plus poussée montre que beaucoup de caractéristiques communes à la vie en institution ont joué un rôle: si elles n'ont pas motivé son comportement, elles lui ont du moins permis de continuer à agir impunément. De plus, il a été constaté qu'il augmentait son pouvoir en employant son épouse comme adjointe ainsi que d'autres membres de sa famille, ou des personnes non qualifiées, et en adhérant cyniquement à des réseaux caritatifs et politiques afin d'étouffer des plaintes qui auraient autrement transité par des personnalités locales influentes.

Une enquête de plus grande envergure encore a été récemment menée dans le Nord du Pays de Galles (Waterhouse Inquiry, 2000), qui a révélé l'existence de pratiques abusives répandues et systématiques dans des foyers d'accueil pour enfants de plusieurs comtés, et qui a mis en évidence des dysfonctionnements en termes de gestion et de réglementation empêchant certains jeunes parmi les plus fragiles d'être entendus. Ces jeunes, souvent qualifiés davantage de délinquants que de vulnérables, étaient ainsi réintégrés dans des régimes aux pratiques abusives lorsqu'ils tentaient de les fuir; on ne les croyait pas quand ils racontaient ce qui leur était

infligé et ils ne pouvaient avoir aucun conseil impartial pour les défendre ni aucune protection juridique. Les faits dont ils étaient victimes se déroulaient dans un contexte où l'on feignait d'ignorer la nature «sérielle» de la pédophilie et les stratégies employées par les pédophiles pour approcher leurs victimes potentielles et les amener progressivement à garder le silence sur ce qu'elles subissent en veillant systématiquement à ne leur laisser aucun moyen de révéler ce qui se passe. Des enseignements peuvent être tirés de l'enquête consacrée au «pindown», qui a porté sur les atteintes quotidiennes aux droits de l'homme et sur le recours abusif à des pratiques consistant à «consigner» les jeunes et à leur appliquer des mesures de contention dans les foyers d'accueil, et qui a ouvert la voie à des orientations appropriées dans ce domaine (Staffordshire County Council, 1991).

Ces études s'attachent – et c'est là un point très important – à déterminer les causes des abus. Le traité original de Goffman sur l'institutionnalisation (1961) continue d'offrir un précieux éclairage, avec ses concepts de dépersonnalisation et de routine. Des études plus récentes se sont intéressées au clivage entre le personnel non qualifié et peu payé qui exécute la majeure partie des tâches physiques dans ces structures (voir par exemple Wardhaugh et Wilding, 1993) et leurs supérieurs ou les conseillers professionnels qui, malgré tout leur bagage de savoir et de compétences, ne passent qu'un minimum de temps avec les patients les plus difficiles. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (1998) relève que les mauvais traitements dans les hôpitaux psychiatriques sont plus souvent infligés par les agents hospitaliers que par le personnel médical. De récents travaux de recherche menés au Royaume-Uni montrent que les établissements d'accueil privés sont ceux où l'on observe le plus d'infractions à la législation relative au salaire minimum (Hetherington, 2000); or des salariés eux-mêmes exploités risquent de n'être guère sensibles à des appels à respecter de nobles valeurs et à remplir une grande mission.

Lee-Treweeke (1994: 77) attire l'attention sur les relations hiérarchiques entre le personnel qualifié et les auxiliaires aidant aux soins dans les établissements résidentiels de soins, et il apporte des informations sur la culture particulière qui voit le jour dans ces conditions. Le personnel peu payé qui donne à manger aux patients, fait leur toilette et les habille, est rarement soutenu par le personnel plus qualifié, qui reste «à distance», et peut se cacher derrière des idéaux et une rhétorique qu'il ne doit jamais mettre en pratique. Le personnel le plus compétent n'est généralement en contact avec les personnes handicapées que pendant d'assez courts moments. De plus, la personne directement responsable d'un abus peut être le bouc émissaire de l'ensemble du système en sous-effectif et dont le personnel manque de formation, de ressources adéquates et d'une base de connaissances suffisante pour s'occuper de clients ayant des besoins complexes et des comportements exigeants.

Le discours sur les abus a tendance à situer la cause du problème au niveau du tort individuel, mais il est évident qu'il y a des questions structurelles dont il faut absolument tenir compte dans ces situations, à savoir:

- les contraintes budgétaires et la dotation en personnel;
- un personnel mal sélectionné, peu qualifié, sans formation, peu soutenu et mal payé;
- une inspection et une réglementation inadaptées.

En outre, nous avons déjà vu que l'attitude discriminatoire de la société envers les personnes handicapées contribue à créer un climat dans lequel des abus peuvent continuer d'être commis à leur encontre, et que l'augmentation des inégalités sociales favorise aussi le traitement discriminatoire et irrespectueux qui leur est réservé. La différence de sexe est l'une de ces formes d'oppression, et un rapport rédigé par des spécialistes à la demande du Conseil de l'Europe étudie les causes de la violence à l'égard des femmes, examine les facteurs déterminants de pouvoir et de contrôle exercés par les personnes et les lieux, et se pose la question de savoir

«c'est pourquoi certains lieux et certains types de rapports semblent inciter particulièrement à la commission de violences sexuelles: membres masculins de la famille et domicile des femmes et des fillettes; des relations d'autorité dans des institutions sociales (les orphelinats, foyers pour enfants, hôpitaux psychiatriques, prisons et établissements pour femmes âgées ou handicapées, sont particulièrement préoccupants à cet égard). Le trait commun à toutes ces situations est la conjonction de deux types de rapports entre la victime et l'agresseur, tenant l'un à la différence de sexe et l'autre à la position de pouvoir ou d'autorité détenue par l'homme: père, mari ou partenaire, collègue ou fonctionnaire» (Groupe de spécialistes pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes, 1997:15).

La note de la France évoque par ailleurs d'autres causes à différents niveaux: problèmes psychodynamiques, manque de motivation, stratégies pédagogiques, recherche de boucs émissaires, relations sociales au sein du personnel, non-respect des droits des pensionnaires, intégration insuffisante de l'institution dans la collectivité et résistance au changement. Penfold (1998: 85) avance diverses explications qui relèvent d'un dépassement des limites autorisées dans le cadre des relations de travail: il parle ainsi de complaisance face à des privilèges professionnels, de renversement des rôles (l'utilisateur devenant lui-même responsable de ce qu'éprouve le praticien), de mystère que l'on fait souvent passer pour de la confidentialité, et de double contrainte – quand, par exemple, les efforts déployés pour expliquer ou pour régler le problème entraînent le risque de sanctions ou de désistement.

Plusieurs chercheurs ont jugé utile de conceptualiser les abus en une série de cercles concentriques représentant l'influence des différents niveaux d'oppression dont chacun se referme sur l'interaction individuelle qui est identifiée comme ouvertement abusive (voir par exemple Wardhaugh et Wilding, 1993; Cambridge, 1999). Par conséquent, si l'ensemble de la société dévalorise les personnes handicapées, cela risque d'influer négativement sur le montant des fonds alloués pour leurs soins; d'où des répercussions sur le personnel soignant de service, qui sera peu nombreux, mal payé et qui ne saura

pas s'occuper correctement d'un patient difficile. Le cas d'abus devient un maillon presque inévitable d'une réaction en chaîne de désavantages.

3.6 Production de données comparables entre les Etats membres

Les travaux de recherche n'étant encore qu'à leurs tous débuts, les options proposées dans les différents Etats membres en termes de prises en charge, de traitements et de services d'assistance n'ont pu faire l'objet d'une évaluation ou d'une comparaison. L'un des objectifs du présent rapport est de stimuler la collecte et l'analyse de données, ainsi que de fournir la matière première d'un examen et de recherches systématiques communs dans les Etats membres. Pour y parvenir, il faut produire et recueillir les données de manière systématique.

Les données sont souvent cachées inutilement dans les statistiques et comptes rendus officiels; par exemple, lorsque les chiffres sont issus de populations générales, les enfants et adultes handicapés peuvent ne pas être recensés. Il est fréquent que les chiffres collectés par des organismes généraux comme les services de protection de l'enfance ne recensent pas les enfants handicapés ou ne notent pas la nature de leur handicap. Une étude britannique réalisée sur la façon dont les enfants handicapés se comportent dans les services de protection infantile (Cooke, 1999) a révélé que 14% seulement de ces services avaient pu donner un chiffre au sujet des enfants handicapés ayant été victimes d'abus l'année précédente: un tiers des services appliquaient des politiques distinctes mettant en évidence les besoins des enfants handicapés, la moitié notaient l'existence d'un handicap chez l'enfant, mais un petit nombre seulement précisaient la nature du handicap, et un tiers seulement enregistraient de manière systématique la présence d'un frère ou d'une sœur handicapé au sein des familles ayant suscité des préoccupations. Dans une circulaire récente, le ministère de la Santé du Royaume-Uni a engagé les services à adopter des méthodes normalisées de planification et d'enregistrement en ce qui concerne les

enfants handicapés (Department of Health, 1999b). Les enfants handicapés doivent être clairement identifiés dans les statistiques nationales sur les enfants victimes d'abus, y compris ceux qui sont retirés de leur environnement familial en raison d'un risque significatif consécutif à ce mauvais traitement initial. Les adultes handicapés sont tout autant dissimulés comme sous-groupe dans les statistiques sur le crime et les violences personnelles, ainsi que dans les comptes rendus des refuges et des services d'orientation.

Ces informations n'étant pas facilement disponibles, la connaissance des abus commis à l'égard des enfants et adultes handicapés est en retrait par rapport au reste des abus, d'où la difficulté et le coût élevé des recherches. Les pays membres voudront peut-être savoir s'il est possible d'obtenir des éléments relatifs aux enfants et adultes handicapés à partir des statistiques ordinaires, comme le suggère la liste de contrôle figurant à la fin de cette section.

Dans un document d'orientation paru récemment au Royaume-Uni (Department of Health, 2000), il est demandé aux services sociaux d'établir un système leur permettant de rassembler les informations suivantes sur les dossiers concernant les adultes vulnérables (y compris les personnes âgées):

- nombre et source des dossiers dans une zone / population couverte donnée (pour obtenir des taux de signalement comparables);
- informations sur la victime: âge, sexe et groupe d'utilisateurs (pour permettre de se renseigner sur le handicap, le sexe et l'ethnicité);
- la personne était-elle déjà connue des organismes d'assistance? (pour déterminer la population couverte / le nombre de nouveaux dossiers);
- type(s) d'abus ayant motivé l'établissement du dossier;
- localisation et cadre de l'abus;
- informations relatives à l'auteur de l'abus: sexe, relation, position;
- nombre d'enquêtes et conférence sur le cas;

- résultats de l'enquête;
- opinion de l'utilisateur sur le point suivant: les services de protection l'ont-ils aidé, et leur intervention est-elle acceptable?

Encourager la collaboration au niveau de la recherche aidera à fixer des conventions communes pour classer et documenter les abus dans tous les pays et dans tous les contextes, ce qui permettra de rassembler des informations que l'on pourra comparer et dont on pourra partager les enseignements (voir par exemple UNAPEI, 2000). Cette collaboration ne doit pas se limiter à des données observées; elle doit aussi concerner les services proposés et inclure une évaluation des programmes.

Une collaboration de ce type a été établie entre deux spécialistes de l'éducation sexuelle des personnes handicapées, qui travaillent en Suisse francophone, et l'Université de Namur, en Belgique (Département de psychologie de la faculté de médecine). Le programme issu de cette collaboration s'intitule «Des femmes et des hommes» et s'adresse à des adultes et à des jeunes souffrant de déficiences intellectuelles. Un autre programme, destiné aux éducateurs et au personnel soignant, a été élaboré par les mêmes spécialistes (Agthe Diserens et Vatre, 2000). Ce programme, intitulé «Du cœur au corps, ou Formons-nous ... puis formons-les», a obtenu le prix suisse de pédagogie curative en 2001.

On considère cette forme de partenariat comme un bon moyen d'améliorer la mise en commun de connaissances, en vue d'élaborer des solutions et de définir la nature et l'étendue du problème.

3.7 Synthèse et liste de contrôle

Tirer les enseignements des travaux de recherche – S'il est impossible de chiffrer très précisément l'**incidence** (nombre de cas signalés dans un laps de temps donné), la **prévalence** (pourcentage de personnes handicapées victimes d'abus à un moment de leur vie) ou le degré accru de risque, on peut cependant affirmer que les personnes handicapées courent *au moins autant, sinon plus, de risques que d'autres de subir des abus et, ont besoin d'un niveau de protection et de moyens d'obtenir réparation au moins aussi importants.*

1. Il serait intéressant de voir si, dans votre pays, des études rigoureuses ont été réalisées afin de déterminer l'ampleur et la nature des abus commis à l'encontre des principales catégories de personnes visées dans le présent rapport:

- enfants ayant une déficience physique;
- enfants atteints de déficiences sensorielles et/ou utilisant des méthodes de communication différentes;
- enfants souffrant de troubles mentaux;
- enfants et adultes autistes;
- personnes ayant une déficience intellectuelle (grave/profonde ou légère/modérée);
- personnes souffrant de troubles mentaux, y compris celles chez qui ces troubles sont graves et permanents;
- adolescents souffrant de troubles mentaux, y compris ceux qui ont fini par être pris en charge par le système de protection sociale parce qu'ils ont commis des actes répréhensibles;
- adultes confrontés à des difficultés physiques et à des problèmes de mobilité, y compris ceux qui mènent une existence autonome et gèrent leurs propres soins;
- adultes atteints de déficiences sensorielles et utilisant des méthodes de communication différentes.

2. D'aucuns avancent que les facteurs ci-après pourraient contribuer à accroître les risques:

- l'hostilité ou l'indifférence à l'égard de personnes visiblement différentes;
- les cultures, structures et régimes institutionnels où le personnel soignant directement en contact avec les intéressés est peu qualifié, mal considéré et peu rémunéré, où l'on observe une résistance au changement et la formation de groupes fermés, où il y a des inégalités au niveau des salaires, des conditions de travail et des possibilités de formation pour le personnel qualifié et non qualifié;
- le recours fréquent à de multiples soignants, pour les individus nécessitant une assistance personnelle et des soins intimes;

- l'ignorance et une mauvaise formation des agents qui s'occupent de personnes ayant des besoins complexes et/ou des comportements difficiles;
- l'absence de réglementation ou de véritable obligation de rendre compte à un organisme indépendant.

Les **services font-ils régulièrement l'objet d'une inspection ou d'une évaluation** pour voir si ces facteurs sont présents dans les établissements de soins ou les centres de jour de votre pays/votre région?

3. Ce n'est pas la déficience en elle-même qui rend les personnes vulnérables, encore que les difficultés à communiquer ou à être cru, de même que les déficiences sensorielles ou cognitives, peuvent donner à penser aux auteurs potentiels de pratiques abusives que les personnes handicapées sont des victimes «sûres» – une opinion que confirme d'ailleurs l'absence de réaction de la justice en faveur des personnes handicapées. Des informations précises concernant les actions pénales auxquelles sont parties des personnes handicapées et des enfants ou adultes vulnérables sont-elles régulièrement recueillies et analysées afin de voir comment faciliter au mieux la pratique des tribunaux et l'accès à la justice?

4. Les **abus sexuels** sont généralement des comportements délinquants perpétrés «en série», qu'il est difficile de modifier ou d'arrêter sans une ferme intervention et une surveillance attentive: gérer le risque que représentent les délinquants sexuels et les empêcher d'entrer en contact avec des enfants ou adultes handicapés constitue une importante responsabilité des services qui prennent ceux-ci en charge. Les abus de ce type (contrairement à d'autres) sont marqués par une différenciation selon le sexe: leurs auteurs sont en majorité des hommes, mais les victimes sont aussi bien des femmes que des hommes. La «mise en condition» est un processus par lequel l'auteur des faits choisit une personne pour cible, fait d'elle l'objet de toute son attention, et l'amène progressivement à des relations abusives.

Mène-t-on actuellement, dans votre pays/votre région, des travaux de recherche qui étudient la délinquance sexuelle et

les comportements relevant de l'exploitation sexuelle (en vue de les empêcher) dans les contextes suivants:

- structures d'enseignement spécial, notamment les internats pour enfants et adolescents handicapés;
- services d'assistance destinés aux personnes atteintes de troubles de l'apprentissage;
- services d'assistance destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux;
- relations professionnelles ou thérapeutiques;
- tutorat et encadrement religieux;
- travail bénévole et clubs de loisirs/vacances;
- espaces collectifs et lieux de travail ordinaires?

5. Les **abus financiers** passent aussi parfois par un ciblage délibéré et/ou une mise à l'épreuve progressive des limites de l'intéressé.

- Des recherches ont-elles été entreprises pour examiner les dispositifs permettant de protéger et de défendre les intérêts, sur le plan financier, des différentes catégories d'usagers auxquelles s'intéresse le présent rapport?

6. Les **filières institutionnelles** de prise en charge et les structures mêmes des services d'assistance fragilisent les réseaux familiaux et communautaires et **minent ainsi des sources importantes de soutien et de protection** pour les enfants et adultes handicapés.

- Réalise-t-on et publie-t-on des études indépendantes sur les services ou structures qui échouent dans leur mission, ou dans lesquelles l'on soupçonne ou découvre des pratiques abusives?
- Met-on en oeuvre un programme de désinstitutionnalisation dans votre pays, et, dans l'affirmative, est-il soutenu / évalué par des universitaires et des prestataires de services travaillant en partenariat?

7. La **participation des usagers** figure-t-elle d'ordinaire dans les critères de financement et propositions d'études à tous les stades des travaux de recherche, y compris:

- lorsque l'on discute et décide du programme de l'étude;
- au moment d'en arrêter les priorités;
- lors de la hiérarchisation des questions qui seront abordées;
- lorsque l'on affine les méthodes de collecte des données;
- lorsque l'on indique dans les grandes lignes la conduite à tenir pour l'étude sur le plan éthique;
- lors de la diffusion et de la mise en œuvre de ces conclusions?

8. Souvent, les enfants et adultes handicapés n'apparaissent pas dans les informations qui servent à étayer la politique sociale. Dans votre pays, **les personnes handicapées sont-elles systématiquement répertoriées** dans:

- les rapports touchant à la protection infantile, aux injonctions de soins et aux «injonctions de mise en sécurité»;
- les admissions dans les services d'urgences et les services de traumatologie en cas de blessures non accidentelles avérées;
- les rapports relatifs aux victimes d'agressions, en particulier celles portant atteinte à l'intégrité de la personne et celles à caractère sexuel;
- l'utilisation des services classiques d'assistance pour les problèmes d'abus – orientation vers des centres d'accueil pour les victimes de viols, vers des associations de victimes d'incestes, vers des services d'assistance téléphonique, etc.;
- les statistiques concernant les plaintes et les fermetures de foyers touchant des personnes handicapées, lorsqu'il s'agit de services d'accueil en long séjour inspectés et réglementés?

9. Que fait-on dans votre pays, au niveau du **financement des travaux de recherche**, pour faciliter les études relatives aux victimes et auteurs d'abus?

- Des fonds sont-ils régulièrement dégagés pour financer des études sur les questions et services intéressant les per-

sonnes handicapées, études qui porteraient aussi sur les abus commis à leur encontre et sur leur protection?

- Les travaux de recherche sont-ils financés par des organismes ou des groupes susceptibles de minimiser l'importance des études dans ce domaine ou d'y avoir un intérêt contraire – par exemple l'Église, les propriétaires de services d'assistance ou certaines catégories professionnelles?
- Les personnes handicapées se voient-elles accorder une part équitable de l'enveloppe normalement destinée aux travaux de recherche, en ce qui concerne les questions relatives aux soins de santé, les contacts avec le système de justice pénale, la sécurité de la collectivité, ainsi que l'accès à la justice et à l'emploi?
- Les usagers et leurs associations prennent-ils part aux décisions portant sur le financement des travaux de recherche?
- Des garanties concernant le consentement, le libre choix de participation ou de non-participation, et les droits civils sont-elles systématiquement prévues dans tous les projets de recherche impliquant des personnes handicapées?
- Les questions de protection et d'abus figurent-elles parmi les critères de financement dans d'autres grands secteurs d'intervention tels que l'évaluation des services d'assistance, les questions d'appréciation et les problèmes liés aux comportements difficiles?

4. LE RÔLE DE LA LOI DANS LA PROTECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES

4.1 Rôle de la loi

Ce document n'a pas pour objet d'étudier les changements législatifs, mais le cadre juridique et les moyens de faire respecter la loi n'en jouent pas moins un rôle important dans la protection des personnes handicapées en consacrant juridiquement les droits et protections et en prévoyant des voies de recours importantes pour les personnes handicapées. La définition des diverses infractions fixe des limites nettes à ce qui est acceptable et peut apporter une protection supplémentaire aux personnes les plus vulnérables. La loi assure aussi la base de l'engagement de l'Etat en définissant (et en limitant) le pouvoir et le devoir qu'ont les organismes publics d'intervenir dans la vie de chaque citoyen.

La Convention européenne des Droits de l'Homme constitue ici un important point de référence et c'est dans ce cadre que devraient résolument s'inscrire toutes les modifications à apporter aux législations des Etats membres pour améliorer le sort des enfants et adultes handicapés. De cet attachement aux droits de l'homme découlent deux grands principes:

- l'*égalité* formelle des enfants et adultes handicapés, et leur droit à un traitement équivalent sur le plan légal et médical, toute l'aide nécessaire pour exercer et défendre ce droit devant leur être apportée (article 6);
- la *proportionnalité* et l'*examen* indépendant de toutes les mesures d'encadrement, de protection ou de restriction – notamment lorsque l'on considère que l'internement ou la contention vont dans l'intérêt supérieur d'une personne handicapée et/ou sont nécessaires pour garantir sa sécurité directe ou protéger autrui, ou encore lorsque l'on estime

que la personne handicapée risque de se faire exploiter et n'est pas capable de consentir à certaines opérations.

L'association *Disabled Peoples' International (DPI)* possède un Groupe de travail pour les droits de l'homme, qui déploie actuellement ses activités dans cinq Etats membres et se compose de coordinateurs bénévoles qui recueillent des données au niveau national concernant les manquements à cette législation (Gooding, 1998).

Ces protections opèrent à des niveaux différents, qui se rapportent:

- à la *définition* de l'abus commis à l'égard d'une personne handicapée par l'utilisation de codes criminels génériques et lorsque les lois spécifient les circonstances ou les actes qui sont illicites à l'égard des personnes handicapées, par exemple l'exploitation sexuelle ou financière;
- au rôle que joue la loi en matière de *prévention* de l'abus, soit directement, soit en établissant des protections dans les services, de façon à diminuer le risque d'abus à l'égard des personnes handicapées; cette loi comprend par exemple les dispositions relatives aux normes et à la réglementation des professions et des établissements de soins; les procédés légaux servant à évaluer le recours injustifié à la force ou à la détention, et un cadre visant à limiter ou à rendre obligatoires certains échanges d'informations;
- à l'accès au droit pénal ou civil pour permettre aux personnes handicapées victimes de violences d'obtenir réparation ou compensation (ou les deux) et pour punir les contrevenants, ce qui émet le message important selon lequel la collectivité accorde de la valeur aux personnes handicapées et fait en sorte de les protéger; l'accès à la justice est un élément important des libertés civiles, et la réparation devrait pouvoir s'obtenir par des voies ordinaires avec une aide supplémentaire le cas échéant, de façon à aider les personnes à faire valoir leurs droits devant les tribunaux et à participer aux procédures sans être intimidées (voir Home Office, 1998, et le Forum européen des personnes handicapées, 1999a: 14-15).

Les systèmes juridiques des Etats membres varient énormément selon qu'ils s'appuient sur une tradition inquisitoire ou accusatoire. Faute de pouvoir présenter ici une analyse détaillée de la situation, nous avons voulu ci-après donner une série d'indicateurs et de modèles pour aider les Etats membres à passer leur législation en revue afin d'identifier les lacunes et les priorités. Il convient aussi de noter que les juges, les policiers, les agents de probation et autres professionnels qui évoluent dans le système de justice pénale vont être confrontés à d'importants besoins de formation pour développer une approche plus globale et moins discriminatoire envers les personnes handicapées, qu'il s'agisse de victimes, de témoins, de délinquants ou de plaignants désireux de faire respecter leurs droits civils (voir les rapports de conférence consacrés à ces questions par le Département de la prévoyance sociale et des assurances, 1996 et 1998).

4.2 Définition des actes d'abus

Les droits des personnes handicapées sont codifiés dans plusieurs déclarations et documents internationaux importants, mais la façon dont ils sont consacrés dans les législations nationales et dans la pratique diffère. Il est acquis que les personnes handicapées sont couvertes, au même titre que tous les citoyens, par les dispositions pénales générales qui proscrivent la violence corporelle et sexuelle, le vol et tout autre comportement menaçant. Dans certains pays, les femmes et les minorités ethniques bénéficient en outre d'une protection légale spécifique. Les réactions face à la violence au sein de la famille varient selon les Etats membres (cf. l'article 8a de la Loi suédoise de 1998 sur les services sociaux, qui promet une aide aux femmes victimes de tels agissements, Ministère suédois des services sociaux, 1998).

Lorsqu'un texte mentionne expressément les faits de violence à l'encontre de personnes handicapées, l'obligation expresse de les dénoncer aux autorités compétentes peut être prévue (ibidem 71a). Cette obligation de dénonciation est un élément majeur des lois américaines relatives aux adultes vulnérables et des dispositifs classiques pour la protection de l'enfance.

Plusieurs pays ont coulé la Convention européenne des Droits de l'Homme dans leur cadre législatif; parmi les points préoccupants qui sont ainsi apparus figurent notamment les droits des enfants et la situation dans les hôpitaux psychiatriques. En Hongrie, à la suite d'une enquête menée en 1997 concernant les conditions inhumaines observées dans les établissements de ce pays, les autorités ont promis que des mesures seraient prises pour améliorer les choses. En Espagne, le principe de non-discrimination est désormais inscrit dans la Constitution et un programme d'assurance de qualité allant dans ce sens a été mis en place pour les services sociaux.

4.2.1 Consentement et capacité

Le consentement et la capacité sont des concepts importants dont il faut tenir compte pour définir les pratiques abusives qui touchent certains adultes handicapés (Law Commission, 1995; Murphy et Clare, 1995). Si le législateur considère dans les Etats membres que l'enfant est incapable de marquer son accord pour des relations sexuelles ou de conclure des opérations financières – il fixe ainsi un "âge de consentement" pour les actes sexuels ou pour l'établissement de contrats valides -, il n'en va pas de même des adultes handicapés qui, eux, n'ont pas tous la même capacité à conclure de tels accords ou à y bénéficier d'une protection particulière. Il est important que la législation visant à protéger les personnes handicapées n'empiète pas sur l'attachement à défendre les libertés civiles qui concernent leurs relations sexuelles et financières. La Commission juridique britannique suggère d'utiliser le test suivant:

«Une personne doit être jugée incapable de prendre une décision en raison de son handicap si celui-ci est tel que, au moment où la décision doit être prise, cette personne est incapable de comprendre ou de retenir des informations pertinentes, ou d'en tenir compte dans sa décision; ces informations concernent notamment les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision dans un sens ou dans l'autre, ou de l'omission de toute décision.» (article 2(2) du projet de loi sur l'incapacité mentale, Law Commission, 1995).

Il arrive parfois que le devoir de protection soit mis de côté sous le faux prétexte que non-intervention égale autonomie, alors qu'il faudrait précisément agir pour préserver l'autonomie d'un individu. Moody (1988: 64) a proposé de passer, dans les services de soins de longue durée destinés aux personnes âgées, du consentement «éclairé» à un consentement «négocié», et d'étendre ce principe à certaines situations auxquelles se trouvent confrontées les personnes handicapées. Selon lui,

«autonomie et paternalisme sont deux notions que l'on a souvent tendance à opposer, alors qu'en fait, il ne faudrait pas le faire. Dans le contexte des soins de longue durée ... on peut avoir recours à des interventions paternalistes qui contribuent à accroître l'autonomie, à savoir la capacité des patients [sic] à décider et agir dans le respect de leurs propres valeurs. Lorsque l'on envisage l'intervention paternaliste sous cet angle, il est clair que la norme du consentement éclairé est, pour les professionnels, un principe anémié lorsque l'on se trouve face à des dilemmes moraux ...[et] qu'il devrait être remplacé par un ensemble plus subtil et plus complexe de critères ou par ce que l'on pourrait appeler un consentement négocié».

La notion de consentement valable et informé dépend de la capacité:

- à exprimer son consentement dans une situation donnée;
- à être convenablement informé et comprendre suffisamment les conséquences de la décision; par exemple, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) soutient qu'il n'est pas suffisant de dire au patient qu'il subira une anesthésie afin d'établir son consentement valable pour un traitement par électrochoc;
- à se dégager des pressions ou des contraintes excessives exercées par des tierces personnes au moment de la prise de décision – spécialement lorsque celles qui poussent à l'acquiescement sont aussi celles qui fournissent les soins quotidiens et/ou exercent un contrôle.

Par conséquent, la capacité de consentement dépend dans une certaine mesure de l'engagement et de la capacité des

professionnels à donner des informations accessibles. Des interprètes sont nécessaires pour les personnes qui utilisent le langage des signes et pour faciliter la communication avec les personnes qui ont une faculté d'expression limitée. Les interventions pédagogiques telles que les cours sur les relations humaines et l'éducation sexuelle permettent aux gens de faire des choix mieux informés en ce qui concerne leur vie, alors que la défense indépendante de leurs droits fournit une garantie dans les processus de prise de décisions, ce qui est particulièrement important lorsque les personnes handicapées doivent prendre des décisions dans les structures de services ou en présence de représentants de l'autorité.

Le législateur se prononce également sur ce à quoi l'on peut consentir et fixe parfois un degré de préjudice ou de violence au-delà duquel toute possibilité de consentement valable est exclue (voir Law Commission, 1995: 214-244, qui compare les divers systèmes juridiques sur ce point). La notion de «consentement» est ici essentielle, car, pour le reste, le législateur autorise un individu à renoncer à user de son droit d'engager des poursuites en cas d'agressions de moindre gravité; ce principe pourrait en fait être mal appliqué dans des situations où des enfants ou adultes vulnérables seraient trop intimidés que pour pouvoir valablement choisir de se priver de la protection de la loi. Les enfants et les adolescents ne sont pas jugés capables de donner leur accord pour certains types de décisions.

Par exemple, la Recommandation 1371 (1998) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe demande aux Etats membres d'affirmer nettement que la prostitution de mineurs de moins de 15 ans *«est toujours constitutive d'un viol ou d'un abus sexuel, la remise d'une somme d'argent ne pouvant évidemment pas renverser une présomption de violence, puisque l'enfant ne saurait être tenu pour consentant»* (1371.c.i). Les personnes souffrant de graves incapacités intellectuelles ne sont pas considérées comme capables de donner leur accord pour des relations sexuelles ou des transactions financières au Royaume-Uni de même que dans d'autres pays. Les personnes souffrant de problèmes de santé

mentale sont capables ou non, en fonction de leur état, de prendre des décisions valables.

4.2.2 Capacité de prendre des décisions

Dans la majorité des pays, par exemple en Estonie, la capacité est présumée, à moins qu'un tribunal n'ait décidé que la personne n'est pas capable de gérer ses affaires. Cette décision peut s'appliquer à tous les domaines de la vie de l'intéressé ou à des domaines particuliers. En Italie, il existe une forme de tutelle qui désigne quelqu'un pour administrer certains aspects des affaires d'un individu, jusqu'à ce que celui-ci soit capable de s'en occuper lui-même. Plusieurs pays membres disposent d'une législation en matière d'incapacité mentale, notamment la Belgique, qui déclare la «minorité étendue» d'un individu si celui-ci est incapable d'administrer ses affaires après 18 ans. Cela assure une forme de tutelle analogue à celle du tribunal de protection du Royaume-Uni qui surveille l'administration des biens et revenus de la personne handicapée. Lorsque ceux-ci sont gérés par les prestataires de service, un suivi indépendant est nécessaire. Selon une enquête indépendante conduite récemment sur les abus continus commis dans un foyer résidentiel du Buckinghamshire, au Royaume-Uni, le gouvernement a stipulé que la gestion des biens des usagers ne devait pas, par principe, être confiée aux propriétaires ou au directeur du foyer. Selon la communauté flamande et à la suite de cette affaire britannique récente, il est recommandé que la gestion des biens d'une personne handicapée soit assurée par une autorité totalement indépendante de celle qui s'occupe de sa vie quotidienne.

Certaines décisions sont considérées comme trop importantes et irréversibles pour que des enfants ou des personnes qui n'ont pas la capacité mentale puissent les prendre sans la protection supplémentaire d'un examen judiciaire. Par exemple, on ne doit recourir à «la stérilisation d'un mineur que dans des cas exceptionnels, lorsque la procréation comporte des risques particulièrement graves pour le mineur et/ou pour sa descendance, et prévoir, dans ces cas, l'autori-

sation préalable d'un juge compétent pour les affaires familiales et/ou la protection des droits individuels, outre l'accord des représentants légaux du mineur et d'un collège de trois médecins» (Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 1998: g.ii). Ce principe s'étend aux adultes qui n'ont pas la capacité de prendre une telle décision. Une affaire jugée devant un tribunal du Royaume – Uni dans laquelle une mère avait reçu l'autorisation de faire stériliser sa fille de 28 ans a fait l'objet d'un recours en appel par l'avocat général, lequel «agit au nom de ceux qui ne sont pas capables de prendre en charge leurs intérêts juridiques» au motif que:

Le problème est de savoir si une méthode de traitement moins radicale sert vraiment son intérêt...

Veuve de 54 ans, la mère de la jeune femme craint que sa fille ne se retrouve enceinte lorsqu'elle ira dans un foyer, soit à cause d'une liaison amoureuse avec un autre résident, soit parce que quelqu'un aura profité d'elle ou l'aura violée. Elle voulait que sa fille subisse une hystérectomie car cette opération présentait le double avantage de la protéger contre une grossesse et d'arrêter définitivement ses règles. Mais l'avocat a fait appel, affirmant que la pose d'un stérilet serait une intervention plus simple et moins radicale.

Guardian Newspaper 28/1/2000

En matière de «capacité», dans certains pays, les adultes qui ne peuvent pas prendre de décisions sans l'aide d'un tiers sont réputés «mineurs» au regard de la loi, et leur cas est considéré comme analogue à celui d'un enfant (voir par exemple la situation en Belgique, présentée ci-dessus). S'il est vrai qu'il s'agit là d'un modèle de protection, il comporte le risque d'infantiliser tous les adultes handicapés et d'insinuer inconsciemment qu'ils se comportent comme des enfants pour d'autres aspects de leur vie. Le statut d'adulte est une importante reconnaissance de citoyenneté pour les personnes handicapées au même titre que pour tous les citoyens. Les Etats membres devraient envisager une approche alternative, à savoir une législation prévoyant que les mécanismes pour la capacité fonctionnelle des adultes vulnérables soient évalués et examinés officiellement en ce

qui concerne des décisions spécifiques et les questions de protection.

Une recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe (1999) demande instamment aux Etats membres d'adopter, pour les personnes qui ne jouissent pas de la capacité mentale, une disposition juridique qui, dans la mesure du possible, préserve l'autonomie des individus; et elle insiste sur le fait qu'une mesure de protection ne devrait pas automatiquement conduire à une restriction totale de la capacité juridique. Cette manière d'introduire l'aide et la protection contraste avec les modèles précédents qui catégorisaient les individus en individus capables et incapables. La capacité de prise de décisions, dans une partie mais non dans la totalité des domaines, peut faire défaut à de nombreuses personnes handicapées; il faut alors leur venir en aide uniquement lorsqu'elles sont dans une situation difficile. D'autres ont la capacité de prendre des décisions de façon autonome, mais peuvent encore avoir besoin d'aide pour avoir accès à un soutien et à une assistance si elles sont victimes d'abus.

4.3 Prévention des abus et garanties complémentaires

4.3.1 Détention et traitement forcé

La Convention européenne des Droits de l'Homme fixe de manière stricte les conditions dans lesquelles la détention peut être autorisée. *L'article 5 (1) énonce le droit, pour tout «aliéné», de n'être privé de liberté que selon les voies légales.*

Selon la Cour européenne des Droits de l'Homme, l'internement d'un aliéné n'est légal que lorsque les conditions suivantes sont réunies:

- un véritable trouble mental est établi objectivement,
- ce trouble justifie la détention, et
- la détention ne se prolonge pas une fois que le trouble a cessé.

Par ailleurs, le traitement forcé dans la communauté est légal s'il est «proportionné» et «nécessaire à la protection de la santé». L'article 5 (4) concerne le droit, pour toute personne

détenue, d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue «à bref délai» sur la légalité de sa détention. L'article 3 du protocole n° 1 garantit que même les patients internés conservent le droit de vote.

Dans de nombreux pays, la loi définit l'étendue des pouvoirs juridiques en ce qui concerne les personnes handicapées mentales. Ainsi, la loi britannique sur la santé mentale (*Mental Health Act*) de 1983 précise les cas où il est licite de recourir à la force, d'interner quelqu'un en établissement psychiatrique pour sa propre sécurité ou la sécurité d'autrui ou de l'obliger à se soumettre à un traitement médical visant sa maladie ou sa déficience mentale. Elle n'autorise l'internement que lorsqu'il existe un risque non négligeable pour l'intéressé ou pour autrui. Une analyse de la législation britannique relative à la santé mentale a récemment permis d'énoncer un certain nombre de garanties particulières dont devraient bénéficier les personnes officiellement internées; elles devraient notamment avoir

«le droit de recevoir les soins et traitements recommandés, de même qu'une prise en charge continue pendant une période déterminée ... [et, le plus tôt possible, le droit de bénéficier des services d'un conseiller juridique, le droit d'obtenir des informations et une aide concernant un éventuel accord préalable, et, dans le cas de personnes internées en milieu hospitalier, le droit de bénéficier d'une rétention sûre et respectueuse de la dignité humaine» (Department of Health, 1999: par. 6).

Un tribunal indépendant examine ces décisions et les décisions de traitement qui s'ensuivent. La France possède une législation analogue. Souvent, on peut persuader le malade de demander son placement en établissement psychiatrique; il n'y a alors pas lieu de procéder à une évaluation officielle ou de s'adresser à un juge. Le recours à des voies officielles est à double tranchant: d'une part, c'est une procédure lourde et parfois stigmatisante; mais d'autre part, il permet de vérifier et de contester des hypothèses ou des décisions. Le traitement médical forcé comporte des garanties supplémentaires; il fait d'ailleurs l'objet d'un vif débat, notamment, pour ce qui est de son emploi institutionnel (Royaume-Uni) et des

thérapies par électrochocs. Lors de la Journée européenne des personnes handicapées (1999) pour la prévention de la violence à l'égard des personnes handicapées, les représentants des usagers ont réclamé des consultations en vue d'intégrer davantage de garanties dans le système et certains Etats envisagent d'adopter des directives progressistes permettant aux personnes concernées, lorsqu'elles sont en bonne santé, d'indiquer comment elles souhaitent être traitées en période de crise.

4.3.2 Réglementation applicable aux travailleurs et à l'environnement

Certains Etats passent systématiquement au crible les dossiers de candidature à des emplois comportant des contacts avec les enfants ou une position d'autorité vis-à-vis d'eux et éliminent ceux des personnes ayant un casier judiciaire ou une expérience professionnelle inadéquate. Ce type de mécanisme se trouve assez fréquemment en ce qui concerne les enfants, mais beaucoup moins en ce qui concerne les adultes qui pourraient aussi se trouver en danger de maltraitance. Par exemple, la Norvège requiert un certificat de «bonne conduite» (qui certifie qu'une personne n'a pas commis certains crimes) pour les personnes travaillant avec les enfants, mais pas pour celles qui travaillent avec les adultes. La France a récemment adopté une loi interdisant à toute personne reconnue coupable d'avoir causé des lésions corporelles de travailler avec des enfants ou des adultes vulnérables. Les gouvernements devraient avoir un aperçu de ces dispositions et veiller à ce qu'elles ne forment pas un ensemble décousu et sans coordination. Il incombe aussi aux gouvernements d'élaborer un cadre juridique adéquat pour la réglementation des professions concernées, notamment l'accréditation des membres de ces professions et l'assurance de la qualité des formations donnant accès à ces professions – formations au cours desquelles la question des abus devrait être traitée.

Dans certains Etats membres, la loi régit l'environnement dans lequel les personnes vulnérables sont hébergées et autorise des visites de contrôle par des organismes

indépendants, aptes à exiger le respect des normes pertinentes. Parfois, elle prévoit, en outre, des garanties ou des moyens de contrôle indépendants des décisions prises conformément à la législation. La loi britannique de 1983 sur les établissements résidentiels reconnus (Registered Homes Act) impose à tous ces établissements de satisfaire à certains critères, sous peine de mesures pouvant aller, à l'extrême, jusqu'à la fermeture. Les propriétaires et les gérants de ces établissements doivent être tout à fait «adéquats» et leurs certificats sont vérifiés au moment où ils enregistrent leur établissement. La loi ne définit pas clairement les critères d'«adéquation»: avant l'ouverture de l'établissement, on vérifie le casier judiciaire et le dossier professionnel des intéressés, lesquels doivent subir un entretien, mais n'ont pas à faire preuve d'une qualification professionnelle spécifique. Une fois l'établissement ouvert, ils peuvent être jugés inadéquats, s'ils ne gèrent pas correctement leur personnel ou ne se comportent pas convenablement avec les patients. A l'heure actuelle, cette loi est en cours de refonte et les critères sont reformulés à l'échelle nationale, l'objectif étant d'assurer l'égalité de traitement dans tout le pays, alors que jusqu'ici, on observait des variations locales. Pour le moment, les centres de jour ne sont pas pris en compte dans ce cadre réglementaire, alors que certains présentent des dérives institutionnelles ou se trouvent dans des locaux non conformes aux normes. D'autres pays ont une législation analogue, qui permet des visites de contrôle dans des établissements pour le reste indépendants. La France et la Belgique disposent de systèmes similaires de réglementation et d'inspection indépendantes.

4.3.3 Réglementation du contrôle et de la contrainte

Le placement sous contrôle et la contention posent problème dans beaucoup de services; dans certains cas, ils sont régis par la loi, tandis que dans d'autres ils ne le sont pas (voir Harris, 1996). Des problèmes ont été mis en lumière au Royaume-Uni à la suite d'une grande enquête consacrée à la pratique du «*pindown*» dans les foyers d'accueil non spéciali-

sés pour enfants, qui consistait notamment à appliquer aux enfants des mesures d'isolement: on enfermait les enfants seuls, en vêtement de nuit, pour les punir d'un écart de conduite (Staffordshire County Council, 1991). La distinction n'est pas toujours faite clairement entre les procédures de répression et de contention qui sont un moyen légitime de maîtriser un comportement difficile pour protéger une ou plusieurs personnes dans une situation de crise, et les procédures qui sont un moyen détourné de punir des individus difficiles. Le responsable de ce service a déclaré que le régime était fondé sur le principe d'une maîtrise de la situation, mais l'équipe chargée de l'enquête a affirmé sans équivoque que ce type de pratique «*avait pour origine une mauvaise compréhension de la psychologie comportementale*» (ibidem: 167) et que «*le régime n'était pas inscrit dans un cadre théorique ni assorti de garanties*». L'équipe a déploré l'absence d'apport professionnel pertinent et indépendant et, à travers son rapport, elle a adressé un avertissement aux services accueillant des adultes ou des enfants handicapés qui chercheraient aussi à justifier des pratiques condamnables en les présentant dans un jargon thérapeutique.

Qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, le législateur ne peut néanmoins rien prévoir pour de réelles urgences et ne peut davantage indiquer quoi que ce soit quant à ce qui est approprié ou autorisé. M^{me} Lyon (1994) a relevé qu'il n'y avait, dans la Loi britannique de 1989 sur les enfants – texte législatif de toute première importance en matière de droits et de protection de l'enfance – aucune référence spécifique aux besoins des enfants atteints de graves troubles du comportement et de déficiences intellectuelles. Elle donne quelques indications tirées des codes de pratique annexés à la législation en matière de santé mentale concernant l'isolement, mais, après avoir passé au crible les formes de contention admissibles, elle conclut que «*la jurisprudence ne dit rien*» à ce sujet (ibidem: 91). Ce silence vient de ce qu'il n'a pas été tenu compte des choix et dilemmes délicats qui se posent lors de la prise en charge d'enfants confrontés à des besoins aussi grands.

En Norvège, une nouvelle législation permet aux autorités publiques d'avoir recours à la force et à la contrainte pour certaines personnes retardées mentales ayant un comportement déconcertant. Cette législation vise à éviter «de graves préjudices dans une situation de réel danger». Ceci inclut l'utilisation d'instruments de contrôle ou de surveillance électroniques pour donner l'alarme ou un avertissement, et d'éléments de contrainte dans les programmes de modification du comportement. Les mesures sont considérées comme coercitives lorsque le patient proteste ou les refuse, ou lorsqu'elles sont particulièrement intrusives. L'objectif de la loi est de réglementer l'utilisation de la force et cet objectif est spécifié dans le titre: «L'utilisation de la contrainte et de la force, etc. sur certaines personnes retardées mentales: droits des patients, restrictions et contrôle».

La loi a été adoptée pour une période initiale de trois ans, ultérieurement étendue à cinq ans, au terme desquels elle sera révisée à la lumière d'une évaluation. Le cadre défini dans la législation n'autorise des interventions coercitives et des ingérences que dans les cas suivants:

- les mesures alternatives ont été essayées et ont échoué;
- l'intensité de la force est proportionnelle au but visé et ne doit pas dépasser le seuil nécessaire pour atteindre cet objectif;
- l'autorisation de déclencher la procédure a été sollicitée avant toute intervention.

L'étude de cas ci-dessous illustre la manière dont cette législation pourrait combler une lacune dans la protection des personnes handicapées les plus vulnérables.

Le cas est celui d'une femme autiste et retardée mentale qui vit dans une petite ville de Norvège. Elle présente depuis longtemps un comportement d'automutilation pathologique – plus de 5000 incidents d'automutilation enregistrés au cours d'une seule journée. Après s'être rendue aveugle d'un œil, s'être abîmé l'autre œil et s'être grièvement blessée aux oreilles et aux genoux, elle portait un casque pour éviter d'autres blessures à la tête et au cerveau. Comme elle ne pesait que 34 kilos, il y avait danger

immédiat de mort par sous-alimentation. Elle faisait l'objet d'un assez lourd traitement médicamenteux destiné à mieux contrôler les crises d'automutilation les plus graves. La municipalité a fini par contacter un psychologue très expérimenté dans ce genre de problèmes. Il a imaginé un programme de formation visant à supprimer – ou tout au moins à sérieusement réduire – le comportement d'automutilation, à enseigner des fonctions langagières de base jusqu'alors inexistantes et à traiter ses problèmes d'alimentation (et de sommeil). La législation en vigueur ne prévoyait alors aucun règlement concernant directement ces programmes de traitement, pas plus du point de vue de leurs modalités que de leur légalité. L'usage de la force devait donc être jugé en vertu des règlements relatifs à l'autodéfense et à la nécessité, telles que stipulés dans le code pénal.

Les programmes de formation comprenaient de nombreux exercices, dont deux contestables utilisés pour arrêter le cours d'un accès de comportement d'automutilation. Le premier: la «promenade guidé»; deux employés tiennent les bras de la femme derrière le dos et marchent à vive allure – ou courent – avec elle en zigzag pour l'empêcher de se jeter à genoux ou de se faire mal. Ces exercices pouvaient durer jusqu'à 20 minutes et se répéter jusqu'à 20 fois par jour. Le deuxième consistait en une sorte de redressement assis; la femme est placée, tête penchée vers le sol, sur une chaise, puis elle doit se redresser en position assise. Ce procédé était utilisé pendant les repas, au cas où elle se faisait mal ou se conduisait de manière incompatible avec la prise de nourriture.

Cette affaire est passée en justice dans le cadre de la loi sur l'emploi. En effet, une infirmière ayant contesté ce traitement et refusé d'y participer, il s'ensuivit un conflit avec la municipalité, en l'occurrence l'employeur.

La législation en vigueur ne prévoyait aucune procédure spécifique pour observer ce programme de traitement. En vertu de la nouvelle législation (section 6A), une affaire de ce type serait traitée selon ce processus:

La municipalité devrait soumettre sa proposition de traitement à l'approbation du préfet du département. Avant que le préfet ne prenne sa décision, seraient entendues (dans un délai de huit jours) diverses parties telles que famille, tuteur ou assistant de tutelle (l'un des deux est obligatoire dans ces affaires) et service municipal chargé des personnes retardées mentales. La décision

du préfet pourrait, par la suite, faire l'objet d'un pourvoi devant un tribunal administratif au niveau municipal, puis éventuellement devant un tribunal ordinaire, à commencer par le tribunal municipal. Pour obtenir l'approbation du préfet, le traitement devrait s'avérer justifiable du double point de vue professionnel et moral. Il faudrait avoir essayé des méthodes moins gênantes (ou avoir donné des raisons suffisantes expliquant pourquoi cela n'a pas été fait). Le traitement devrait être *proportionnel* à l'objectif recherché (dans le cas présent, sauver la vie d'une femme et réduire ou supprimer son comportement d'automutilation) et le moins gênant possible; l'élément coercitif de l'intervention ne devant pas aller plus loin que nécessaire. En outre, le traitement doit respecter d'autres règlements stipulant, entre autres, que les méthodes de traitement entraînant des dommages physiques et/ou psychiques ou une pression physique ou psychique importante ne sont pas autorisées. Le cas échéant, le traitement concerné devrait alors être soumis à l'examen du préfet.

Reste à savoir s'il vaut mieux admettre la nécessité d'une intervention physique ou de programmes de déconditionnement dans certains cas, en les assortissant de strictes limites, ou prononcer une interdiction totale, qui ne donne aucune indication au personnel au cas où celui-ci doit agir en urgence. Au Royaume-Uni, un document officiel sur l'intervention physique (Harris et col., 1996) va dans le même sens, mais donne quant à lui des conseils pratiques au personnel (voir section 6); toutefois, ce document sera remplacé par des orientations réglementaires, dont seule une version préliminaire était disponible lors de la rédaction du présent rapport. Le code d'assistance présente un système pouvant être utilisé par les prestataires de services d'assistance pour toute personne dont le comportement difficile exige en réponse une intervention physique ou une mesure de contention. Ce système peut être mentionné dans les contrats passés entre les prestataires et les collectivités locales, mais il ne repose actuellement sur aucun fondement juridique.

Inversement, c'est essentiellement avec les personnes qui souffrent de troubles du comportement que la probabilité d'une intervention physique est la plus élevée, notamment lorsque leur comportement perturbé est associé à des incapa-

cités intellectuelles importantes et envahissantes, et/ou lorsqu'il est d'origine neurologique. Améliorer le développement des compétences du personnel en matière d'analyse et de traitement du comportement est la seule façon de faire en sorte que ces personnes handicapées soient "gérées" de telle manière que leur comportement n'exige pas de telles interventions, qu'elles soient spécifiées ou non dans la loi.

4.4 Faciliter l'accès à la justice et aux voies de recours

L'accès à la justice est un processus complexe et les obstacles qui entravent, en théorie comme en pratique, l'engagement et l'aboutissement des poursuites sont nombreux. Une aide spécifique doit parfois être apportée aux personnes handicapées pour qu'elles puissent peser les avantages et les inconvénients qu'il y a à dénoncer certains agissements à la police. Les policiers et les avocats qui travaillent dans le cadre du système de justice pénale ont eux aussi besoin de conseils d'experts. Cet encadrement devrait leur permettre de servir les enfants et adultes handicapés en toute équité et de contribuer à pallier toute déficience particulière ou vulnérabilité supplémentaire.

Un exemple nous vient ici de Suisse: il s'agit de Juris Conseil Junior, une association créée sous l'égide du Barreau genevois, qui regroupe des avocats et deux éducateurs du Service Santé de la Jeunesse de Genève. Son objectif premier est de veiller à ce que tous les mineurs aient accès au système légal et judiciaire, sans aucune réserve et indépendamment de leurs origines sociales, en leur offrant une assistance juridique immédiate dans l'esprit de la Convention de 1989 sur les droits de l'enfant. Juris Conseil Junior propose un service téléphonique qui prodigue gratuitement des conseils et, s'il y a lieu d'engager une action en justice, les modalités financières de l'aide sont définies au cas par cas afin de s'assurer que chacun y ait accès. Des arrangements particuliers sont prévus pour les enfants et adolescents handicapés (exemple présenté par la délégation suisse).

L'organisation indépendante et volontaire britannique VOICE UK vient en aide aux personnes ayant des difficultés d'ap-

prentissage, aux membres de leur famille et au personnel qui les entoure en cas d'agressions sexuelles, l'idée étant surtout de les épauler tout au long de l'action en justice. Ladite association a également fait campagne pour modifier la législation et pour adapter les pratiques en audience – elle a ainsi contribué à une refonte de ces modalités pour tous les témoins vulnérables et intimidés (Home Office, 1998). Cette organisation a été mise sur pied par un parent dont la fille avait subi des sévices sexuels de la part d'un travailleur social et qui avait alors lutté de toutes ses forces pour que l'auteur des faits soit traduit devant la justice. Des groupes de parents se sont également formés dans certaines affaires impliquant plusieurs victimes d'abus en foyer ou en institution et leurs actions ont fait ressortir des entorses par rapport aux pratiques normales lorsqu'il s'agissait d'enfants ou d'adultes handicapés. En France par exemple, une affaire dans laquelle sept jeunes femmes handicapées mentales avaient été enlevées, avaient subi des sévices sexuels et avaient été assassinées entre 1977 et 1979 n'a été correctement instruite qu'à partir du moment où un groupe de parents s'est constitué, en 1996. L'indignation de ces parents ne concernait pas seulement l'anomalie juridique voulant que l'auteur des faits puisse être remis en liberté en raison du temps qui s'était écoulé depuis les meurtres, mais aussi

«le manque choquant d'intérêt que cela démontrait de la part des services sociaux. La police n'avait jamais été officiellement avertie de la disparition des jeunes filles ...» (Henley, 2000b: 19).

4.4.1 L'aménagement de l'audience

Les personnes handicapées qui subissent des préjudices sont souvent traitées comme quantité négligeable par ceux-là mêmes qui devraient les défendre. Il faut sensibiliser à ce problème les instances de maintien du droit, pour faire échec à l'opinion selon laquelle les personnes handicapées ne sont, et ne peuvent être, ni des victimes dignes d'intérêt, ni des témoins fiables. Il faut aller à l'encontre de pratiques enracinées dans une longue tradition et mettre fin aux préjugés qui ont cours dans l'ensemble de l'institution. L'accès équitable

au système de justice pénale pour obtenir réparation d'un préjudice est un élément central de la vaste campagne que mènent les personnes handicapées et leurs organisations contre toutes les formes de discrimination et d'exclusion. Le Forum européen des personnes handicapées (1999a: 17) fait remarquer que:

“Dans de nombreux pays, l'accès à la justice se trouve souvent limité, dans le cas des personnes handicapées, par des problèmes qui touchent tout à la fois à l'accessibilité matérielle et sociale des tribunaux, aux dispositions légales en matière de preuve, aux procédures juridiques et au peu d'empressement des magistrats à s'adapter aux différences propres à chacun du fait d'un handicap.”

S'agissant du témoignage des enfants, les choses se sont améliorées dans nombre d'Etats membres. Au regard des systèmes inquisitoires (en France et aux Pays-Bas, par exemple), les dépositions faites par un enfant étaient généralement reçues par écrit, après le premier entretien; la France a cependant décidé d'admettre désormais, dans certains cas, les dépositions enregistrées sur cassette vidéo. Dans les systèmes accusatoires, il a fallu revoir la nécessité du témoignage public et oral, afin d'autoriser le recours à l'enregistrement vidéo pour les interrogatoires et la pratique du contre-interrogatoire par liaison vidéo (Spencer 1997). Des directives concernant l'usage de moyens vidéo pour consigner les dépositions d'enfants existent au Royaume-Uni depuis 1992; après avoir fait l'objet d'un examen très approfondi, elles seront prochainement réaménagées et étendues aux adultes vulnérables (Westcott et Jones, 1997).

Au Royaume-Uni, les réticences quant à l'utilité des témoignages enregistrés en vidéo se sont en grande partie dissipées (Davies, Wilson, Mitchell et Milsom, 1995: 10), sauf chez les avocats, qui restent partisans du contre-interrogatoire en salle d'audience. Cela étant, tous les autres professionnels impliqués se félicitent de la réduction du stress de l'enfant que permet ce procédé. Le Mémoire vise à assurer une bonne pratique, en permettant aux prestataires de service d'adapter leur méthode d'enquête à chaque enfant, tout en

instaurant des normes minimales légitimant l'acceptation par le tribunal du témoignage de l'enfant. Cela entraîne inévitablement des conflits. Wade et Westcott (1997: 60) font valoir qu'un interrogatoire qui vient trop tôt *pour l'enfant*, «parce qu'il a pour seul but d'obtenir la révélation d'un acte, bloque le processus dynamique pouvant aboutir à une prise de conscience progressive chez l'enfant» et aboutit souvent à «un témoignage imprécis et incomplet, qui risque ultérieurement d'être utilisé pour affaiblir la crédibilité d'un enfant pourtant tout à fait capable de témoigner en justice». On trouvera dans Spencer (1997) une analyse détaillée des conditions déterminant la recevabilité des témoignages d'enfants par les tribunaux des Etats membres.

De plus, il est indispensable de compléter par d'autres éléments d'enquête l'interrogatoire de l'enfant ou de l'adulte vulnérable, afin de ne pas faire porter à celui-ci la responsabilité d'être la source unique ou principale de la preuve (Brown, et al 1996). La pratique de l'interrogatoire n'est qu'un des fils qui tissent le travail de recherche de preuve et de détection. Pour certains critiques, le Mémoire donne trop de poids aux témoignages des enfants, alors qu'au contraire, il faudrait privilégier l'enquête sur les adultes à l'interrogatoire des enfants et rechercher plus activement d'autres sources de preuves. Il semble d'autant plus souhaitable d'être proactif en matière d'interrogatoire et de recherche de preuve que le témoignage des enfants et des adultes handicapés est parfois difficile à obtenir.

«*Speaking up for Justice*», un document consultatif du ministère de l'Intérieur concernant les témoins vulnérables ou faisant l'objet d'intimidations propose un certain nombre de règles, par exemple:

- l'établissement précoce de la vulnérabilité de l'intéressé par la police ou d'autres instances;
- la possibilité d'être conseillé et aidé par des spécialistes durant les interrogatoires;
- des directives concernant le soutien avant le procès ;
- des modifications des pratiques de prétoire.

Ces règles forment le noyau d'un vaste programme de mise en œuvre (Home Office, 1999).

4.4.2 Cohérence des peines

On constate des anomalies dans les Etats membres en ce qui concerne les peines punissant les infractions dont les victimes sont des personnes handicapées. Ainsi, lorsque les violences sexuelles infligées à des personnes atteintes de déficiences intellectuelles constituent une infraction distincte, cette infraction peut être assortie d'une peine moins sévère que l'infraction générique équivalente (par ex. le viol). Dans d'autres contextes, le Code pénal est plus sévère lorsque la victime est un enfant ou un adulte vulnérable, surtout s'il s'agit d'abus sexuel à l'encontre d'un enfant ou si le coupable avait la garde de la victime ou se trouvait en position d'autorité vis-à-vis d'elle. Les adultes vulnérables ne sont pas toujours pris en compte par ces dispositions. Stanko (2000: 250) fait la remarque suivante:

«Dans les discours politiques, peut-être, les victimes de la violence sont toutes ... "innocentes" et ont toutes besoin de protection. En réalité, de nombreuses différences et circonstances séparent les victimes et déterminent si, et dans quelle mesure, l'Etat intervient à travers son système de justice pénale ... Souvent, c'est à l'individu qu'il incombe de déclencher l'intervention et de s'impliquer résolument dans sa mise en oeuvre.»

La vulnérabilité des victimes n'est pas toujours apparente, notamment lorsque celles-ci appartiennent à un groupe ou une communauté victime du mépris ou d'une image stéréotypée. Ainsi, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de drogue ou d'alcool ont tendance à être qualifiées de «dangereuses», et non pas de «vulnérables», et les personnes atteintes de certains handicaps physiques sont traitées comme si elles étaient plus fragiles et moins capables de se prendre en charge qu'elles ne le sont réellement.

Les Etats membres offrent une image contrastée. Aux Pays-Bas, la peine est la même, que la victime soit handicapée ou non, mais la législation prévoit une infraction distincte, constituée par des abus sexuels à l'encontre d'une personne souf-

frant d'un lourd handicap physique ou mental et incapable de donner son consentement, même s'ils ne s'accompagnent pas du recours à la force ni de violences. En d'autres termes, le principe appliqué ici est le suivant: généralement, lorsqu'un acte sexuel ne s'accompagne pas du recours à la force, on suppose que le partenaire est consentant, mais si ce partenaire est jugé incapable de donner son consentement, on estime que l'acte a eu lieu contre sa volonté. Une infraction analogue est inscrite dans la législation du Royaume-Uni. La législation luxembourgeoise sur les violences sexuelles alourdit aussi la peine lorsque le viol ou la violence sexuelle est le fait d'une personne en position d'influence ou d'autorité ou lorsque la victime a moins de 14 ans. En Espagne et en Slovénie, le handicap peut être considéré comme une circonstance aggravante lors de la détermination de la peine à infliger à l'auteur de l'infraction. En outre, la législation espagnole stipule que si une infraction est motivée par le racisme, l'antisémitisme, la discrimination religieuse ou sexuelle ou la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, cela sera considéré comme une circonstance aggravante. En Italie, l'article 6 de la Loi 269/98 sur les normes relatives à la prostitution, la pornographie et le tourisme sexuel concernant les enfants, prévoit une peine aggravée pour les délits commis contre les enfants ayant un handicap physique ou mental.

4.5 Résumé

Ce chapitre a passé en revue un certain nombre d'aspects de la protection juridique des personnes handicapées. Chacun de ces aspects est traité de manière différente dans le droit des divers Etats membres. Les questions ci-dessous peuvent constituer une sorte de grille permettant d'évaluer les conditions dans lesquelles cette protection est assurée.

Définition des abus à l'encontre des personnes handicapées

- Les enfants et les adultes handicapés sont-ils protégés équitablement par les lois générales relatives aux atteintes aux biens (vol, escroquerie, cambriolage) et à la personne (brutalités, viol, agression sexuelle, meurtre)?

- Les activités d'investigation et les politiques pénales tiennent-elles compte de la vulnérabilité et font-elles clairement comprendre que les infractions à l'encontre d'enfants ou d'adultes vulnérables seront prises au sérieux?
- Les lois qui définissent les attentats à la pudeur accompagnés de violence et le viol font-elles spécifiquement référence aux personnes n'ayant pas la capacité de consentir?
- La loi définit-elle des délits spécifiques d'exploitation sexuelle lorsque les actes sexuels sont le fait d'un praticien ou d'un professionnel ayant la charge de la victime/prestataires de service lorsque celle-ci est handicapée et n'est pas en état de résister ou de se soustraire aux pressions ou à la coercition?
- La législation qualifie-t-elle de crime l'inceste commis sur un enfant ou un adulte? Les personnes handicapées sont-elles implicitement ou explicitement prises en compte par ces lois?
- Est-il clair que le Code pénal général s'applique pour tous les enfants et tous les adultes, y compris ceux qui résident en foyer, hôpitaux ou autres établissements contrôlés ou fermés?
- Les adultes handicapés (à l'exception des incapables) jouissent-ils du statut d'adulte et, à ce titre, du droit de contracter, de s'engager dans une relation et d'y mettre fin, de vivre indépendamment de leurs parents?

Mécanismes de prévention

Le système juridique:

- comporte-t-il des dispositions interdisant la discrimination envers les personnes handicapées en matière de logement, d'emploi, d'accès aux soins et de fourniture de biens et de services?
- définit-il les personnes qui n'ont pas la capacité de prendre elles-mêmes certaines décisions (bien précises) ou de gérer leurs affaires financières et prévoit-il un mécanisme de nomination d'une personne chargée d'agir en leur nom et de contrôle de cette nomination?

- exige-t-il que l'on recherche si les personnes travaillant avec des enfants handicapés et des adultes vulnérables ont précédemment fait l'objet d'une condamnation pour des délits qualifiés?
- en cas de détention ou de traitement forcé d'une forme ou d'une autre, prévoit-il que les motifs en soient vérifiés et évalués, et offre-t-il une possibilité d'appel et de défense indépendante?
- précise-t-il comment les droits des personnes placées en détention forcée seront assurés et font l'objet d'un contrôle indépendant?
- impose-t-il le contrôle juridictionnel de toute décision de stériliser une personne handicapée incapable de décider par elle-même d'une intervention aussi irréversible?
- prévoit-il des garanties spécifiques accordées aux personnes handicapées en ce qui concerne les décisions de fin de vie, comme le refus de la réanimation ou le suicide médicalement assisté, dans les pays où ces pratiques ont été légalisées?
- offre-t-il une aide supplémentaire à toute personne handicapée interrogée en tant que suspect potentiel dans une affaire criminelle?

Faciliter l'accès au système juridique

- Les affaires dans lesquelles la victime est une personne handicapée sont-elles traitées en justice de la même manière que les autres citoyens?
- Lorsqu'une personne handicapée doit être présente à titre de victime, de témoin ou de défendeur, la salle d'audience permet-elle:
 - l'accès en fauteuil roulant?
 - l'interprétation en langue des signes, dans d'autres systèmes de communication, dans des langues minoritaires?
 - la diffusion d'un enregistrement vidéo du témoignage d'un enfant ou d'un adulte vulnérable

- des dispositions visant à éviter la répétition inutile d’interrogatoires et d’auditions?
 - la tenue d’un contre-interrogatoire en vidéo?
 - la création d’une atmosphère détendue, pour éviter qu’enfants ou adultes ne soient trop intimidés?
 - une manière de questionnement et un langage adaptés aux capacités et à la compréhension de la personne handicapée concernée?
 - l’installation d’un écran évitant à la victime ou aux témoins vulnérables de se trouver face à face avec l’accusé?
- La procédure judiciaire autorise-t-elle une expertise et une évaluation psychologique spécialisée, afin qu’on ne puisse, à tort, mettre en doute la véracité du témoignage d’une personne handicapée (voir Yuille, 1988)?
 - Est-il possible de diriger les personnes handicapées convaincues d’un délit vers le système d’internement psychiatrique?
 - Existe-t-il des dispositions garantissant que les personnes handicapées détenues en prison ou dans d’autres établissements fermés voient leurs besoins spécifiques pris en compte, notamment le besoin d’une protection contre les autres détenus, ont accès à des équipements spéciaux et bénéficient de soins médicaux adéquats et équivalents?

Lorsque les personnes handicapées ont affaire à la justice pénale, que ce soit comme accusés ou comme coupables, il importe d’empêcher que leur déficience mentale, physique ou intellectuelle ne soit utilisée à leur détriment et ne serve de prétexte pour ne pas les défendre convenablement ou, s’ils sont condamnés, ne pas les traiter équitablement.

Réparation équitable

Il va de soi que les personnes handicapées ont le droit, d’une part, d’être traitées équitablement par la justice lorsqu’elles sont victimes, témoins ou accusés, et, d’autre part, de bénéficier de toute l’assistance supplémentaire nécessaire pour

accéder à la justice, qu'elles soient ou non personnellement en cause.

Les mesures de recours et de remède prévues pour les personnes handicapées victimes d'actes délictueux, discriminatoires ou préjudiciables font-elles clairement apparaître:

- que la législation apprécie de façon équitable la vie des personnes handicapées en prescrivant dommages-intérêts et indemnités?
- qu'elle prévoit des sanctions équivalentes, montrant ainsi la valeur qu'elle accorde aux personnes handicapées et la grande importance qu'elle attache à leur protection?

Cette aspiration à avoir accès à la justice dans des conditions d'égalité se situe dans la ligne de la directive de l'Union européenne relative à l'interdiction de la discrimination fondée sur le handicap (Forum européen des personnes handicapées (FEPH), 1999b)

5. ETABLISSEMENT DE BONNES PRATIQUES

5.1 Modèles de prévention

On trouvera dans ce chapitre des exemples d'initiatives en cours qui s'attachent à mieux protéger les individus dans les institutions de protection sociale et dans le contexte social au sens large. Toutes les parties au présent rapport reconnaissent que la "prévention" est d'une suprême importance, mais pour voir comment cette large gamme d'initiatives se combine, il est nécessaire d'établir un plan conceptuel. Vettenburg (1999:44) considère que:

«Le terme de 'prévention' a, comme celui de 'violence', de nombreuses connotations, et doit donc être décrit et défini clairement.»

Le souci de la prévention concerne la criminalité, la maladie et (de manière plus controversée) le handicap, et présuppose que ces événements/états sont à la fois indésirables et évitables. La plupart des pragmatistes cherchent à réduire les risques tout en reconnaissant qu'il sera aussi nécessaire d'intervenir dans des situations où la prévention primaire n'a pas été possible.

Plusieurs modèles théoriques ont été élaborés. De nombreux théoriciens des sciences sociales empruntent à la prévention de la santé le modèle de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce modèle classe les interventions en fonction du *stade* auquel elles ont lieu:

- au stade *primaire*, elles empêchent les abus de se produire;
- au stade *secondaire*, elles permettent de détecter rapidement les abus et de les signaler aux organismes compétents, qui veilleront à empêcher qu'ils ne se reproduisent;

- au stade *tertiaire*, elles visent à prendre en charge les victimes d'abus et à les aider à récupérer sans garder trop longtemps les séquelles de traumatismes et de situations de détresse.

Hardiker, Exton and Barker (1995) ont analysé la politique sociale et le rôle de l'Etat dans le domaine de la prévention des sévices à enfant; les auteurs ont classé les interventions selon différents stades et différents niveaux, et estimé que les gouvernements qui considèrent leur rôle comme subsidiaire interviennent à un stade ultérieur et s'occupent uniquement de personnes ayant déjà subi des sévices. En revanche, les gouvernements ayant une conception plus large de leur responsabilité interviennent avant que le mal ne soit fait et essaient d'influencer les mentalités dans l'ensemble de la population pour prévenir les abus.

Vettenburg (Dubet et Vettenburg, 1999) a traité la question de la prévention dans un document comparable du Conseil de l'Europe consacré à la prévention de la violence dans les établissements scolaires; sa réflexion nous a été utile pour classer des initiatives qui concernent différentes parties du système à différents stades dans l'étiologie du problème. L'auteur a distingué quatre "prototypes" de stratégie préventive (d'après Dubet et Vettenburg, 1999):

- la prévention de situation, qui s'intéresse aux contextes dans lesquels des abus peuvent se produire – conception des établissements ou encadrement du personnel, par exemple;
- la prévention punitive, qui, en misant sur le dépistage des faits, sur les poursuites et sur des sanctions d'une sévérité appropriée, crée une dissuasion suffisante;
- la prévention de traitement, qui fait de l'abus la conséquence d'un dysfonctionnement individuel ou familial, ou y voit la marque d'une victimisation antérieure de son auteur;
- la prévention sociale, qui aborde le problème dans un contexte social plus large, en s'intéressant par exemple aux manifestations spécifiques d'abus sur fond de vaste discrimination à l'encontre des personnes handicapées.

L'auteur décrit donc les stratégies préventives en termes de *stades* et de *niveaux*, mais ajoute une troisième dimension, qui rend compte de la *nature* ou de l'*orientation* de l'intervention: est-elle défensive ou offensive, c'est-à-dire réactive ou proactive?

Dans le cadre de la lutte contre les abus, une stratégie *défensive (réactive)* vise à éviter un danger par exemple en excluant certains membres du personnel, tandis qu'une stratégie *offensive (proactive)* préviendra les risques en renforçant les éléments positifs, ce qui peut consister notamment à encourager la participation des usagers, à améliorer les principaux aspects des pratiques ou à mettre en oeuvre des programmes d'assurance de la qualité. Une approche trop défensive finira par porter atteinte à de grands principes concurrents, tels que le renforcement de l'autonomie et l'encouragement de l'ouverture et de l'intégration. Vettenburg précise que dans son domaine, un ensemble d'options ont été privilégiées: une prévention primaire, au niveau structurel, et d'orientation proactive.

Dans le présent chapitre, notre objectif est de montrer combien il importe que les gouvernements se consacrent à la prévention et qu'ils fassent connaître cet engagement.

5.1.1 Intervention à tous les niveaux

Le groupe de travail et les organismes consultés ont préconisé unanimement de mener des actions à tous ces niveaux pour que les personnes handicapées soient protégées comme il se doit et disposent de recours juridiques dans les Etats membres. Le Forum européen des personnes handicapées (FEPH) (1999a) a formulé un certain nombre de priorités pour la lutte contre ce type d'abus, à savoir:

- examiner ces faits dans le contexte d'une discrimination plus vaste à l'encontre des personnes handicapées;
- y voir un problème touchant aux droits fondamentaux de l'individu;
- mieux comprendre ce phénomène en recueillant des informations plus fiables et en mettant en place des systèmes

plus sensibles pour encourager les intéressés à dénoncer les faits et à se faire assister pour défendre leurs droits;

- adopter dans les Etats membres des mesures globales et systématiques qui puissent s'attaquer sans attendre, sur le plan des principes, à tous les abus et mauvais traitements.

Le présent chapitre donne des exemples d'éléments distincts appartenant à une telle stratégie «holistique et systématique». Dans les documents que les Etats membres et les ONG ont soumis, ils décrivent toute une gamme d'initiatives:

- campagnes de sensibilisation auprès du public;
- initiatives pédagogiques telles que cours d'éducation sexuelle et d'autodéfense pour les enfants, les adolescents et les adultes handicapés;
- documents d'orientation facilitant la collaboration interinstitutions;
- formation et soutien professionnels;
- amélioration de la conduite des enquêtes afin de traduire les auteurs de tels faits en justice;
- surveillance et contrôle des établissements de long séjour (notamment en vue de détecter les violences sexuelles);
- procédures de recours;
- participation des usagers;
- mesures visant à faciliter l'accès à la justice et la défense de ses droits;
- services de conseils pour les personnes handicapées et leurs familles;
- traitements/interventions pour les agresseurs en puissance;
- associations et ONG militantes, spécialement mandatées pour s'attaquer aux questions relatives aux abus dont sont victimes les personnes handicapées;
- programmes concernant le recrutement et la supervision des bénévoles;
- formation et accréditation des groupes professionnels travaillant avec des personnes handicapées;

- dispositions prévoyant l'inspection et la surveillance des institutions et des centres de jour par un organe indépendant.

Une série similaire d'initiatives semble avoir été déployée en Amérique du Nord, pour d'autres groupes d'usagers. Wolf et Pillimer (1994) décrivent quatre exemples de bonnes pratiques en ce qui concerne les abus commis sur des personnes âgées: une équipe multidisciplinaire réunissant tous les intéressés autour d'une même table, un programme bénévole de défense des droits des aînés, un groupe d'aide aux victimes et la création d'un diplôme (maîtrise) de protection des adultes pour les travailleurs sociaux.

Ces initiatives relèvent d'une action qui vise à prévenir les abus et à proposer une réaction appropriée lorsqu'ils ont été identifiés. Nous avons réuni des données sur des interventions qui ont lieu à différents *niveaux* (individuel, organisationnel et politique) et sont le fait de différents *organismes*, l'accent devant être mis aussi bien sur l'interaction entre les personnes handicapées et ceux qui les soignent que sur la formation des juges pour leur apprendre à apprécier les témoignages donnés par des individus ayant des difficultés à communiquer (voir Direction générale III – Cohésion sociale, 2000). Aucune de ces initiatives n'est isolée. En effet, chaque programme déclenche une réaction en chaîne: une meilleure identification des faits et des sanctions plus efficaces (prévention secondaire) peuvent être suffisamment dissuasives pour prévenir les abus (prévention primaire), et des programmes destinés à aider les personnes handicapées à prendre plus d'assurance peuvent permettre à ces personnes de s'opposer à des auteurs d'abus potentiels et empêcher que des abus ne soient perpétrés (prévention primaire), ou donner à des individus les moyens de s'opposer au non-respect de leurs droits fondamentaux ultérieurement, en s'adressant à la justice, et de ne pas garder de séquelles (prévention tertiaire).

Le tableau ci-après illustre un éventail d'interventions à différents niveaux et apporte quelques précisions sur plusieurs initiatives.

5.1.2 Exemples d'interventions à différents niveaux

Cibles	niveau	Primaire	Secondaire	Tertiaire
<p>Individus</p>	<p>Actions d'entraide axées sur la sécurité des enfants, comme la campagne «Keep children safe» lancée par Kidscape au Royaume-Uni qui apprend aux enfants à distinguer les «bons et les mauvais» atouchements ; initiative franco-belge «La violence, parlons-en»; cours d'auto-défense pour les femmes handicapées, coordonnés par Lydia Zijdel (Pays-Bas).</p>	<p>Brochures faciles à utiliser proposées en différents formats, qui expliquent aux personnes handicapées leurs droits et la procédure à suivre pour porter plainte</p>	<p>Couverture par les médias, avec tact et impartialité, des affaires dans lesquelles la victime est une personne handicapée.</p>	
<p>Prestataires de services et commanditaires</p>	<p>Formation du personnel et conseils dans des secteurs d'intervention difficile – comportements de provocation, contrainte et contention, sexualité.</p> <p>Présélection des candidats à un emploi impliquant des contacts avec des enfants ou des adultes handicapés.</p> <p>Organismes de contrôle d'agrément professionnel.</p>	<p>Formation à la détection des abus et aux moyens permettant d'étayer les notifications en s'appuyant sur des dispositions et procédures bien précises intra- et interinstitutions.</p> <p>Orientation formelle quant à l'interrogatoire d'enfants et d'adultes vulnérables témoins ou victimes d'abus, et à leur déposition devant les tribunaux.</p>	<p>Rapport des incidents.</p> <p>Enquêtes officielles visant à s'assurer que l'on en a tiré les leçons et que celles-ci ont été transcrites dans la pratique.</p> <p>Fermeture des établissements non conformes aux normes, lorsqu'il est peu probable que les améliorations nécessaires seront effectuées dans les délais.</p> <p>Services spécialisés dans le travail au contact de victimes d'abus.</p>	

	<p>Réglementation régissant les structures d'accueil et inspections régulières en vue d'améliorer les normes de qualité.</p>		<p>Formation à l'intention des organismes classiques d'aide aux victimes d'abus – centres d'accueil pour les victimes de viols, refuges pour les femmes –, quant aux moyens de rendre leurs services accessibles aux personnes handicapées.</p>
<p>Pouvoirs publics et collectivité</p>	<p>Campagnes de lutte contre les stéréotypes et les images négatives à propos de la vie des personnes handicapées.</p> <p>Campagnes d'intégration et de lutte contre la discrimination insistant sur les droits fondamentaux des personnes handicapées et précisant les limites à ne pas franchir.</p> <p>Campagnes dans les médias expliquant comment communiquer et dialoguer avec des personnes atteintes de handicaps divers.</p> <p>Financement ad hoc et utilisation responsable des ressources disponibles pour les personnes handicapées et les organismes qui leur viennent en aide.</p>	<p>Campagnes d'information visant à expliquer au grand public ce qui constitue un abus et à faire connaître les instances à saisir.</p> <p>Services d'assistance téléphonique aux soignants et au personnel.</p> <p>Soutien structurel des «démontiateurs» (Pilgrim 1995) – bonnes garanties au niveau de l'emploi et protection par les syndicats et les associations professionnelles.</p> <p>Liens entre les grandes institutions telles que les services sociaux et les structures organisant la santé, la police et la justice pénale.</p>	<p>Examen très pointu des cas recensés en vue d'élaborer une politique intégrant toutes les garanties nécessaires.</p> <p>Planification et révision des besoins en personnel et en formation.</p> <p>Mécanismes permettant de repérer les agents qui se sont rendus coupables d'abus, au niveau local, régional et national.</p> <p>Adoption de nouvelles lois s'il y a lieu.</p> <p>Couverture médiatique responsable qui aborde de manière équilibrée la reconnaissance de la vulnérabilité et le respect dû aux personnes handicapées en tant que citoyens, et non en tant que victimes.</p>

5.2 Prévention primaire

5.2.1 Au niveau individuel

L'une des stratégies de prévention des abus sexuels commis sur des enfants et adultes intellectuellement diminués et ayant des difficultés à communiquer réside dans une bonne éducation sexuelle – ce qu'ont bien compris le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Norvège et la Suisse (SSJ Genève et autres cantons francophones). Du matériel pédagogique adapté existe dans plusieurs pays (voir par exemple McCarthy et Thompson, 1997; Delville et Mercier, 1997; Delville, Mercier et Merlin, 2000; Belie, Ivens, Lesseliers et Hove, 2000); il s'agit, dans nombre d'entre eux, de programmes de cours ordinaires qui ont été aménagés pour les enfants et adultes ayant des besoins éducatifs particuliers. D'autres supports ont été réalisés à l'intention du personnel pour l'aider à répondre aux besoins de certains groupes tels que les personnes gravement handicapées (Down et Craft, 1997) ou les délinquants sexuels handicapés mentaux (Thompson et Brown, 1998; Terstegen, Hoekman et Van den Bergh, 1998); il est également des Etats membres où le personnel se voit proposer des stages de formation de deux jours ou plus. L'association de Suisse francophone et internationale «Sexualité et Handicap Physique (SEHP)» offre une formation aux professionnels des soins et de l'éducation, ainsi qu'aux personnes vivant avec un handicap physique, sous forme de sessions toujours co-animées par un(e) sexo-pédagogue spécialisé(e) et une personne concernée par le handicap, sensibilisée à ces thématiques.

L'implication des parents et des professionnels et l'information qui peut leur être donnée par rapport aux questions de sexualité, est considérée comme essentielle. En effet, toutes ces personnes sont des «tiers» intervenant dans l'accompagnement du quotidien de la personne handicapée, et plus particulièrement dans les situations liées à l'intimité. Un programme de sensibilisation et de formation à ces partenaires parentaux et éducatifs a été créé par Mmes Catherine Agthe Diserens et Françoise Vatré, sexo-pédagogues spécialisées: «Du Cœur au Corps, formons-nous, puis ... formons-les!» a

obtenu le Prix Suisse 2001 de Pédagogie Curative. Il traite de l'affectivité, de la génitalité, des questions de contraception, de stérilisation, du deuil de l'enfant, d'abus sexuels, d'intimité, de mariage et de célibat (note de la délégation suisse).

Le langage gestuel (pour les enfants et adultes sourds – voir Kennedy dans le manuel ABCD) et le système de communication par symboles (Bliss, par exemple) doivent être adaptés et intégrer les parties du corps et les termes traduisant des actes déplaisants, de façon que les enfants puissent rendre compte des mauvais traitements qu'ils auraient subis. Par exemple, il n'y a pas toujours de signe pour l'action de «frapper» ou «gifler», ou pour désigner les parties intimes du corps. Un meilleur usage des outils d'aide à la communication peut faire beaucoup pour renforcer les droits de l'enfant et prévenir les abus. Au Royaume-Uni, une affaire d'agressions sexuelles en série commises dans un internat pour enfants réputés fragiles ou gravement handicapés a ainsi été découverte à travers des entretiens méticuleux faisant appel à des systèmes de communication enrichie; cette approche a par la suite débouché sur une campagne intitulée «Know your rights» déployée dans les écoles en direction des élèves et des membres du personnel (Marchant et Page, 1992).

L'Association italienne des enfants et adultes atteints du syndrome de Down a mis sur pied des programmes d'«apprentissage de la confiance en soi» dispensés à des groupes composés de personnes du même sexe, programmes qui s'appuient sur toute une série de films, de diapositives et de vidéos pour inciter les participants à poser des questions et à discuter de sujets tels que le fait de tomber amoureux, l'affection, l'attitude à adopter face à des avances sexuelles non désirées, ce que cela signifie que d'avoir le syndrome de Down, etc. Une autre réalisation commune (Delville, Mercier et Merlin, 2000), déjà mentionnée, repose sur une collaboration entre deux sexo-pédagogues spécialisées suisses et la Faculté de Médecine, département de psychologie de Namur: il s'agit d'un programme spécifique d'éducation à la vie affective et sexuelle des personnes déficientes mentales (nommé «Des Femmes et des hommes») et d'un guide éthique et

pédagogique destiné aux professionnels. Un service mis en place par le «Horizon Trust» du comté anglais du Hertfordshire (CONSENT) associe des programmes personnalisés d'évaluation, de conseil et d'éducation au développement des compétences du personnel, et la formation accompagne aussi un service novateur proposant une évaluation aux personnes atteintes de déficiences intellectuelles qui sont adressées à cette structure à la suite d'un comportement sexuel constituant une infraction (RESPOND). A l'évidence, il est nécessaire d'allouer des ressources à ces centres d'excellence pour leur permettre de développer leurs programmes de traitement direct et de formation du personnel et de favoriser les échanges.

Au Luxembourg, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, des cours d'affirmation de soi sont proposés aux femmes ayant des déficiences intellectuelles; ils contribuent à les sensibiliser et à leur donner davantage d'assurance, et créent un cadre qui permet de dévoiler des pratiques abusives. La Slovénie a également organisé une campagne de sensibilisation en direction des personnes vulnérables, qui entendait à la fois prévenir les abus dont elles pourraient être victimes et leur indiquer la marche à suivre pour, le cas échéant, signaler de tels faits à la police. Une initiative belge intitulée "La violence, parlons-en" a été adaptée à l'intention des élèves des écoles secondaires de la région Nord-Pas de Calais en France et a été adaptée pour pouvoir intéresser également des adolescents souffrant de troubles mentaux – une série de jeux de rôles venant ainsi remplacer la projection d'un film. Ce projet a permis aux adolescents d'aborder le problème de la violence et d'examiner un certain nombre de réactions possibles. Une évaluation sociologique indépendante a abouti à la conclusion que ce programme:

- aidait les travailleurs sociaux à considérer ces jeunes sous un jour plus positif, en ce qu'ils prenaient une part très active aux séances et y apportaient des contributions fort pertinentes;
- avait pour effet d'apaiser les relations sociales et institutionnelles au sein de l'établissement;

- instaurait une réelle communication tant entre les adolescents qu'entre ceux-ci et le personnel;
- amenait les jeunes handicapés – selon leurs dires – à être prêts à se prendre en main face à leur propre comportement violent et à aller trouver un adulte responsable s'ils étaient eux-mêmes victimes de violence.

Pareilles initiatives peuvent certes aider les intéressés à résister aux agissements abusifs et à renforcer leur détermination à demander de l'aide lorsqu'ils en sont victimes; pour autant, il ne faut pas sous-estimer l'habileté de certains délinquants (notamment en matière d'agressions sexuelles) ni se laisser aller à une attitude de reproche à l'égard de ceux qui n'ont pas su défendre leurs droits dans une situation difficile.

D'autres stratégies visant à accroître la résistance aux abus ont misé sur de nouvelles formes de prise en charge. Les abus sont à l'évidence favorisés par les relations de dépendance dans lesquelles les personnes handicapées sont souvent enfermées (Westcott, 1993). Aussi préfère-t-on désormais les approches qui autorisent les personnes handicapées à gérer elles-mêmes leurs finances et l'aide qui leur est fournie, ainsi que celles qui privilégient les foyers d'accueil de taille modeste par rapport aux grands établissements où les relations entre les intéressés et les auxiliaires/soignants sont foncièrement différentes. La participation des usagers à la gestion des services ne contribue pas seulement à renforcer l'assurance et la confiance en soi de leurs bénéficiaires pour mieux pouvoir s'élever contre des pratiques qui bafouent les droits de la personne; elle représente aussi pour eux une possibilité de défendre leurs droits de manière indépendante et un moyen de faire entendre leurs doléances. En 1993, le Gouvernement de la Communauté flamande de Belgique a adopté des dispositions prévoyant la participation des pensionnaires à la gestion des foyers et institutions d'accueil. En 1998, la participation des personnes handicapées dans la gestion de ces institutions a été rendue obligatoire en Région wallonne de Belgique par l'instauration de conseils d'usagers. L'Estonie s'est-elle aussi engagée sur la voie de la représenta-

tion des patients, et l'on trouve dans ces pays des systèmes autorisant les intéressés à faire entendre leurs griefs. Des groupes d'usagers indépendants qui ne sont rattachés à aucune structure d'assistance particulière s'emploient à donner aux individus une plus grande force d'intervention et à assurer un contrôle indépendant des services qui leur sont proposés. Les délégués ont mentionné deux réseaux de ce genre, qui ont réussi l'un comme l'autre à sensibiliser des personnes handicapées à titre individuel et à leur donner plus de poids.

Exemple n° 1

Réseau slovène d'étudiants handicapés

En 1996, des étudiants qui ne disposaient que d'un budget limité pour subvenir à leurs besoins et payer leurs études avaient créé, sous les auspices de l'association des étudiants de l'Université de Lubljana, un groupement qui entendait faire campagne pour décrocher quelques aides. Le mouvement a pris de l'ampleur jusqu'à devenir une association nationale ouverte à tous les étudiants, qui compte actuellement 70 membres. Elle a notamment milité pour obtenir davantage de logements spécialement aménagés dans les bâtiments principaux qui hébergent les étudiants sur le campus universitaire et pour améliorer l'accès, les interventions spéciales, le transport, les loisirs, le sport et la formation des étudiants handicapés. Elle a également coordonné une campagne d'information publique à la radio et dans la presse écrite. Elle voudrait, à l'avenir, étendre son action aux problèmes de logement et d'emploi que rencontrent ses membres une fois leurs études terminées, en mettant à profit les contacts internationaux qu'elle a noués avec l'Association des étudiants handicapés de l'Université de Cork. Elle a aussi mis sur pied un service d'orientation.

Exemple n° 2

Réseau norvégien de femmes handicapées

Ce projet, qui est une initiative des usagers financée par le ministère norvégien de la Santé et des Affaires sociales en collaboration avec l'Université de Lillehammer, offre un soutien professionnel à un réseau de 100 femmes réparties sur tout le territoire

norvégien qui communiquent par téléphone, à travers des bulletins d'information et via le courrier électronique. Le réseau s'attache avant tout à encourager les avancées sur le plan sanitaire et à voir comment les services de santé réagissent à l'égard des femmes handicapées. Le réseau travaille également avec les foyers d'accueil des femmes partout en Norvège; cette collaboration a débouché sur un projet de recherche consacré à la violence dont sont victimes les femmes handicapées, projet qu'il voudrait mener sur trois ans conjointement avec Ostlandsforskning, une fondation de recherche à Lillehammer. En 1999, le réseau a publié un guide et un répertoire traitant d'un certain nombre de questions importantes, parmi lesquelles les prestations sociales et le logement, ainsi qu'un guide sur la violence à l'égard des femmes handicapées qui est distribué par le canal des foyers d'accueil des femmes. Il a aussi travaillé avec ces derniers pour rendre leurs locaux accessibles aux femmes handicapées et pour apprendre à leur personnel comment les prendre en charge. Le réseau est partisan d'une approche de la violence et du handicap qui fasse une distinction plus explicite entre les sexes.

Plusieurs de ces projets montrent les avantages qu'il y a à voir les centres universitaires, les prestataires de services et les réseaux d'utilisateurs œuvrer en étroite coopération: cela favorise le soutien professionnel, l'évaluation systématique des initiatives et la diffusion générale des bonnes pratiques.

5.2.2 Au niveau des services d'assistance

En 1993, au Royaume-Uni, après qu'une étude eut mis en évidence l'étendue des sévices sexuels commis à l'encontre de personnes ayant des déficiences intellectuelles, deux ONG avaient été chargées de rédiger un document d'orientation à l'adresse des services d'hébergement pour personnes handicapées, document qui indiquerait un certain nombre de mesures préventives. Tout en reconnaissant qu'il était impossible d'empêcher totalement les abus, des stratégies minutieuses destinées à "Réduire les risques" ("Lowering the odds") ont été définies, s'appuyant sur une prise de conscience par chacun de l'étendue et des limites de ses responsabilités (ARC/NAPSAC 1993). Ce document a fait ressortir la nécessité de recourir à de sages procédures de recrute-

ment prévoyant notamment une présélection des candidats à un poste en contact avec des enfants et des adultes handicapés – par le biais peut-être d'un système de certificats de «bonne conduite», d'enquêtes de police ou d'inscription auprès d'une association professionnelle.

L'encadrement du personnel apparaît également comme un point important. Bien que la loi offre un cadre adéquat pour statuer en toute équité, très peu d'affaires de ce genre passent devant les tribunaux ou font l'objet d'un examen en bonne et due forme. Chaque jour, des actes d'oppression se produisent et les droits de certains sont bafoués en dehors de toute réflexion et de tout contrôle, et des décisions lourdes de conséquences sont souvent prises par un personnel insuffisamment formé qui appréhende mal les limites de son pouvoir légitime. Autre question importante: les «règles» et attentes concernant les échanges d'informations entre les services. Au niveau des services, les chances sont plus grandes de faire évoluer l'attitude et les comportements du personnel par des directives et des instructions informelles que par la jurisprudence. La prévention des abus passe par des pratiques positives, surtout dans les domaines où une façon de faire qui n'est pas la bonne peut très vite dégénérer en une conduite qui relève de l'abus. D'où la nécessité pour les services de donner au personnel des instructions claires et précises concernant

- la sexualité;
- les comportements difficiles;
- la contrainte et la contention;
- l'utilisation de l'argent;
- l'administration des médicaments.

Plusieurs délégations ont présenté un certain nombre d'exemples en matière d'encadrement du personnel.

Exemple n° 1

La Fondation Cap Loisirs à Genève (Suisse)

Cet organisme qui offre des loisirs et des formules de vacances de courte et de longue durée pour des personnes handicapées a publié une charte sur «l'amour et la sexualité des citoyens handicapés» qui stipule le droit à une vie affective et sexuelle pour les adultes handicapés, usagers des camps de vacances et autres sortes de loisirs proposés. L'encadrement professionnel requis pour que ces relations se vivent dans le respect mutuel des uns et des autres, est garanti par une sensibilisation du personnel au travers de la formation continue, et grâce à un code de déontologie. Les parents et les moniteurs doivent avoir pris acte des conditions de la charte. Ce document fait référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Déclaration des Droits généraux et particuliers des déficients mentaux. L'élaboration de cette charte et le fruit d'un important partenariat entre les professionnels de Cap Loisirs, des sexo-pédagogues spécialisés, les parents et les tuteurs, ainsi que les directeurs d'institutions.

Exemple n° 2

Le réseau de l'UNAPEI sur la sexualité

En 1998, l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales) a donné suite à des activités portant sur les questions liées à la sexualité et au sida/VIH en créant un groupe de travail sur la maltraitance. Son but était d'établir un réseau de personnes et d'organismes compétents, comprenant aussi des parents et des usagers de services spécialisés. Après une période de recherche et de consultation, le groupe a élaboré un document d'orientation, dans lequel il décrit le problème et les risques et formule des recommandations. Ce document constitue la base d'une stratégie visant à prévenir toutes les formes d'abus à l'encontre des enfants et des adultes dans différents contextes (milieu familial, institutions, société, milieux médicaux) (UNAPEI 2000).

Exemple n° 3:

Conseils au personnel sur la contention physique

Un manuel de formation a été réalisé par l'Institut britannique des troubles de l'apprentissage (BILD), qui explique dans les grandes

lignes la procédure à suivre par chaque service pour évaluer et anticiper les besoins des personnes ayant un comportement difficile qui pourraient nécessiter une intervention physique (contrôle et contention) en situation de crise. Le document énonce de façon très explicite une série de valeurs et de principes pour limiter au maximum le recours à la force dans ce type d'interventions, et pose comme principe de base qu'il faut trouver des solutions adaptées aux besoins et aux problèmes possibles que rencontrent certaines personnes, et non se contenter d'un ensemble de mesures qui pourraient être utilisées par tout un service. Les interventions physiques doivent toujours être l'ultime recours et doivent se situer dans un contexte d'approches positives et de traitement individuel. Les procédures qui, dans chaque établissement, s'appuient sur ce canevas incitent le personnel à se préparer à ces crises que l'on anticipe, plutôt que de réagir au coup par coup et dans l'urgence. Les auteurs du manuel préconisent une stricte «gradation des réactions», de façon à gérer les incidents en usant au minimum de la force et à cesser toute intervention physique dès qu'un retour au calme s'opère. Il est clair ici que les interventions physiques qui s'avèrent nécessaires pour parer à un incident violent ne doivent pas servir à couvrir des sanctions ou des représailles.

5.2.3 Prévention des abus au niveau des pouvoirs publics et de la collectivité

S'agissant des pouvoirs publics et de la collectivité, il est important que des projets «ordinaires», comme ceux financés par la Communauté européenne dans le cadre du programme Daphne de lutte contre la violence à l'égard des enfants, des adolescents et des femmes, englobent également les enfants et adultes handicapés (note de la délégation italienne). Il faut ici examiner le cadre législatif en la matière, de même que la structure et l'adéquation du niveau des prestations, et les différentes options offertes aux personnes handicapées. Réglementation et inspection professionnels et des services d'assistance (voir Davies et Beach, 2000), relèvement des normes par le biais d'une assurance de qualité, contrôle externe: tout cela intervient aussi dans l'amélioration de la sécurité des services, au même titre d'ailleurs que le facteur infrastructure, qui permet d'avoir un personnel organisé, qua-

lifié et bien encadré sur le plan réglementaire. L'importance de ces aspects structurels se trouve quelquefois négligée, lorsque la prévention des abus est trop tributaire des efforts que doivent déployer les victimes pour défendre leurs droits ou pour résister aux violations concertées de ces droits.

5.3 Prévention secondaire

5.3.1 Au niveau individuel

Lors d'une enquête sur les brutalités à l'encontre de personnes handicapées mentales (Mencap, 1999), on a demandé à ces dernières ce qui aurait pu les aider; voici leurs réponses:

- quelqu'un à qui parler (70%);
- savoir à qui elles auraient pu parler de ces brutalités (58%);
- savoir comment porter plainte (48%);
- savoir comment signaler les faits à la police (47%).

Un certain nombre d'Etats membres se sont attaqués au problème du manque d'informations disponibles. Les autorités slovènes ont réuni divers textes de loi dans une publication et ont édité des brochures qui expliquent aux personnes handicapées la procédure à suivre pour dénoncer des actes délictueux à la police. Quant aux organisations comme Juris Conseil suisse décrite ci-dessus, elles permettent également aux victimes d'abus de saisir les instances compétentes.

5.3.2 Au niveau des services

La formation du personnel relève de la responsabilité de chaque service, mais aussi du gouvernement. Au niveau des services, il faut former le personnel à la vigilance pour détecter les victimes ou les auteurs d'abus, mais la formation et l'encadrement des membres du personnel doivent aussi les aider à améliorer leurs compétences professionnelles et à acquérir une certaine maturité, pour éviter qu'ils ne commettent des abus à l'égard des personnes qui leur sont confiées (AEP 2000: 3). Turk et Brown (1993) ont établi que c'est le plus souvent la divulgation d'un incident qui déclenche la prise en charge pour abus sexuel d'un adulte handicapé mental. Le personnel devrait être mieux formé à écouter, et à agir de

façon appropriée immédiatement après une telle divulgation: dans quelle mesure il faut chercher à faire parler l'intéressé, comment répondre à la demande de ne pas ébruiter l'affaire, comment prendre note de la divulgation de manière à laisser ouverte la possibilité d'une action judiciaire. Il est absolument essentiel d'aider les personnels à analyser leurs propres principes et pratiques, et à se fixer une «limite» au-delà de laquelle ils se sentent tenus de signaler tel ou tel comportement d'un collègue ou d'un parent qui les préoccupe. Le matériel élaboré par l'AIMS (1998) propose des exercices et des scénarios pour amener des groupes d'intervenants vers cette sorte de consensus partagé concernant le seuil de ce qui est acceptable pour différentes catégories d'usagers et différents types d'abus.

Il est essentiel que les organismes et les professionnels travaillent de concert pour pouvoir aider efficacement les adultes et les enfants. En Estonie, les médecins sont tenus de signaler au commissariat de police toute marque de violence à l'encontre d'un patient. Aux Pays-Bas, les victimes peuvent signaler une agression soit à la police, soit aux autorités locales, et la police établit un procès-verbal qui servira de base à la rédaction d'un rapport officiel et à la prise de décisions. Les policiers peuvent faire appel à un «groupe d'experts» qui les aideront, au cours de l'enquête, à interroger les personnes handicapées. Au Royaume-Uni, les services sociaux sont chargés de coordonner les enquêtes et sont les principaux responsables des décisions prises à propos de la protection, du soutien et du traitement de la victime. En ce qui concerne l'auteur des abus, il est parfois plus approprié de lui apporter un soutien que de lui infliger des sanctions, auquel cas les organismes de protection sociale sont disposés à le lui fournir. Si nécessaire, la police se charge d'engager des poursuites, et les unités de contrôle se chargent de la fonction réglementaire qui peut aboutir à la fermeture d'un établissement. Les Pays-Bas ont un système de contrôle analogue, qui oblige à signaler les incidents: la façon dont l'organisme traite les plaintes et les soupçons donne d'importantes indications quant à sa volonté de maintenir la qualité. L'Inspection des

services de santé établit également des normes minimales: aux Pays-Bas, elles sont codifiées dans la loi de 1996 relative à la qualité des soins délivrés en institution. Les institutions doivent établir des politiques internes pour prévenir les abus sexuels. Un programme type intégrerait les éléments suivants:

- la politique du personnel;
- la politique vis-à-vis des clients;
- les directives relatives aux soins;
- des informations sur la sensibilisation sexuelle;
- des conseils pour la prévention des agressions sexuelles;
- les compétences disponibles au sein de l'établissement;
- un plan pour l'élaboration d'une politique de formation permanente;
- la définition du profil, des tâches et des responsabilités des personnes amenées à entendre les patients;
- un plan pour la conduite à tenir en cas de révélations;
- un exemple de procédure de recours.

La réglementation de la profession est appliquée parallèlement à la réglementation des établissements et des structures; et les membres du personnel qui se sont rendus coupables d'abus peuvent faire l'objet de mesures disciplinaires et/ou se voir refuser l'exercice de leur profession avec des enfants ou des adultes vulnérables.

Le personnel des services a besoin de savoir quand, comment et à qui il peut faire part de ses préoccupations, et dans quelles circonstances il doit enfreindre les règles habituelles relatives à la confidentialité. On ne sait pas toujours quelle confiance accorder aux prestataires de services pour enquêter ensuite sur certains faits sans courir le risque d'un conflit d'intérêts, ni quand la police peut ou doit intervenir. Dans les pays et dans les secteurs d'activité où les services sont essentiellement assurés par des organismes statutaires, il est important de veiller à l'indépendance des autorités de réglementation et de contrôle. Inversement, lorsque les soins sont dispensés par des structures privées ou des ONG, il faut que les organes qui

les financent ou les régissent statutairement se montrent très vigilants. Ce qui compte ici, c'est qu'il y ait des contre-pouvoirs indépendants et que de multiples voies de recours soient offertes. Un chercheur qui s'intéressait aux réponses à apporter à la criminalité et aux personnes atteintes de déficience intellectuelle a utilisé l'image de la «toile» (le «web») pour illustrer ce qu'il considérait être le plus solide modèle pour de telles garanties, par opposition à une «chaîne», qui peut facilement présenter un maillon faible (Williams, 1995). Aux Pays-Bas, certaines institutions ont une «équipe de notification» qui, en cas de plainte, effectue une enquête interne et transmet ensuite le dossier à la police.

Dans plusieurs Etats membres, des documents d'orientation commencent à être établis au niveau national, local, ainsi qu'au niveau des organismes. Ces politiques visent à remplir un certain nombre de fonctions:

- clarifier la définition des abus et faire œuvre de sensibilisation;
- déterminer comment le personnel doit agir en cas de soupçons ou de révélations d'abus;
- instaurer des possibilités d'orientation et prendre des dispositions pour une participation commune aux enquêtes et à la prise de décisions;
- déterminer les situations où les informations qui pourraient, autrement, rester confidentielles pourraient et devraient être échangées entre organismes et professionnels;
- énoncer clairement dans quelles circonstances et pour quelles personnes il est légitime d'intervenir dans les familles en trouvant un équilibre entre le respect des droits de l'adulte ou de l'enfant vulnérable et celui de la famille au respect de sa vie privée;
- définir dans quelles circonstances une enquête de police ou toute autre enquête officielle peut et doit être ouverte lorsqu'une victime vulnérable n'a pas donné son consentement ni fait de déclaration formelle ou qu'elle n'est pas en mesure de le faire;

- optimiser la capacité des personnes handicapées à prendre des décisions de façon autonome en ce qui concerne le soutien et la protection dont elles ont besoin après avoir été victimes d'abus, sans compromettre l'action intentée contre les auteurs des abus;
- faire en sorte que l'on empêche les auteurs d'abus qui pourraient constituer une menace pour d'autres adultes ou enfants vulnérables de travailler dans les services sociaux ou d'être en contact avec eux à l'avenir;
- informer les services sur la façon d'améliorer la qualité de la prestation de services pour les enfants et les adultes handicapés, et mettre en place des garanties appropriées.

Des systèmes de plaintes officiels, établis au niveau local ou dans le cadre de dispositions réglementaires, fonctionnent dans plusieurs Etats membres. Certes, ils présentent l'avantage de garantir qu'une fois la plainte déposée, le dossier recevra l'attention et les suites qu'il mérite, mais des obstacles majeurs continuent de s'opposer au signalement des abus, et la victime craint encore, à juste titre, de subir des représailles ou une discrimination après avoir déposé une plainte, surtout si la personne mise en cause continue de travailler dans le service auquel la victime a recours. La délégation espagnole a soumis à ce sujet un exemple précis qui montre comment un système de plaintes fonctionne au niveau local, dans le cadre d'orientations émanant de l'Etat.

Exemple n° 1

Registre des plaintes et suggestions dans les services espagnols

Tous les centres résidentiels pour personnes handicapées sont dotés d'un statut de base qui énonce des droits ainsi que des devoirs, et qui prévoit la participation des usagers (conseil des usagers, comités de direction, assemblées, sanctions et mesures disciplinaires). Chaque centre dispose d'un «règlement intérieur», d'un «portefeuille de services» dispensés par le centre et d'un «registre officiel des plaintes et suggestions» disponible à l'accueil et aide ceux qui le demandent à rédiger le dépôt d'une plainte. L'utilisateur conserve un exemplaire du formulaire de

plainte, tandis qu'une copie est adressée au chef du service et un troisième exemplaire va à l'inspection générale, au ministère. Les plaintes et suggestions anonymes sont également acceptées et traitées comme il se doit. Le directeur provincial avise le chef du service, dans un délai de vingt jours ouvrables, de la notification de la plainte; il sollicite des explications et s'efforce de voir dans le détail ce qui a été fait pour donner suite à la plainte, tout ceci étant ensuite consigné dans le dossier. Un bulletin d'information trimestriel informe des améliorations apportées dans les services proposés (Defensor del Pueblo, 1996). L'étude de cas que voici illustre comment fonctionne concrètement ce système de plaintes. M. A., une personne handicapée résidant dans un centre de long séjour, avait reçu la visite d'amis. Cette visite avait à peine commencé qu'elle a été écourtée par un agent d'entretien du centre, qui a menacé les visiteurs et leur a demandé de quitter la chambre du patient, bien qu'ils fussent officiellement autorisés à s'y trouver. Ces faits ont été rapportés dans le registre des plaintes et, après enquête, l'agent concerné a reçu un avertissement pour sa conduite.

5.3.3 *Au niveau de l'Etat et de la collectivité*

Le Conseil de l'Europe a adopté une série de recommandations concernant les abus dont sont victimes les enfants en général (Comité des Ministres, 1993). Ces recommandations illustrent l'éventail des mesures devant être prises en vue de satisfaire les besoins des enfants et des adultes handicapés. Des directives doivent être données par l'Etat pour étayer la politique et les procédures suivies dans les services d'assistance, et pour mettre en place un système solidaire composé de différents dispositifs indépendants de «veille», sans oublier une réglementation des structures et des professions. En Italie, ce travail est administré par un comité national de coordination qui agit au nom de tous les enfants.

Exemple n° 1

Dispositions en matière d'inspection et de réglementation en vigueur en France

Une circulaire ministérielle datée du 5 mai 1998 a instamment demandé à toutes les administrations locales compétentes de

repérer les cas d'abus perpétrés à l'encontre de mineurs [les dispositions relatives aux adultes handicapés ou vulnérables n'ont pas encore été communiquées] au sein des établissements scolaires et des institutions sociales. Des directives ont ensuite été données sous la forme d'un protocole pour la gestion des crises dans les établissements où des actes d'abus ou de violence avaient été commis, le but étant d'assurer la sécurité des individus et d'empêcher les récidives. Comme au Royaume-Uni, le fait de signaler des faits de violence se traduirait immédiatement par un contrôle qui s'attacherait entre autres choses:

- non pas à rechercher des preuves de culpabilité, mais à s'assurer que les personnes prises en charge ne courent aucun danger et que l'établissement est en mesure de continuer à s'occuper d'elles;
- à inspecter les locaux, notamment en ce qui concerne le respect des normes d'hygiène et de sécurité et l'agencement des parties communes;
- à vérifier les qualifications des membres du personnel de l'établissement, ainsi que le nombre et le pourcentage réel d'agents en service;
- à passer au crible les règles régissant les pratiques professionnelles et les dispositions prises pour surveiller leur respect;
- à examiner le comportement des membres du personnel de l'établissement envers les personnes dont ils ont la charge;
- à déterminer ce que pensent les employés de leur travail et des personnes dont ils s'occupent;
- à voir quels soins médicaux et psychologiques sont effectivement dispensés;
- à apprécier la réalité et l'utilité de l'encadrement des soignants;
- à s'assurer du respect de la réglementation en matière d'emploi (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999).

Au cas où un inspecteur pense qu'une infraction a été commise, il est de son devoir de le signaler directement à la police, de dresser un rapport complet et de déployer des mesures de suivi – apport d'un soutien à tous les intéressés, mise à pied de l'auteur des faits, modification si nécessaire des structures ou des pratiques futures de l'établissement et, dans certains cas exceptionnels, fermeture de celui-ci. Les équipes chargées de telles missions d'inspection ont carte blanche pour observer, visiter et

poser des questions. D'une façon générale, ces dispositions s'apparentent à celles qui existent au Royaume-Uni, qui cependant mettent davantage encore l'accent sur les relations entre les administrations pour les amener à collaborer pendant l'enquête. L'objectif est d'éviter d'interroger plusieurs fois témoins et victimes, et de veiller à ce que les preuves recueillies pour étayer des poursuites pourront être mises à la disposition des organismes chargés de réglementer les services, de prendre les sanctions disciplinaires à l'encontre des agents et de proposer une thérapie aux victimes.

Exemple n° 2

Une initiative de formation nationale au Portugal

En vue de promouvoir une formation spéciale dans les domaines des abus et de la violence à l'égard des personnes handicapées, un institut national d'enseignement postsecondaire (l' "Instituto Superior de Psicologia Aplicada" de Lisbonne) chargé de la formation des spécialistes de la réadaptation, toutes disciplines confondues, a récemment intégré des modules correspondants dans le programme universitaire. Ces modules, proposés au niveau du troisième cycle ou à un niveau inférieur, sont destinés aux étudiants et aux professionnels cherchant à améliorer leurs qualifications.

Face aux abus commis sur des enfants et adultes handicapés, toutes les instances concernées se doivent de réagir, et non pas uniquement celles qui s'occupent spécifiquement de personnes handicapées et des services qui leur sont destinés. La plupart des administrations ont un rôle à jouer et il faut qu'elles soient formées et informées à cet effet. Il est nécessaire que les gouvernements prennent l'initiative d'établir des accords de partenariat et de clarifier les responsabilités et les voies de communication en ce qui concerne à la fois les enfants et les adultes. Les politiques locales doivent s'inscrire dans un cadre national et local impératif.

Exemple n° 3

Orientations du Royaume-Uni relatives à la collaboration entre les diverses instances concernées

Au Royaume-Uni, un document intitulé "Working together" prône depuis 1989 des approches communes en matière de protection de l'enfance; un nouveau document du ministère anglais de la Santé intitulé «No secrets» (Department of Health, 2000) avec son pendant gallois «In safe hands» est venu combler les lacunes qui existaient pour les adultes handicapés. Ce document, qui a valeur de directive gouvernementale officielle, cherche à établir des passerelles entre ces systèmes parallèles en confiant à une administration (les services sociaux) le soin d'assumer un rôle de coordination au niveau local. Ces orientations imposent des obligations juridiques aux collectivités locales, qui sont tenues de mettre en place une collaboration entre la police, les organes de réglementation et les professionnels de la santé et de l'action sociale, dans l'intérêt des enfants et des adultes vulnérables. Le document propose des modalités selon lesquelles préciser les tâches et les responsabilités des uns et des autres et désigner une instance unique qui se voit confier les dossiers et les instruit.

Il encourage une collaboration systématique en matière de formation, de mise en commun des ressources, de dénonciation obligatoire et de partage des informations, et suggère de se mettre d'accord sur les procédures à suivre pour le traitement des dossiers individuels. Lesdites procédures prévoient habituellement une évaluation des faits ou une enquête à laquelle sont associées les diverses instances concernées; celles-ci ont le devoir de se communiquer ce qu'elles savent à propos des graves accusations dont elles sont saisies, pour ensuite arrêter et consigner leurs décisions de manière formelle. Une directive similaire a été édictée par le gouvernement français (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000) et par les autorités cantonales de la Suisse francophone (CCMT, 1999).

Exemple n° 4

Stratégie de développement des services

Le gouvernement espagnol a élaboré un document d'orientation détaillé qui relie les objectifs de toutes les instances concernées, dans des domaines aussi divers que la santé, l'intégration dans l'enseignement ordinaire, la participation économique ou l'intégration dans la collectivité. Chaque programme présente les données pertinentes, les objectifs stratégiques et des actions précises.

(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997).

Exemple n° 5

Comité national de coordination

En Italie, le gouvernement a instauré un Comité national de coordination pour la protection des enfants victimes d'abus, composé de représentants des administrations compétentes, d'experts et d'ONG oeuvrant dans ce domaine. De plus, le Plan d'action national 2000-2001 pour la protection des droits et le développement de l'enfant vise à l'application et au suivi de la Loi 269/98 relative aux normes sur la prostitution, la pornographie et le tourisme sexuel concernant les enfants. Suite à ce plan le Comité national de coordination et l'Observatoire national pour l'enfance et l'adolescence ont approuvé un document de coordination pour la formation et de meilleures pratiques en la matière. Ce document prévoit notamment des critères homogènes pour la classification et l'organisation des informations statistiques aux niveaux national et local, et appelle à un recueil de données sur les services et ressources disponibles. Ces données seront classées et analysées par le Centre national de documentation et d'analyse sur l'enfance et l'adolescence (Florence), très actif dans ce domaine depuis sa création en 1995.

5.3.3.1 Voies par lesquelles des mesures peuvent être prises

Comme on l'a vu, des mécanismes de protection sont intégrés dans les services, à différents niveaux et par des biais différents. Toutes sortes de mécanismes peuvent être mis en branle par l'agression d'un pensionnaire d'un foyer :

- une procédure pénale, parce qu'un délit a été commis;
- une action administrative à l'encontre de l'établissement qui n'a pas fait respecter les normes applicables au traitement des pensionnaires;
- une action administrative à l'encontre de l'employé coupable de l'agression, pour faute professionnelle;
- une action disciplinaire contre un salarié dépourvu de qualification professionnelle et que son employeur souhaite renvoyer;
- un plan de prise en charge commun lorsque plusieurs personnes handicapées ont été agressées par un autre usager;

- la prise en charge thérapeutique de la détresse de l'agressé, qui peut s'ajouter ou se substituer à la mise en cause de la personne ou du système responsable de l'agression;
- une procédure au civil, visant à obtenir un dédommagement ou des indemnités de la personne ou de l'organisme responsable du service dont la négligence peut être la cause, ou l'une des causes, du préjudice subi par la personne handicapée.

En théorie, ces mécanismes devraient se renforcer mutuellement et offrir toutes sortes de voies d'actions, mais, en pratique, aucun cas individuel ne semble relever exactement de l'un d'entre eux. Personne ne sait vers quel système s'orienter, et chacun estime que c'est à l'autre de prendre des mesures. Plusieurs enquêtes récentes menées sur des abus multiples au Royaume-Uni illustrent cette confusion en soutenant les politiques impliquant plusieurs organismes, qui nécessitent et permettent une coopération autour des questions liées à l'abus.

Les procédures judiciaires doivent être adaptées et offrir le maximum de souplesse sans faire mettre en péril les droits de la défense pour permettre aux victimes et aux témoins ayant des déficiences physiques ou intellectuelles ou utilisant des moyens de communication particuliers de participer pleinement à la recherche de la justice et du remède. Les citoyens appelés à faire partie d'un jury ou d'un collège de non-professionnels pour juger d'une affaire de ce genre doivent:

- être informés des services et des pratiques acceptables;
- connaître les types d'abus et comment ils surviennent;
- apprendre à évaluer le témoignage de victimes et de témoins handicapés.

La prévention secondaire englobe l'adoption de mesures destinées à éviter que les abus ne se répètent, que ce soit au sein de la même relation ou dans le même contexte, entre la même victime mais avec un autre agresseur, ou entre le même agresseur et sa victime ou de nouvelles victimes. Il est nécessaire que les différents pays harmonisent les

dispositions prévoyant que les personnes ayant subi certains types de condamnations ne peuvent pas occuper d'emploi dans les services médicaux et sociaux. A l'évidence, il faut trouver un juste équilibre, de manière à permettre la réadaptation des délinquants dans des conditions satisfaisantes, tout en protégeant les enfants et les adultes vulnérables. Plusieurs pays ont instauré des «certificats de bonne conduite» ou des systèmes selon lesquels on examine le casier judiciaire de tout candidat à un emploi dans ces services, mais pour l'instant ces systèmes restent ponctuels et sont mis en œuvre sans coordination. Les critères peuvent varier en fonction des groupes professionnels ou des secteurs. Cette question a été soulevée au Royaume-Uni, lorsqu'un infirmier, qui n'avait plus le droit d'exercer cette profession car il avait commis des infractions mineures mais liées, a violé une femme ayant des difficultés d'apprentissage pendant qu'il travaillait en tant qu'aide-soignant non qualifié (Davies et Beach, 2000, p. 226). Moody (1999) a étudié le même dilemme dans le cadre du bénévolat: la volonté affichée du gouvernement de promouvoir la cohésion sociale en encourageant les citoyens à faire du bénévolat peut être jugée contraire aux mesures visant à éviter que les personnes vulnérables ne soient en contact avec des récidivistes.

5.3.3.2 Confidentialité ou secret?

Le gouvernement doit aussi prendre l'initiative en ce qui concerne d'autres questions, comme celle de la confidentialité, qui donne lieu à des dilemmes dont il est difficile de sortir. Sachant notamment que les agressions sexuelles peuvent être commises en série, il apparaît urgent d'élaborer des protocoles qui rendent obligatoire, ou du moins permettent, le partage de l'information dans ces cas. Le recours à des menaces et à l'intimidation pour imposer le secret est un aspect des relations abusives. Des enquêtes comme celles menées récemment sur des abus commis dans des foyers pour enfants dans le nord du pays de Galles révèlent souvent qu'on dispose d'informations fragmentaires, mais que celles-ci ne sont pas regroupées, si bien que les abus continuent

(Waterhouse, 2000; Buckinghamshire County Council, 1998). Le partage de l'information entre professionnels brise ce secret et permet de prendre des décisions aussi rapidement que possible en ayant accès à toutes les informations.

Dans certains pays, il est obligatoire de signaler les abus commis sur des enfants ou des adultes, alors que d'autres pays laissent à chacun une plus grande marge d'appréciation. L'Estonie n'est pas le seul pays confronté à ce dilemme: à l'heure actuelle, les médecins ont le devoir de signaler les cas d'abus dans le système de protection sociale (mais non de santé), mais seulement une fois qu'ils détiennent la preuve de cet abus. Le partage de l'information à ce stade avancé conduit à ce que certains sujets de préoccupation soient occultés du fait que des informations connues dans différentes parties du système ne sont pas réunies. Au Royaume-Uni, il est obligatoire de signaler les cas de sévices à enfants et de plus en plus de sévices commis sur des adultes handicapés sont également signalés. Aux Pays-Bas, il n'existe aucune obligation de signaler les sévices commis sur des enfants ou des adultes, et les médecins sont tenus au secret professionnel. Les gouvernements devraient s'interroger sur les moyens de parvenir à un équilibre entre le principe de confidentialité inscrit dans la législation relative à la protection des données d'une part, et la nécessité de prescrire un partage des informations pertinentes d'autre part; ils devraient aussi veiller à harmoniser la conception de ce devoir de partager l'information entre toutes les professions concernées, qui, sinon, risquent d'appliquer des normes différentes et d'avoir des conceptions différentes des abus.

5.4 Prévention tertiaire

Ce point s'intéresse plus particulièrement à ce qu'il y a lieu de faire pour permettre aux enfants et aux adultes handicapés victimes d'abus de recouvrer santé et bien-être. On notera que l'existence d'un précédent abus, durant l'enfance ou à l'âge adulte, est un facteur qui peut inciter l'intéressé à faire appel aux services d'assistance – en particulier ceux qui s'occupent de santé mentale; aussi la sensibilité aux effets des

traumatismes et des abus doit-elle faire partie intégrante de toute évaluation et de la préparation des agents (voir Rose, Stratigeas et Peabody, 1991). Des mesures doivent être prises à tous les niveaux pour faire connaître, développer, financer et évaluer ces programmes de sensibilisation.

5.4.1 Au niveau individuel

Le document établi par les Pays-Bas met en lumière les effets à long terme des abus sur leurs victimes. Il constate que :

«Le fait d'être réellement confronté à la violence a généralement des conséquences très graves pour la ou les personnes impliquées. Une existence relativement sûre et paisible jusqu'alors se trouve brutalement ébranlée, et l'on voit naître des sentiments de peur et d'insécurité. Les personnes en situation vulnérable, dont la résistance est amoindrie, se sentent en danger chez elles comme au dehors.»

Il conviendrait d'approfondir les recherches concernant les effets des abus sur les personnes handicapées – notamment les effets, sur la santé mentale, de la torture, de la participation, en tant que civil, à des actes de guerre, de l'émigration et du déplacement – et les moyens de les atténuer au mieux (voir AEP 2000: 4). Analyser et comprendre les séquelles d'abus est désormais chose courante; cela entre dans le cadre du «syndrome de stress post-traumatique» qui figure sur la liste des catégories diagnostiques de l'*American Psychiatric Association* depuis 1994. Cette expression désigne une série de réactions mentales et physiques avérées pouvant suivre un traumatisme, parmi lesquelles l'engourdissement, les flashbacks et l'hyper – excitation, qui conduisent parfois à une consommation excessive de caféine ou d'autres stimulants. Les traitements reconnus englobent les médicaments et les techniques de psychothérapie cognitive et comportementale. Les effets d'abus prolongés et/ou systématiques sont plus difficiles à analyser dans ce cadre.

Ces séquelles sont quelquefois très difficiles à évacuer, surtout lorsque le danger a perduré ou que les abus se sont répétés dans le temps et dans le cadre d'une relation qui aurait dû être une relation faite de confiance et de bienveillance. Elles

ne sont pas non plus de courte durée. Le fait d'avoir subi des abus par le passé peut rendre la victime davantage vulnérable plus tard dans sa vie, en modifiant par exemple la perception qu'elle a du risque ou en gommant certaines de ses attentes par rapport à des relations futures. Les abus peuvent également accroître la vulnérabilité de l'intéressé à de nouvelles agressions. Il semblerait que ceux qui ont été maltraités dans leur enfance soient plus facilement victimes d'abus à l'âge adulte de la part des professionnels, les agresseurs en puissance voyant peut-être dans ces antécédents le signe que les intéressés sont relativement malléables ou se sentent «à l'aise» face à de telles atteintes, au point parfois qu'ils les choisissent pour cibles afin de les «préparer» à des relations abusives (Penfold, 1998). Une étude portant sur des adolescents handicapés en fin de scolarité (enseignement spécial) dans l'Oregon et le Nevada, (Doren, Bullis et Benz, 1996) a montré que les jeunes qui avaient été victimes d'abus à l'école couraient six fois plus de risques que les autres d'en subir à nouveau.

5.4.2 Au niveau des services

Pour la majorité des personnes handicapées, la meilleure solution passe par l'accès aux services "ordinaires" qui sont là pour offrir des conseils et un soutien de longue durée à toutes les victimes de sévices sexuels ou de violences domestiques. Les foyers d'accueil doivent comporter des espaces accessibles aux femmes en chaise roulante et il faudra parfois prévoir des centres spécialisés pour les femmes issues de minorités ethniques ou linguistiques et/ou ayant des besoins particuliers. L'accès aux services dispensés dans ces organismes pour le reste non spécialisés doit être négocié et s'accompagner d'une formation du personnel aux questions touchant au handicap. La formation en matière d'égalité entre les handicaps est généralement dispensée par les personnes handicapées; elle constitue une structure permettant de contester les pratiques discriminatoires et la «déformation professionnelle» dans la manière dont les questions relatives aux services sont abordées. En Belgique, cette formation

inclut la volonté résolue de «démystifier» le handicap; au Royaume-Uni, elle inclut l'aspiration à diffuser le modèle social du handicap en tant que point de départ pour le développement de services. Nous avons déjà indiqué à ce propos le travail effectué par le réseau norvégien de femmes. Il est important de savoir quelles sont les initiatives qui donnent de bons résultats si l'on veut investir dans la fourniture de services. Des dispositifs non spécialisés d'aide aux victimes existent à l'heure qu'il est au Portugal, au Royaume-Uni et dans d'autres pays.

Certaines personnes ou certaines communautés peuvent cependant avoir besoin de services spécialisés. A Seattle, il existe un organisme destiné aux malentendantes et malentendants victimes de violences ou de sévices sexuels, qui propose des pistes de réflexion concernant la planification et la mise en place de services d'assistance spécialisée en la matière (Merkin et Smith, 1995). Cet organisme (ADWAS) a commencé par passer en revue tous les cas qui lui ont été signalés afin de mieux cerner les besoins des malentendants et personnes atteintes de surdi – cécité. Il a ensuite pu étudier l'évolution de ces besoins; il a ainsi constaté qu'au début, ses usagers étaient des femmes sourdes qui avaient fui un partenaire non sourd qui les maltraitait, mais que, par la suite, il était aussi venu en aide à des femmes qui avaient quitté un partenaire sourd. Il y a vu un signe qu'«*au sein même de notre communauté, certaines personnes sont confrontées au problème de la violence dans leur vie de tous les jours*» (ibidem: 106). L'ADWAS a par ailleurs indiqué que, grâce à leur travail de relations publiques dans le cadre d'ateliers destinés à divers groupes de la population, de plus en plus d'affaires étaient portées devant les tribunaux. Le fait d'accorder une attention particulière à un groupe donné de personnes ne doit pas amener les services spécialisés à s'isoler: ils ont également un rôle important à jouer auprès des structures non spécialisées telles que la police et le système de justice pénale, qui doivent eux aussi s'engager sur la voie du changement pour mieux répondre aux besoins de *toutes celles et de tous ceux* qui ont subi des abus et demandent réparation.

L'organisme de Seattle est l'exemple même de la façon dont on peut combiner ce rôle d'information et de militantisme avec une fonction de prestataire de services.

«Nous ne restons pas à l'écart des autres. Nous sommes membres de multiples mouvements et participons aux travaux de plusieurs comités locaux et commissions d'Etat sur la violence domestique et les agressions sexuelles. Tous ceux qui travaillent chez nous veulent, à un moment ou un autre, que le système change. Il est bon que l'on oriente vers nous les victimes de violences domestiques et d'agressions sexuelles; cela étant, nous proposons aussi une formation continue à tous les organismes qui s'occupent des victimes malentendantes et atteintes de surdité, afin qu'ils soient toujours en mesure de leur venir en aide ... et, comme nous avons tous les mêmes sources de financement, nous nous associons généralement pour faire pression auprès des pouvoirs publics. Notre volonté d'entraide et le respect mutuel que nous nous portons profite en définitive aux victimes» (Merkin et Smith 1995: 101).

D'autres services spécialisés s'emploient à faire disparaître les écarts et les particularités de financement de différents systèmes. Un foyer d'accueil spécialisé pour des femmes ayant des déficiences intellectuelles auquel s'est intéressé McCarthy (2000) a ainsi indiqué qu'il voyait mal comment fonctionner sur le modèle d'un foyer d'accueil pour femmes. Celui-ci avait à l'origine été conçu pour les personnes se présentant spontanément et pour des placements de courte durée. Etant donné que les femmes ayant des déficiences intellectuelles étaient prises en charge par les services sociaux il n'est plus possible de les faire bénéficier du régime antérieur pour éviter de doubler les coûts. De surcroît, les femmes qu'il accueillait avaient souvent des comportements difficiles qui exigeaient des actions plus ciblées que celles dont on avait l'habitude dans les foyers d'accueil pour femmes.

Les agresseurs qui sont eux-mêmes handicapés peuvent également nécessiter des interventions et garanties spécifiques; c'est précisément pour répondre à leurs besoins que l'on a imaginé, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, du matériel et un

service de formation. Au Royaume-Uni, RESPOND, service spécialisé d'évaluation et de conseils (voir également Thompson et Brown, 1998), s'occupe de victimes et d'auteurs de sévices sexuels ayant des déficiences intellectuelles. Les agresseurs doivent bénéficier de garanties et d'une défense juridique particulières pour éviter qu'ils ne s'incriminent eux-mêmes pendant l'enquête. S'ils sont reconnus coupables, les délinquants vulnérables auront encore besoin d'être protégés, que ce soit en prison ou dans un autre type d'établissement. Plusieurs Etats membres ont mis en place des mécanismes qui permettent de «dérouter» ces individus des circuits de la justice pénale vers ceux de la médecine psychiatrique, qui pourront décider de les interner ou de les placer dans des lieux sûrs et/ou fermés. (Dans la Communauté flamande de Belgique, on les appelle «établissements de défense sociale»; au Royaume-Uni, ils portent le nom de «Special Hospitals» [Hôpitaux spéciaux] ou de «Secure Units» [Unités de sûreté]). Dans ce système parallèle, la durée d'incarcération peut être plus longue et il faut bien veiller à ce qu'il n'y ait pas de discrimination à l'égard des délinquants handicapés mentaux au sein de telles institutions censées avoir une éthique plus positive et plus axée sur la réadaptation que les prisons. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT, 1998: 12) a formulé des observations sur les conditions qui règnent dans ces établissements, ainsi que sur les soins médicaux dispensés dans les prisons.

5.4.3 Au niveau de l'Etat et de la collectivité

La prévention tertiaire repose sur une planification précise des options offertes sur le plan de la prise en charge, options qui doivent être adaptées à certaines catégories de personnes et leur apporter au moins autant de soutien que n'en reçoivent les autres citoyens victimes de mauvais traitements. Lorsque les conditions le permettent, on utilisera pour ce faire les services ordinaires, mais si cela s'avère trop compliqué, il faudra mettre en place des dispositifs spécifiques. La constitution d'un réseau proposant ce genre de dispositifs exige

beaucoup de préparation et un financement à long terme; il suppose aussi que l'on aborde les questions de handicap dans la formation dispensée à d'autres professionnels.

Il ressort clairement de ce programme que certaines tâches requièrent une coopération internationale, notamment:

- l'harmonisation des conditions dans lesquelles certaines personnes ne pourront être embauchées,
- la mise en commun, par tous les pays, de leurs ressources et de leur expertise,
- le soutien de la recherche et du développement des services.

5.5 Résumé

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue la gamme des mesures préventives qu'il est nécessaire de mettre en place pour assurer la sécurité des enfants et des adultes vulnérables. Nous avons présenté un modèle de prévention qui comporte trois dimensions:

- le stade de l'intervention,
- le niveau auquel l'intervention est gérée et mise en œuvre,
- l'orientation: l'intervention vise soit à donner des moyens d'agir aux usagers des services et à améliorer les services de manière proactive, soit à lutter contre les abus notamment par une réglementation et des procédures destinées à empêcher l'embauche d'auteurs potentiels d'abus.

Liste de contrôle

- Des initiatives sont-elles prises pour aider les enfants et les adultes vulnérables à être autonomes, à travers des programmes d'éducation et de défense des droits englobant notamment une sensibilisation aux droits et aux garanties, une éducation sexuelle et des informations sur ce qui constitue un abus dans le cadre des services qu'ils utilisent?
- Les prestataires de services sont-ils bien conscients qu'il leur incombe de recruter leur personnel avec soin et de le former pour qu'il sache établir des relations constructives

avec les usagers, même lorsque ceux-ci ont un comportement déconcertant ou des besoins complexes?

- Observe-t-on une tendance générale à favoriser la participation des usagers et la création de réseaux d'usagers indépendants des prestataires de services?
- A-t-on mis en place des programmes de traitement et des stratégies de gestion des risques pour venir en aide aux usagers susceptibles de se montrer violents à l'égard d'autres enfants ou adultes vulnérables, pour leur opposer une résistance et pour les maîtriser?
- Le personnel dispose-t-il d'orientations précises portant sur la manière de réagir à certains comportements provocateurs ou à des situations d'urgence, et sur les limites acceptables du recours aux moyens de répression et de contention et de maîtrise physique?
- Les personnes handicapées peuvent-elles défendre leurs droits en justice et les aide-t-on à avoir accès au système de justice pénale?
- Un document d'orientation générale précise-t-il comment les organismes doivent collaborer en cas de soupçons concernant des abus à l'égard d'enfants handicapés ou d'adultes vulnérables?
- A-t-on établi un système cohérent de réglementation et d'inspection pour examiner attentivement les soins dispensés aux personnes handicapées dans les institutions et les maisons d'accueil?
- Un système cohérent de réglementation professionnelle définit-il les règles de bonne conduite et les procédures disciplinaires/de recours en vertu desquelles les membres du personnel sont tenus de rendre compte de leurs actes et peuvent être licenciés s'il y a des raisons plausibles de penser qu'ils ne devraient pas travailler avec des enfants ou des personnes vulnérables?

- A-t-on défini clairement et diffusé largement la manière de faire part de soupçons d'abus et les suites qui seront données aux dénonciations?
- Les membres des principales instances concernées – policiers, procureurs, personnel des services sociaux – savent-ils mener une enquête et conduire un interrogatoire pour rassembler des preuves recevables lorsqu'un enfant ou un adulte handicapé a subi un préjudice?
- Existe-t-il un système de plaintes qu'on puisse utiliser facilement et sans compromettre la sécurité d'un enfant ou d'un adulte handicapé?
- A-t-on prévu des «lieux sûrs» pouvant accueillir toute personne menacée en cas d'urgence?
- Les membres de toutes les professions savent-ils bien quand enfreindre les règles de confidentialité habituelles pour éviter qu'un enfant handicapé ou un adulte vulnérable ne soit victime d'abus?
- Les structures non spécialisées (refuges, services d'assistance téléphonique et services de conseils) qui viennent en aide aux victimes disposent-elles du personnel compétent et des ressources nécessaires pour s'occuper aussi des enfants et des adultes handicapés?
- La sensibilité à des abus antérieurs est-elle prise en compte lors de l'évaluation et de la prestation de services, notamment si l'intéressé demande de l'aide en raison d'une souffrance morale?
- Les services sont-ils accessibles dans des conditions d'égalité aux enfants et adultes handicapés issus d'une minorité ethnique ou d'une population réfugiée?
- L'Etat soutient-il des audits réguliers concernant la prestation de services et l'évaluation des possibilités de traitement pour les enfants et les adultes handicapés victimes d'atteintes aux droits de l'homme?

La grille ci-dessous pourrait aider les responsables politiques à évaluer les initiatives prises dans leur pays. Il est suggéré d'y inscrire en vert les initiatives proactives, destinées à

rendre les usagers des services plus autonomes ou à instaurer de bonnes pratiques, et en rouge les initiatives plus réactives, spécialement destinées à prévenir les risques d'abus ou de mauvaises pratiques. Il pourrait être utile de remplir une grille pour les enfants et une grille pour les adultes, ou une grille par groupe d'usagers. On pourra ensuite observer les lacunes et les disparités en matière de protection des enfants et des adultes vulnérables.

	Stade de l'intervention		
Niveau de l'initiative	éviter que les abus ne se produisent	dispositions visant à assurer une réaction rapide	traitement et soutien à la suite d'abus
niveau individuel enfants et adultes			
Prestataires de services (y compris organismes non spécialisés)			
Etat et collectivité			

6. RECOMMANDATIONS

6.1 Préface

Le présent rapport s'est intéressé aux problèmes d'abus à l'encontre de personnes handicapées, et a fait ressortir l'existence d'un large éventail de préjudices et de mauvais traitements commis dans divers contextes et en diverses circonstances. Il défend un modèle de protection qui ne restreint pas mais renforce les droits, pour les enfants et les adultes handicapés, de prendre des décisions et des risques appropriés dans leur vie quotidienne. Ainsi, le rapport s'appuie sur d'autres programmes destinés à favoriser l'autonomie des personnes handicapées. Un impératif qui va de pair – peut-être intrinsèquement – avec cette volonté plus large d'intégration et d'inclusion sociale que l'on trouve dans la Recommandation du Conseil de l'Europe sur une politique cohérente pour les personnes handicapées (Comité des Ministres, 1992).

Le rapport a défini l'abus comme une violation des droits de l'homme sur fond de discrimination plus large visant – et excluant – les personnes handicapées un peu partout dans les Etats membres. Il affirme le droit des personnes handicapées (enfants comme adultes) à être activement épaulées pour pouvoir se protéger contre de telles atteintes et, si elles en sont incapables sans l'aide d'autrui, il considère qu'il est du devoir des Etats membres de faire respecter les droits fondamentaux et les libertés civiles de ces individus. Il montre comment les Etats membres ont essayé – souvent sans y parvenir – de garantir une protection équivalente des personnes handicapées en ce qui concerne les textes de loi et les services qu'ils proposent. Il reprend également la notion d'“équi-

valence” pour ce qui concerne l’accès aux soins de santé et aux soins corporels, et considère la négligence et l’abandon comme des menaces importantes pour les citoyens handicapés. Face à ces problèmes, il faut veiller à ce que les intéressés puissent bénéficier de l’offre “classique” de services d’assistance et, par ailleurs, élaborer des politiques et des services spécifiquement conçus pour répondre aux besoins des personnes handicapées.

Le rapport démontre, faits anecdotiques et données scientifiques à l’appui, que les enfants et adultes handicapés sont fortement exposés aux risques d’abus et de mauvais traitements au sein de toutes les structures d’assistance (en particulier mais pas exclusivement dans les grandes institutions), dans leur famille ou dans un tout autre endroit où ils sont hébergés, ainsi que dans la collectivité au sens large. Ce problème n’est pas nouveau, mais il retient depuis peu l’attention parce que les personnes handicapées ont dénoncé la manière dont elles sont traitées et la discrimination très fréquente et très répandue qui est souvent à la base de ces mauvais traitements. Les abus surviennent fréquemment dans des structures sous-équipées dont le personnel est mal rémunéré et finit par éprouver du ressentiment à l’égard de ceux qu’il est censé aider.

Lorsque les personnes handicapées sont encore accueillies dans de grandes institutions isolées, leurs droits fondamentaux, y compris leurs besoins les plus élémentaires tels la nutrition, le chauffage, l’hygiène et la vie privée, risquent toujours d’être bafoués. Les personnes handicapées qui résident dans un système plus ouvert insistent quant à elles sur le fait qu’elles doivent être correctement protégées, au moins autant que le sont les autres citoyens,

- dans leurs rapports avec la collectivité qui les entoure au niveau local,
- dans leurs relations avec les professionnels – surtout ceux qui ont en charge les soins de santé et la justice pénale,

- ainsi que dans leurs contacts avec les organismes chargés d'aider les personnes victimes de délits ou d'actes de violence domestique ou personnelle.

Les personnes handicapées veulent que le système de justice pénale leur soit aisément accessible et que leurs dépositions soient entendues sans parti pris.

Ce rapport et les initiatives suggérées ci-après supposent que des mesures soient prises par les pouvoirs publics, par les ONG et par les associations indépendantes représentant les personnes handicapées, leurs familles et les soignants. La répartition des activités entre les différents secteurs variera sans doute d'un Etat membre à l'autre; cela dépendra de deux critères – à qui incombe actuellement la mise sur pied de l'offre de services et quelles dispositions ont été prévues au niveau local pour l'attribution et le contrôle de ces services. Il est essentiel qu'il y ait une collaboration entre tous les services, mais il faut aussi que les pouvoirs publics sachent bien qu'ils restent les premiers garants des droits des personnes handicapées, qui sont des citoyens de leur Etat, même lorsqu'ils transfèrent certaines fonctions à des organismes tiers.

Lorsque des ONG indépendantes assument le rôle de prestataires de services, elles risquent de transiger sur le combat qu'elles mènent en faveur de l'instauration de garanties dans les services d'assistance. Parmi les usagers qui ont besoin d'être défendus de manière permanente par un organisme véritablement indépendant, il est des personnes particulièrement vulnérables, notamment:

- les personnes qui présentent de graves déficiences intellectuelles et/ou qui ont un comportement difficile;
- les personnes qui sont internées ou qui, d'une manière ou d'une autre, sont placées dans un environnement surveillé et/ou font l'objet d'un traitement forcé;
- les personnes qui vivent en institution;
- les personnes qui vivent ou travaillent dans des contextes / environnements où elles risquent de devenir la cible de campagnes de haine ou d'agressions graves.

La collaboration entre les prestataires, les réseaux d'usagers, les établissements universitaires, les établissements de formation et les organismes publics est ici de mise si l'on veut prévoir des mécanismes de contrôle et des garanties de ce type.

Bien que ces recommandations portent essentiellement sur les personnes handicapées, le cadre que nous avons établi peut également s'avérer utile aux institutions qui travaillent avec d'autres groupes sociaux vulnérables.

6.2 Recommandations aux gouvernements des Etats membres

Les gouvernements sont vivement encouragés à établir un programme d'activités interdépendantes destinées à assurer la sécurité et la protection des personnes handicapées et à mettre à leur disposition des moyens de recours si elles ont été mal traitées. Les aide-mémoire à la fin des chapitres traitant de la recherche, du cadre juridique et de la fourniture des services sont des outils supplémentaires qui serviront aux Etats membres pour évaluer leurs pratiques et les dispositifs qui existent actuellement.

Le groupe de travail recommande plusieurs formes d'action pour faire échec à la violence qui touche les personnes handicapées. En voici la liste.

6.2.1 Mesures favorisant la poursuite des travaux de recherche

Le groupe de travail préconise de renforcer et de financer comme il convient des initiatives de coopération internationale en matière de recherche et d'amélioration des services. Il suggère qu'il serait utile à cette fin de:

- i. reconnaître les risques d'abus au sein des structures d'assistance et de la collectivité, et intégrer ce constat dans tous les programmes et protocoles axés sur les travaux de recherche et la mise en place de services d'assistance;
- ii. publier des définitions normalisées des notions de handicap et d'abus;

- iii. demander aux services sociaux d'établir dans leurs statistiques et rapports courants une distinction entre les enfants et les adultes handicapés;
- iv. promouvoir la recherche sur l'incidence et la prévalence des différents types d'abus;
- v. instaurer des partenariats pour mener des études transnationales;
- vi. stimuler la recherche et encourager l'évaluation des services existants, plus particulièrement en ce qui concerne certains aspects complexes ou controversés de la pratique – modification du comportement, contrôle, contention et sexualité, par ex.;
- vii. engager des recherches et évaluer les initiatives en matière de formation et d'enseignement destiné aux professionnels;
- viii. promouvoir la recherche sur les besoins multiples et complexes, les doubles diagnostics et les situations les plus graves, et favoriser en particulier la recherche sur la prise en charge afin de satisfaire les besoins découlant de ces affections;
- ix. promouvoir la recherche sur les traitements et les interventions qui actuellement ne sont pas acceptables pour les usagers de services et/ou ont des effets secondaires indésirables: chercher des moyens de remplacer les électrochocs, les thérapies comportementales fondées sur le rejet et les autres interventions irréversibles, par exemple;
- x. diffuser les résultats dans les différentes professions concernées, notamment auprès des responsables de la prestation de services et du personnel non qualifié, des usagers des services d'assistance et de leurs familles, ainsi que des soignants non rétribués et des autres bénévoles, en vue de parvenir à un consensus sur les traitements et pratiques jugés acceptables pour les enfants et adultes handicapés.

6.2.2 Mesures visant à encourager la prévention primaire

Les recommandations ci-dessous s'appuient sur un impératif global de lutte contre les pratiques discriminatoires dans les services de santé et de protection sociale et dans l'ensemble des structures et organismes publics. Elles sont destinées à **défendre activement les droits de l'homme** et à **garantir des possibilités d'autonomie** en améliorant la sécurité des usagers de services et en renforçant leur position par les moyens suivants.

a. Information et assistance

- i. Mener des campagnes de sensibilisation en direction des enfants et adultes handicapés, pour leur expliquer, en se mettant à leur portée, quels sont leurs droits, quels actes ou pratiques porteraient atteinte à ces droits, et à qui ils peuvent s'adresser s'ils sont victimes d'abus ou craignent de le devenir.
- ii. Instaurer des programmes éducatifs afin d'enseigner aux enfants et adultes handicapés comment respecter les droits des autres.
- iii. Apporter une assistance et un soutien appropriés aux familles pour les aider à s'occuper de leurs proches d'une manière qui respecte leur dignité, réponde à leurs besoins et favorise leur autonomie.
- iv. Favoriser l'évolution des représentations dans l'opinion publique et susciter une prise de conscience afin de lutter contre la discrimination et les préjugés.
- v. Créer et faire largement connaître un service central d'assistance téléphonique, également joignable par télécopie et divers autres moyens d'accès, pour permettre aux personnes handicapées d'informer les autorités compétentes des craintes qu'elles ont concernant le personnel des services, et ce d'une manière qui les mette à l'abri de toutes représailles et qui les autorise, le cas échéant, à conserver l'anonymat.

b. Soins et services

- i. Abandonner progressivement les techniques de coercition ou de rejet – y compris l’isolement – employées pour modifier les comportements.
- ii. Privilégier et diffuser autant que possible des approches alternatives plus constructives.
- iii. Planifier une réduction de la taille et/ou rendre les institutions plus ouvertes et renforcer leur contrôle, et veiller à ce que les conditions de vie dans ces institutions soient comparables à celles de la population générale.
- iv. S’assurer que les nouvelles formes de vie autonome prévoient les garde-fous nécessaires, des mesures de protection et la possibilité de contacts sociaux.
- v. Sécuriser les placements et regroupements de personnes faisant appel à des services particuliers, de telle manière que les usagers qui pourraient commettre des actes d’abus ou de violence ne côtoient pas des personnes dépendantes ou vulnérables.
- vi. Garantir aux enfants et aux adultes handicapés l’accès à une offre étendue de services généraux et indépendants.

c. Audit

- i. Encourager les groupes de personnes handicapées à s’exprimer en toute indépendance sur la prestation de services.
- ii. Etablir des systèmes d’assurance de la qualité et organiser des inspections et des audits indépendants dans toutes les structures dans lesquelles des personnes handicapées reçoivent des services (y compris les familles d’accueil), et les formules de placement qui fonctionnent sur la base de normes bien précises.
- iii. Instituer une réglementation et un contrôle stricts en cas d’intervention physique et/ou de formes de surveillance très étroite.
- iv. Elaborer des codes de conduite qui obligent les personnels, qualifiés ou non, (rémunérés ou bénévoles), à res-

pecter des pratiques conformes à l'éthique et à signaler celles qui seraient abusives.

- v. Mettre sur pied des systèmes efficaces de présélection du personnel, par exemple à travers des vérifications opérées par la police, des «certificats de bonne conduite» ou la recherche de références, et lorsque ces systèmes sont déjà en place dans les structures pour enfants, les étendre aux structures pour adultes vulnérables.
- vi. Constituer et appuyer des associations de patients et groupes d'usagers indépendants, pour défendre les intérêts des personnes handicapées – groupes réunissant des femmes, des homosexuels et des lesbiennes, ou encore des individus appartenant à des minorités ethniques, y compris des réfugiés.
- vii. Suivre l'état de santé des personnes handicapées, notamment veiller à ce qu'elles bénéficient d'une alimentation appropriée et à ce qu'elles aient accès, comme tout un chacun, aux programmes de dépistage et de prévention.
- viii. Constituer et soutenir des comités d'éthique qui auraient une mission de supervision et de conseil dans des domaines d'intervention délicats.

d. Formation

- i. Promouvoir la formation et le recrutement d'un personnel hautement qualifié et correctement rémunéré.
- ii. Appeler à une responsabilisation de tous les services en encadrant le personnel, en l'associant au processus décisionnel et en le faisant participer aux réunions de service, et en consignant tout cela soigneusement.
- iii. Soutenir les formations de qualification et de perfectionnement, notamment dans les domaines où la pratique s'avère difficile.
- iv. Proposer une formation sur le handicap et la sexualité à tous les travailleurs sociaux et au personnel soignant et de santé mentale.

6.2.3 Mesures destinées à faciliter une prompté détection, notification et investigation des pratiques abusives, et à empêcher qu'elles ne se reproduisent (prévention secondaire)

Les recommandations ci-dessous concernent les obstacles qui s'opposent à la reconnaissance et au signalement des pratiques abusives, et à l'instauration du nécessaire équilibre entre la protection des personnes vulnérables et le respect des droits des personnes pouvant être soupçonnées de leur porter préjudice. On peut citer les mesures suivantes.

a. Procédures d'identification et de signalement des abus potentiels

- i. Prévoir des procédures permettant d'intervenir dans les familles où les soins sont inappropriés ou insuffisants;
- ii. Etablir des programmes et un système d'information destinés à aider les personnes handicapées à déceler les abus et à savoir comment faire part de leurs préoccupations;
- iii. Mettre en place des systèmes de plaintes et/ou d'accès à un médiateur qui fassent l'objet d'un suivi régulier: le faible recours à ces procédures peut indiquer, non pas que tout va bien dans un établissement, mais que les conflits et les sujets de préoccupation y sont étouffés;
- iv. Veiller à ce que la législation et le droit du travail mettent à l'abri d'un licenciement et de représailles ceux qui dénoncent certaines situations (employés faisant part de leurs préoccupations concernant l'insuffisance de normes ou l'existence de pratiques de corruption sur leur lieu de travail), et faire connaître ces garanties au sein des structures qui s'occupent des personnes handicapées.

b. Diffusion d'informations sensibles

- i. Revoir les dispositions relatives au secret professionnel, en mettant l'accent sur la nécessité de divulguer les informations lorsque des enfants ou des adultes vulnérables risquent d'être victimes d'abus.
- ii. Formuler des directives à l'adresse des services sociaux, des services de santé et des organes de justice pénale

pour leur indiquer comment les Etats membres souhaitent qu'ils collaborent dans des affaires de maltraitance d'enfants ou d'adultes handicapés.

- iii. Les Etats membres devraient chercher activement à conclure des accords sur le partage des informations nécessaires pour protéger les enfants et les adultes vulnérables qui traversent les frontières locales ou nationales.

c. Formation

- i. Former l'ensemble du personnel et des bénévoles, dans tous les services, à la reconnaissance des signes et symptômes d'abus.
- ii. Mettre en place des structures de formation de tous les professionnels concernés, en vue de leur apprendre à instruire et à gérer de manière impartiale des dossiers individuels.
- iii. Organiser la formation des professionnels travaillant dans les services généraux, en visant plus particulièrement le personnel du système de justice pénale, les professionnels de la santé et le personnel ayant un rôle thérapeutique.

d. Participation des usagers

- i. Encourager des personnes handicapées et leurs représentants (professionnels ou non) à participer aux travaux des organismes de réglementation et aux visites d'inspection, aux procédures judiciaires et aux enquêtes.
- ii. Consulter les personnes handicapées et les organismes qui les représentent au sujet de la protection des adultes et des enfants et leur demander régulièrement de formuler des propositions visant à améliorer le système.
- iii. Assurer la participation des enfants et des adultes handicapés, en tant que victimes ou témoins, aux auditions, procédures judiciaires et enquêtes.

e. Garanties

- i. Prévoir l'adoption de mesures d'urgence qui garantissent une sécurité immédiate, si possible en éloignant l'auteur présumé des faits et non la victime.
- ii. Venir en aide à toutes les victimes, ainsi qu'aux témoins vulnérables ou risquant d'être intimidés.

6.2.4 Offre de traitement aux victimes d'abus (prévention tertiaire)

Le groupe de travail juge essentiel que les enfants et les adultes handicapés victimes d'abus se voient proposer des services spécialisés et généraux de manière appropriée et avec tact, y compris

a. Accès aux services généraux

- i. Veiller à ce que toutes les structures ordinaires qui exercent une responsabilité vis-à-vis de personnes victimes d'abus soient conscientes de leur responsabilité en matière d'aide aux personnes handicapées victimes d'abus (y compris les abus sexuels et les violences familiales), et prennent cette responsabilité au sérieux.
- ii. Mener une révision stratégique des services généraux, dont les budgets devraient permettre l'amélioration de l'accessibilité aux bâtiments, les aides à la communication et l'accès aux nouvelles technologies, afin de s'assurer qu'ils ne pratiquent aucune discrimination à l'égard des personnes handicapées.
- iii. Évaluer régulièrement les modalités d'accès et le recours à ces services, ainsi que le degré d'utilisation et de satisfaction des usagers.

b. Services spécialisés

- i. Créer des refuges et, plus particulièrement, des services réservés aux femmes, par exemple des services de soins psychiques réservés aux femmes handicapées ayant subi des abus.

- ii. Développer des services suffisants pour les personnes handicapées victimes d'abus, y compris quelques refuges spécialisés et des services thérapeutiques.
- iii. Prévoir des mesures de protection et des services particuliers pour les délinquants handicapés ou vulnérables.

c. Développement des compétences

- i. Développer des compétences professionnelles chez le personnel des services généraux et les membres des professions thérapeutiques, en veillant à ce que certaines formations soient assurées par des personnes handicapées.
- ii. Prévoir un financement et des bourses pour que les personnes handicapées puissent suivre une formation de conseillers pour les victimes d'abus.
- iii. Mettre en place une formation concernant les questions liées au handicap et à l'abus sexuel, à l'intention de tous les travailleurs sociaux, conseillers, et membres du personnel médical et psychiatrique afin qu'ils puissent contribuer au processus de guérison.
- iv. Promouvoir la formation de perfectionnement spécifique qui permette à certains professionnels du secteur du handicap de se spécialiser dans le traitement des victimes d'abus.

6.2.5 Mesures tendant à renforcer la protection juridique des personnes handicapées

Les recommandations du groupe de travail reposent sur le principe de l'égalité devant la loi pour toutes les personnes handicapées. Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions prêtant à controverse, le principe essentiel est le suivant: les personnes handicapées prennent elles-mêmes leurs décisions; et c'est seulement si elles ne sont pas en mesure de le faire que des tiers décideront pour elles, au mieux de leurs intérêts. S'il s'agit de prendre une décision tendant à protéger leurs intérêts contre leurs propres desiderata, ou si la sécurité publique se trouve en jeu, les décisions doivent être prises dans un cadre juridique clair, avec possibilité de recours; il faut que les

personnes handicapées et leurs représentants puissent accéder sans obstacles aux tribunaux et aux décisions de justice.

a. Garde-fous

- i. Affirmer le principe selon lequel les personnes handicapées, lorsqu'elles consentent à un traitement, doivent toujours le faire en pleine connaissance de cause, à moins qu'il ne soit démontré, sur la base d'une évaluation formelle, qu'elles n'ont pas la capacité de le faire.
- ii. Prévoir des mécanismes de consultation et des processus de décision par procuration, afin que les personnes qui n'ont pas la capacité de prendre elles-mêmes leurs décisions bénéficient d'une assistance pour obtenir des soins de santé préventifs ou curatifs équivalents, un état civil, par exemple en cas de mariage ou de divorce, et la sécurité financière grâce à une aide dans la gestion de leurs affaires.
- iii. Défendre le droit à un contrôle juridictionnel ou à une autorité indépendante lorsqu'une intervention intrusive ou irréversible est proposée, par exemple la stérilisation ou la participation à un projet de recherche médicale.
- iv. Prévoir un examen indépendant des ordonnances de détention et de traitement obligatoires.
- v. Introduire une réglementation et un examen détaillé de toute mesure de surveillance, de toute contrainte, sédation ou autre traitement intrusif, surtout lorsque ces mesures affectent des personnes qui sont détenues contre leur gré ou qui sont dans l'incapacité de donner leur consentement.
- vi. Fournir une protection spéciale aux personnes handicapées qui répondent d'infractions pénales et qui sont détenues dans le cadre de la justice pénale ou du système psychiatrique, où elles pourraient, autrement, subir des peines plus longues, avoir moins de possibilités de recours ou de libération conditionnelle, et être davantage exposées aux privations/à l'isolement.

b. Accès

- i. Modifier la loi, l'exécution de la loi et la pratique judiciaires pour remédier à la difficulté de saisir les tribunaux.
- ii. Admettre les témoignages d'experts qui fournissent une évaluation indépendante de la crédibilité des témoins ou des victimes handicapés, afin de renforcer la situation des personnes handicapées dans les prétoires.
- iii. Faire en sorte que les victimes et les témoins handicapés puissent être entendus équitablement par le tribunal, notamment en développant les formules impliquant le concours de représentants légaux ou non, de "personnes de confiance" ou d'intermédiaires.

7. BIBLIOGRAPHIE

7.1 Documents du Conseil de l'Europe

Assemblée parlementaire (1998). Recommandation sur les mauvais traitements infligés aux enfants, Rec 1371 (98);

Assemblée parlementaire (2000). Recommandation sur la violence à l'égard des femmes en Europe, Rec 1450 (00);

Charte sociale européenne révisée. Série des traités européens, n° 35. Strasbourg . Conseil de l'Europe

Comité des Ministres (1979). Recommandation concernant la protection des enfants contre les mauvais traitements, Rec (79) 17 .

Comité des Ministres (1985). Recommandation sur la violence au sein de la famille, Rec (85) 4;

Comité des Ministres (1990). Recommandation sur les mesures sociales concernant la violence au sein de la famille, Rec (90) 2;

Comité des Ministres (1991). Recommandation sur l'exploitation sexuelle, la pornographie, la prostitution ainsi que sur le trafic d'enfants et de jeunes adultes, Rec (91) 11;

Comité des Ministres (1992). Recommandation relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées, Rec (92) 6;

Comité des Ministres (1993). Recommandation sur les aspects médico-sociaux des mauvais traitements infligés aux enfants, Rec (93) 2;

Comité des Ministres (1999). Recommandation sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables, Rec (99) 4;

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (1998) 8^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997. CPT/Inf (98) 12. Strasbourg.

Convention européenne des Droits de l'Homme. Série des traités européens, n° 5. Strasbourg. Conseil de l'Europe

Direction générale III – Cohésion sociale (2000). Vers un Plan d'action balte contre les abus sexuels et l'exploitation sexuelle des enfants – Un modèle pour l'Europe. Plan d'action préventive. Cadre d'orientation identifiant les facteurs de risque en vue de modèles de bonne pratique pour l'action. Document CDCS PC (2000) 4 . Strasbourg

Dubet, F. et Vettenburg, N. (1999) Les brimades à l'école – ISBN 92-871-3750-1. Strasbourg. Editions du Conseil de l'Europe.

Dubet, F. et Vettenburg, N. (2000) Violence à l'école – Sensibilisation, prévention, répression, Symposium, Bruxelles, 26-28 décembre 1998. Strasbourg. Editions du Conseil de l'Europe.

Groupe d'étude sur la violence envers les personnes âgées (1992). La violence envers les personnes âgées. Strasbourg. Editions du Conseil de l'Europe.

Groupe de spécialistes pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes (1997). Rapport final d'activités du EG-S-VL comprenant un Plan d'action pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes. EG-S-VL (97) 1. Strasbourg.

Groupe de travail du Comité directeur pour la bioéthique (2000) «Livre blanc» sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique, DIR/JUR (2000) 2. Strasbourg.

Oakley, R. (1996). *Combattre la violence raciste et xénophobe en Europe. Etude et orientation pratique*. Strasbourg. Editions du Conseil de l'Europe.

Pour tout renseignement complémentaire sur les documents du Conseil de l'Europe, veuillez consulter les sites Internet suivants:

<http://book.coe.int>

www.coe.int

7.2 Références générales

ABCD Pack – Abuse and children who are disabled (1993). *Training manual on protection for children with disabilities*. ABCD Consortium.

AEP – Association Européenne de Psychiatrie (2000). *Violences sur les handicapés*. Présentation au Conseil de l'Europe, 30 mars 2000, Strasbourg.

Agthe Diserens, C. (1995). *Des maux cachés aux mots pour le dire*. Conférence inaugurale de la journée de réflexion du 21 avril 1995 sur la maltraitance et l'abus en milieu institutionnel accueillant des personnes handicapées.

Agthe Diserens, C. & Vatré, F. (2000a). «Du cœur au corps, formons-nous, puis... formons-les!» Prix Suisse 2001 de Pédagogie Curative. Programme de formation pour professionnels de l'éducation et de l'enseignement spécialisés ainsi que des soins.

Agthe Diserens, C. & Vatré, F. (2000b). *La sexualité et le(s) handicap(s) – Dossier 69: Le handicap mental – enfants et adolescents; maltraitance et handicap*. Lucerne: Edition SZH.

AIMS Project (1998). *The Alerter's Guide & Training Manual and The Investigator's Guide & Training Manual*. Brighton: Pavilion Publishing.

Alonso, M.A.V., Bermejo, B.G., Zurita, J.F., & Simón, J. A. E. (1994). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC.

ARC/NAPSAC (1993). *It could never happen here: the prevention and treatment of sexual abuse of adults with learning disabilities in residential settings*. Chesterfield ARC.

Australian Bureau of Statistics (1986). *Victims of Crime Australia AGPO*. Cited in Johnson, K., Andrew, R. & Topp, V. (1988), *Silent victims: a study of people with intellectual disabilities as victims of crime*. Victoria: Office of the Public Advocate.

Belie, E. de, Ivens, C., Lesseliers, J. & Hoven, G. van (2000). *Sexual abuse of people with learning disabilities: prevention and assistance*. MPI.

Bergh, P.M. van den, Hoekma, J. & Ploeg, D. van der (1997). *Case file research: the nature and gravity of sexual abuse and the work method of an advisory team*. *NAPSAC Bulletin*, **18**, 16-21.

Bergh, P.M. van den, Douma, J. & Hoekema, J. (1999). *Zedenzaken en verstandelijk gehandicapten*. Leiden: DWSO Press.

Berlo, W. van (1995). *Seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke handicap: een onderzoek naar omvang, kenmerken en preventiemogelijkheden*. Delft: Eburon.

Brown, H. (1993). *Sexuality and intellectual disability: the new realism*. *Current Opinion in Psychiatry*, **6** (5), 623-8.

Brown, H. (1994). *Lost in the system: acknowledging the sexual abuse of adults with learning disabilities*. *Care in Place*. **1** (2), 145-57.

Brown, H., Egan-Sage E., Barry G. & McKay, C. (1996). *Towards better interviewing: a handbook for police officers and social workers on the sexual abuse of adults with learning disabilities*. "Need to know" Series. Nottingham: NAPSAC.

Brown, H. & Stein, J. (1997). Sexual abuse perpetrated by men with learning disabilities: a comparative study. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, **41** (3), 215–24.

Brown, H. & Stein, J. (1998). Implementing Adult Protection Policies in Kent and East Sussex. *Journal of Social Policy*, **27** (3), 371–96.

Brown, H. & Stein, J. (2000). Monitoring adult protection referrals in ten English local authorities. *Journal of Adult Protection* **2** (3), 19-32.

Brown, H., Stein, J. & Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities: report of a second two-year incidence survey. *Mental Handicap Research*, **8** (1), 3-24.

Brown, H. & Thompson, D. (1997a). The Ethics of Research with Men who Have Learning Disabilities and Abusive Sexual Behaviour: a minefield in a vacuum. *Disability and Society*, **12** (5), 695–707.

Brown, H. & Thompson, D. (1997b) Service Responses to Men with Intellectual Disabilities who have Sexually Abusive or Unacceptable Behaviours: the Case Against Inaction. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, **10** (2), 176–97.

Brown, H. & Turk, V. (1992). Defining sexual abuse as it affects adults with learning disabilities. *Mental Handicap*, **20** (2), 44-55.

Buckinghamshire County Council (1998). Independent Inquiry into LongCare Ltd, Aylesbury, England.

Cachemaille, Marguerite (2000). Autisme et violence: Position de l'Association Suisse romande de Parents d'Enfants autistes. *Pages Romandes – Revue d'information sur le handicap mental et la pédagogie spécialisée*, **1**, 10.

Cambridge, P. (1999). The first hit: a case study of the physical abuse of people with learning disabilities and challenging behaviour in a residential service. *Disability and Society* **14** (3), 285-308.

Cambridge, P. & Carnaby, S. (2000). *Make it personal: a training manual on intimate care*. Brighton: Pavilion Publishing.

CCMT – Commission cantonale vaudoise de prévention des mauvais traitements envers les enfants (1999). *Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents*. Lausanne: Service de protection de la jeunesse.

Churchill, J., Brown, H., Craft, A., & Horrocks, C. (1997). *There are no easy answers: the provision of continuing care and treatment to adults with learning disabilities who sexually abuse others*. Chesterfield: ARC/NAPSAC.

Cohen, S. & Warren, R. (1990). The intersection of disability and child abuse in England and the United States. *Child Welfare* **LXIX** (3), 253-62.

Commission européenne (1999). *Journée européenne des personnes handicapées 1999 – «Les personnes handicapées et la violence: racines du problème et prévention»*. Rapport de la Conférence, 3 décembre 1999, Bruxelles.

Cooke, P. (1999). *Summary of final report on disabled children and abuse*. Ann Craft Trust, University of Nottingham.

Crosse, S.B., Kaye, E. & Ratnofsky, A.C. (1993). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington DC: National Center on Child abuse and Neglect.

Daniels, R.S., Baumhover, L. & Clark-Daniels, C. (1989). Physicians' mandatory reporting of elder abuse. *The Gerontologist*, **29** (3), 321-7.

Davies, C. & Beach, A. (2000). *Interpreting professional self-regulation: a history of the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*. London: Routledge.

Davies, G. & Wilson, C. (1997). "Implementation of the memorandum: an overview". In Westcott, H. & Jones, J. (1997), *Perspectives on the Memorandum: policy, practice and research in investigative interviewing*. Aldershot: Arena.

Defensor del Pueblo (1996). Estudio y recomendaciones del defensor del Pueblo sobre la atención residencial a personas discapacitadas y otros aspectos conexos. Madrid.

Delville, J. & Mercier, M. (1997). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Paris: De Boeck Université.

Delville, J., Mercier, M. & Merlin, C. (2000). Des femmes et des hommes: programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales. Manuel d'animation, dossier d'images, vidéogramme. Namur: Presses Universitaires de Namur.

Département de la prévoyance sociale et des assurances – Commission «Maltraitance et Handicap» (1996). Aspect – Respect – Conséquences du cadre légal concernant la maltraitance des personnes handicapées. Actes du colloque du 26.1.1996. Lausanne.

Département de la prévoyance sociale et des assurances – Commission «Maltraitance et Handicap» (1997). Soins de la violence: violence du soin. Actes du colloque du 16.4.1997. Lausanne.

Département de la prévoyance sociale et des assurances – Commission «Maltraitance et Handicap» (1998). Ethique et handicap: de l'illusion des discours à la confusion des pratiques. Actes du colloque du 22.4.1998. La Longeraie, Morges.

Department of Health (2000). No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. London.

Department of Health (1999a). Report of the Expert committee: review of the Mental Health Act 1983. London.

Department of Health (1999b). Quality Protects: Management Action Plans in relation to children with disabilities. London: SSI.

Diederich, N. (1998). Stériliser le handicap mental? Ramonville-Saint-Agne: Erés.

Doren, B., Bullis, M., & Benz, M. (1996). Predictors of victimization experiences of adolescents with disabilities in transition. *Exceptional children*, **63** (1), 7-18.

Down, C. & Craft, A. (1997). *Sex in context*. Brighton: Pavilion Publishing.

Dyer, C. (2001). "Take your life in your own hands: that's my philosophy", *Guardian*, 6 March 2001.

Evans, R. (2001). Inquiry into Cardiac Surgery Department, Royal Brompton Hospital, London. Cited in Kamal, A., "Doctors Deny Down's babies care", *Observer*, 1 April 2001.

Forum européen des personnes handicapées (FEPH) (1999a). Rapport sur la violence et la discrimination à l'égard des personnes handicapées. EDF 99/5, Bruxelles.

Forum européen des personnes handicapées (FEPH) (1999b). Comment les directives basées sur l'Article 13 peuvent-elles combattre la discrimination liée au handicap? EDF 99/13, Bruxelles.

Foubert, A. (1998). "Risk factors inherent in the structures of institutions and staff working in them". In Autism Europe (1998), Code of Good Practice on Prevention of Violence against persons with autism. Brussels.

Fovargue, S., Keywood, K. & Flynn, M. (1999). Best practice? Health Care Decision-making by, with and for people with learning disabilities. National Development Team and Joseph Rowntree Foundation.

Gabel, M. (1996). "Diversité, complémentarité et partenariat des professionnels". Dans Glatz, G. & Korpès, P. (1996), Etats généraux de la maltraitance: prise en charge multidisciplinaire et pratiques de réseaux, Congrès, 7.6.1996, Lausanne.

Garrett, T. (1998). Sexual contact between patients and psychologists. *The Psychologist*, **11** (5), 227-30.

Glaser, P. & Bentovim, A. (1979). Abuse and risk to handicapped and chronically ill children. *Child Abuse and Neglect*, **3**, 565-75.

- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.
- Gooding, C. (1998). *Human Rights Violations and Disabled People: report prepared for the DPI Europe Human Rights Network project*. London: DPI.
- Hall, K.J. & Osborn, C.A. (1994). The conduct of socially sensitive research: sex offenders as participants. *Criminal Justice and Behaviour*, **21**, 325-40.
- Hardiker P., Exton, K., & Barker, M. (1995). *The Prevention of Child Abuse: a framework for analysing services*. London: NSPCC.
- Harris, J. (1996). Physical restraint procedures for managing challenging behaviours presented by mentally retarded adults and children. *Research in Developmental disabilities*, **17** (2), 99-134.
- Harris, J., Allen, D., Cornick, M., Jefferson, A. & Mills, R. (1996). *Physical Interventions: a policy framework*. Kidderminster: BILD/National Autistic Society.
- Hendey, N. & Pascall, G. (1998). Independent Living: gender, violence and the threat of violence. *Disability and Society*, **13** (3), 415-27.
- Henley, J. (2000a). "Disabled girls secretly sterilised". *Guardian*, 12 September 2000, 17.
- Henley, J. (2000b). "French kidnapper to get off, because he admits murder". *Guardian*, 16 December 2000, 19.
- Hermansson, A., Hornquist, J. & Timpka, T. (1996). The well being of war wounded asylum applicants and quota refugees following arrival in Sweden. *Journal of Refugee Studies*, **9** (2), 166-81.
- Hetherington, P. (2000). "Employers flout spirit of minimum wage law report". *Guardian*, 26 July 2000, 7.
- Home Office, Department of Health, Department of Education and Science & Welsh Office (1989). *Working together under the Children Act 1989: a guide to arrangements for*

inter-agency co-operation for the protection of children from abuse. London: HMSO.

Home Office & Department of Health (1992). Memorandum of Good Practice: video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings. London: HMSO.

Home Office (1998). Speaking up for Justice: report of an interdepartmental working group on the treatment of vulnerable or intimidated witnesses in the criminal justice system. London.

Home Office (1999). Action for Justice: implementing the Speaking up for Justice Report on vulnerable or intimidated witnesses in the Criminal Justice system in England and Wales. London.

Huizen, R.S. van, Visser, E.M., Vros, A.C. & Wisse, S.C. (1998). Pesten: een extra handicap: een exploratief onderzoek naar de beleving van pesten bij lichamelijk gehandicapte en/of chronisch zieke kinderen in de leeftijd van 10 tot 15 jaar [Bullying: an extra handicap? An explorative study of the perception of bullying of physically handicapped and/or chronically ill children between the ages of 10-15 years.] University of Utrecht: Wetenschapswinkel Sociale wetenschappen.

Jaudes, P. and Diamond, L. (1985). The handicapped child and child abuse. *Child Abuse and Neglect* **9**, 341-7.

Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, A., Mandel, F., Lesser, M. & Labruna, V. (1998). Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, **155** (7), 954-9.

Kvam, M.H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian Hospitals. *Child Abuse and Neglect*, **24** (8), 1073-84.

Law Commission (1995). Mental Incapacity. Law Commission Report No 231. London: HMSO.

Lee-Treweek, G. (1994). Bedroom abuse: the hidden work in a nursing home. *Generations Review*, **4** (1), 2-4.

Luckasson, R. (1992). People with mental retardation as victims of the criminal justice system. In Conley, R.,

Luckasson, R. & Bouthilet, G. (1992), *The criminal justice system and mental retardation: defendants and victims*. Baltimore: Paul Brookes.

Lyon, C. (1994). *Legal issues arising from the care, control and safety of children with learning disabilities who also present severe challenging behaviour*. London: Mental Health Foundation.

Marchant, R. & Page, M. (1992). *Bridging the gap: child protection work with children with multiple disabilities*. London: NSPCC.

Marchant, R. & Page, M. (1997). *The Memorandum and disabled children*. In Westcott, H. & Jones, J. (1997), *Perspectives on the Memorandum: policy, practice and research in investigative interviewing*. Aldershot: Arena.

Maroger, D. (1999). "Wounded Wombs" – a short film on the forced sterilisation of disabled women in France submitted to European Day of Disabled People Short Film Competition, Brussels 2 December 1999.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, **50** (4), 370-96.

McCarthy, M. (2000). An evaluative research study of a specialist women's refuge. *Journal of Adult Protection*, **2** (2), 29-40.

McCarthy, M. & Thompson, D. (1997). A prevalence study of sexual abuse of adults with intellectual disabilities referred for sex education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, **10** (2).

McCarthy, M. & Thompson, D. (1998). *Sex and the three r's: rights, responsibilities and risks*. Second Edition. Brighton: Pavilion Publishing.

McCreadie, C. (1996). *Update on Research in Elder Abuse*. London: Age Concern Institute of Gerontology, Kings College.

Mencap (1999). Living in fear: the need to combat bullying of people with a learning disability. London: Mencap.

Merkin, L. & Smith, M. (1995). A community based model providing services for deaf and deaf-blind victims of sexual assault and domestic violence. *Sexuality and disability*, **13** (2).

Ministère de l'emploi et de la solidarité (1998). Situations de maltraitance en institutions sociales et médico- sociales – Document de statistiques. Paris.

Ministère de l'emploi et de la solidarité (1999). Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales: guide méthodologique à l'attention des Médecins Inspecteurs de Santé Publique et des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales. Paris.

Ministère de l'emploi et de la solidarité (2000). Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales. Paris.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997). Action plan for people with disabilities 1997-2002. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Moody, H. (1988). From informed consent to negotiated consent. *The gerontologist*, **28** (suppl.), 64-70.

Moody, S. (1999). Protecting the vulnerable and including the marginal: volunteers and the law. *Journal of Adult Protection*, **1** (2), 6-16.

Murphy, G. (1997). "Treatment and risk management". In Churchill, J., Brown, H., Craft, A. & Horrocks, C. (1997), There are no easy answers. Chesterfields: ARC/NAPSAC.

Murphy, G. & Clare, I.C.H. (1995). "Adults' capacity to make decisions affecting the person: the psychologists' contribution". In Bull, R. & Carson, D. (1995), Handbook of Psychology in Legal Contexts. Chichester: Wiley.

Netto, G. (1998). "I forgot myself": the case for the provision of culturally sensitive respite services for minority ethnic

carers of older people. *Journal of Public Health Medicine*, **20** (2), 221-6.

Ortega, G., González, J. & Cabanillas, M. (1997). Actitudes de los Españoles ante el Castigo Físico Infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Parens, E. & Asch, A. (2000). Prenatal testing and disability rights. Washington DC: Georgetown University Press.

Penfold, S. (1998). Sexual abuse by health professionals. Toronto: University of Toronto Press.

Pilgrim, D. (1995). "Explaining abuse and inadequate care". In Hunt, G. (1995), *Whistle-blowing in the Health Service: accountability, law and professional practice*. London: Edward Arnold.

Pillimer, K. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, **28**, 51-7.

Read, S. (1998). The palliative care needs of people with learning disabilities. *International Journal of Palliative Nursing*, **4** (5), 246-50.

Rioux, M. & Bach, M. (1994). Disability is not measles. Ontario: Roehrer Institute.

Roberts, K. (2000). Lost in the system? Disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability and Society*, **15** (6), 943-8.

Roehrer Institute (1994). Violence and people with disabilities: a review of the literature. Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence.

Rose, S., Peabody, C. & Stratigeas, B. (1991). Undetected abuse amongst intensive case management clients. *Hospital and Community Psychiatry*, **42** (5), 499-503.

Schoener, G. R., Milgrom, J.H., Gonsoriek, J.C., Luepker, E.T. & Conroe R.M. (1989). Psychotherapists sexual involvement with clients: intervention and prevention. Minneapolis Walk in Counselling Center.

Sobsey, R. (1994). Violence and Abuse in the Lives of people with disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes.

Sorheim, T.A. (1998). Ordinary women – extraordinary challenges. Oslo: University of Oslo, Department of Medical Anthropology.

Spencer, J.R. (1997). "The Memorandum: an international perspective". In Westcott, H. & Jones, J. (1997), *Perspectives on the Memorandum: policy, practice and research in investigative interviewing*. Aldershot: Arena.

Staffordshire County Council (1991). *The Pindown experience and the protection of children*. Staffordshire County Council.

Stanko, E. (2000). "Rethinking violence: rethinking social policy". In Lewis, G., Gerwitz, S., & Clarke, J. (2000), *Rethinking social policy*. London: Open University/Sage.

Stevenson, O. (1996). *Elder protection in the community: what can we learn from child protection*. London: ACIOG, Kings College.

Stewart, O. (1993). Double oppression: an appropriate starting point? In Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (1993), *Disabling barriers – enabling environments*. London: Sage.

Swedish Social Services Department (1998). *Social Services Act*. Stockholm.

Terstegen, C., Hoekman, J. & Bergh, P. van den (1998). *Behandeling en begeleiding na seksueel misbruik: een inventariserend onderzoek naar mogelijkheden voor behandeling en begeleiding voor verstandelijk gehandicapte slachtoffers en plegers van seksueel misbruik* [Research report on Forms of treatment after sexual abuse for perpetrators or victims with intellectual disabilities]. Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.

Thompson, D. (1997). A profile of sexual abusing behaviour by men with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, **10** (2).

Thompson, D. & Brown, H. (1998). *Response-ability: working with men with learning disabilities who have abusive or unacceptable sexual behaviours*. Brighton: Pavilion Publishing.

Tilley, C.M. (1998). Health Care for Women with Physical Disabilities: Literature Review and Theory. *Sexuality and Disability*, **16** (2), 87-102.

Turk, V. & Brown, H. (1993). The sexual abuse of adults with learning disabilities: results of a two-year incidence survey. *Mental Handicap Research*, **6** (3), 193-216.

UNAPEI – Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (2000). Livre Blanc – Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société; Prévenir, repérer, agir. Paris.

Valentine, D. (1990). Double jeopardy: child maltreatment and mental retardation. *Child and Adolescent Social Work*, **7** (6).

Verdugo, M., Bermejo, B., & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, **19** (2), 205-15.

Vizard, E., Monk, E. & Misch, P. (1995). Child and Adolescent Sexual Abuse Perpetrators: a review of the research literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **36**, 731-56.

Vizard, E., Wynick, S., Hawkes, C., Woods, J. & Jenkins, J. (1996). Juvenile Sex Offenders: assessment issues. *British Journal of Psychiatry*, **168**, 259-62.

Wade, A. & Westcott, H. (1997). "No easy answers: children's perspectives on investigative interviews". In Westcott, H. & Jones, J. (1997), *Perspectives on the Memorandum: policy, practice and research in investigative interviewing*. Aldershot: Arena.

Ward, L. (2001). Considered choices? The new genetics, prenatal testing and people with learning disabilities. Kidderminster: BILD.

Wardhaugh, J. & Wilding, P. (1993). Towards an analysis of the corruption of care. *Critical Social Policy*, **37**, 4-31.

Waterhouse Inquiry (2000). Report of the Tribunal of Inquiry into Child Abuse in North Wales. London: HMSO.

Welsh Office (2000). In safe hands: protection for vulnerable adults from abuse. Cardiff: SSI.

Westcott, H. (1991). The abuse of disabled children: a review of the literature. *Child care, health and development*, **12**, 243-58.

Westcott, H. (1993). Abuse of children and adults with disabilities. London: National Society for Prevention of Cruelty to Children.

Westcott, H. & Jones, J. (1997). Perspectives on the Memorandum: policy, practice and research in investigative interviewing. Aldershot: Arena.

Westcott, H. & Jones, D. (1999). Annotation: the abuse of disabled children. *Child Psychology and Psychiatry*, **40** (4), 497-506.

Williams, C. (1993). Vulnerable victims? A current awareness of the victimisation of people with learning disabilities. *Disability, Handicap and Society*, **8** (2), 161-72.

Williams, C. (1995). Invisible Victims: Crime and abuse against people with learning disabilities. London: J. Kingsley.

Williams, C. & Evans, J. (2000). Visible victims: the response to crime and abuse against people with learning disabilities. Joseph Rowntree Foundation.

Wilson, C. & Brewer, N. (1992). The incidence of criminal victimisation of individuals with an intellectual disability. *Australian Psychologist*, **27** (2), 114-7.

Wolf, R. & Donglin, L. (1999). Factors affecting the rate of elder abuse reporting to a State Protective Services Program. *The Gerontologist*, **39** (2), 222-8.

Wolf, R. & Pillimer, K. (1994). What's new in elder abuse programming? Four bright ideas. *The Gerontologist*, **14** (1), 126-9.

Wolfensberger, W. (1987). The new genocide of handicapped and afflicted people. New York: Syracuse University.

Yuille, J. (1988). Credibility Assessment. Dordrecht: Netherlands Kluwer Academic Publishers.

Zijdel, L. (1999). Disabled people and violence. In European Commission (1999), European Day of Disabled People 1999 "Violence and Disabled People – root causes and prevention". Conference Report, 3 Dec 1999, Brussels.

ANNEXE

Membres du Groupe de travail sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées

BELGIQUE

M. Michel DE HARENNE

Attaché

Service «Prestations collectives»

Service Bruxellois francophone des personnes handicapées

Rue du Meiboom, 14

B-1000 BRUXELLES

Tel.: (32) 2 209 33 21 / 32 03

Fax: (32) 2 219 47 67

M^{me} Maryse HENDRIX

Responsable du Service «Agrément» des Services résidentiels et d'accueil de jour

Service «Accueil et Hébergement des Personnes handicapées»

A.W.I.P.H. (Agence wallonne pour l'Intégration des Personnes handicapées)

Rue de la Rivelaine, 21

B-6061 CHARLEROI

Tel.: (32) 71 20 57 05

Fax: (32) 71 20 51 10

E-mail: mhendrix@awiph.be

Web Site: <http://www.awiph.be>

M. Paul KEMPENEERS

Directeur

Service «Staff»

Fonds Flamand pour l'Intégration sociale des Personnes

handicapées
Avenue de l'Astronomie, 30
B-1210 BRUXELLES
Tel.: (32) 2 225 84 66
Fax: (32) 2 225 84 05
E-mail: Paul.Kempeneers@vlafo.be

ESTONIE

Mrs Vilja KUZMIN
(Chair for 1st, 2nd and 3rd meetings)
Senior Specialist
Social Protection Department
Ministry of Social Affairs of Estonia
Gonsiori 29
EE-15027 TALLINN
Tel.: (372) 6269 757
Fax: (372) 6269 743
E-mail: vilja@sm.ee
Web Site: <http://www.sm.ee>

Mrs Helve LUIK
Chairwoman
Estonian Chamber of the Disabled People
Gonsiori 29
EE-15027 TALLINN
Tel.: (372) 6269 952
Fax: (372) 6269 951

FRANCE

Mme Michèle CREOFF (Chair of 4th and 5th meetings)
Inspectrice des Affaires Sanitaires et Sociales
Direction de l'Action Sociale
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
1, place de Fontenoy
F-75350 PARIS 07 SP
Tel.: (33) 1 44 56 86 34
Fax: (33) 1 44 56 88 38

ITALIE

Dr Natalia NICO FAZIO
Fonctionnaire
Servizio «Disabili»
Dipartimento per gli Affari Sociali
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Via Veneto, 56
I-00187 ROMA
Tel.: (39) 06 48 16 13 35
Fax: (39) 06 48 16 13 39
E-mail: anziani@affarisociali.it

LUXEMBOURG

M^{me} Mir OESCH
Employée
Ministère de la Famille, de la Solidarité sociale
et de la Jeunesse
Avenue Emile Reuter,
L- 2919 Luxembourg
Tel.: (35) 2 478 65 99
E-mail: mirjam.oesch@fin.etat.lu

M^{me} Patricia WEICKER
Juriste
Département aux handicapés et accidentés de la vie
Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la
Jeunesse
12-14, avenue Emile Reuter
L-2919 LUXEMBOURG
Tel.: (352) 478 6567
Fax: (352) 478 6570

PAYS BAS

Mrs Marije SCHADEE
Policy Official
Directorate Policy for the Disabled
Ministry of Health, Welfare and Sport
P.O. Box 20350

NL-2500 EJ THE HAGUE
Fax: (31) 70 340 5371 / 7164
E-mail: me.schadee@minvws.nl

NORVEGE

Ms Anne-Margrethe BRANDT
Head of Division
The State Council on Disability
P.O. Box 8192 DEP
N-0034 OSLO
Tel.: (47) 22 24 85 58
Fax: (47) 22 24 95 79
E-mail: anne-margrethe.brandt@srff.dep.no

Mr Alf HAGELIN
Legal Adviser
Department of Social and Health Care Policy
Ministry of Health and Social Affairs
Grubbegata 10
P.O. Box 8011 DEP
N-0030 OSLO
Tel.: (47) 22 24 85 67
Fax: (47) 22 24 27 66
E-mail: alf.hagelin@shd.dep.no

PORTUGAL

M^{me} Maria do Pilar MOURÃO-FERREIRA
Chef de Division
Cabinet des Relations Internationales et Affaires
Européennes
Secrétariat National pour la Réadaptation et l'Intégration des
Personnes Handicapées
Av. Conde Valbom, 63
P-1069-178 LISBOA
Tel.: (351) 1 792 95 79
Fax: (351) 1 797 26 42
E-mail : pilar.ferreira@snripd.mts.gov.pt

M^{me} Teresa BOTELHO
Psychologue
Centre d'Investigation et de Formation
Secrétariat National pour la Réadaptation et l'Intégration des
Personnes Handicapées
Av. Conde Valbom, 63
P-1069-178 LISBOA
Tel.: (351) 1 940 64 18
Fax: (351) 1 941 13 24

M. Adalberto FERNANDES
Assesseur
Cabinet du Secrétaire National
Secrétariat National pour la Réadaptation et l'Intégration des
Personnes Handicapées
Av. Conde Valbom, 63
P-1069-178 LISBOA
Tel.: (351) 1 792 95 73
Fax: (351) 1 796 51 82

SLOVENIE

Mr Damijan JAGODIC
Adviser
Government Office of the Republic of Slovenia for the
Disabled
Železna Cesta 14
SLO-1000 LJUBLJANA
Tel.: (386) 61 17 35 538
Fax: (386) 61 17 35 540
E-mail: damjan.jagodica@gov.si

Mrs Biserka DAVIDOVIČ PRIMOŽIČ
Government Adviser
Government Office of the Republic of Slovenia
for the Disabled
Železna Cesta 14
SLO-1000 LJUBLJANA
Tel.: (386) 61 17 35 522

Fax: (386) 61 17 35 525

E-mail: davidovic.biserka@gov.si

ESPAGNE

M. Gaspar CASADO GÓMEZ

Subdirección General del Plan de Acción y Programas para
Personas con Discapacidad

IMSERSO

Avda. de la Ilustración, c/v a Ginzo de Limia, 58

E-28029 MADRID

Tel.: (34) 91 347 8818

Fax: (34) 91 347 8855

E-mail: gcasadog@MTAS.es

Web Site: <http://www.seg-social.es/imserso>

Mrs Rosa Maria BRAVO RODRIGUEZ

Subdirección General del Plan de Acción y de
Programas para Personas con Discapacidad

IMSERSO

c/Ginzo de Limia, 58

E-28029 MADRID

Tel.: (34) 91 347 88 13

Fax: (34) 91 347 88 55

SUISSE

M. Hannes SCHNIDER

Secrétaire Général

Entraide Suisse Handicap

Association AGILE, Behinderten-Selbsthilfe Schweiz

Effingerstr. 55

CH-3008 BERN

Tel.: (41) 31 390 39 39

Fax: (41) 31 390 39 35

E-mail: info@agile.ch

Web Site: <http://www.agile.ch>

Madame Catherine AGTHE DISERENS

Sexo-Pedagogue Spécialisée

14, ch. du Couchant

CH-1260 Nyon
Tel.: (41) 22 361 15 29
Fax: (41) 22 361 15 29
E-mail: catherine.agthe@bluewin.ch

Madame Susanne SCHRIBER, Dr phil.I
Zollikerstr. 238
CH-8008 Zürich
Tel.: (41) 1 383 8430

ROYAUME-UNI

Ms Annette YOUNG, B.Sc. MA JP
Health and Social Care Consultant – Department of Health
99, Pembroke Road
Clifton
GB-BRISTOL BS8 3EE
Tel.: (44) 117 973 24 24 (Home)
Fax: (44) 117 974 16 74 (Home)
E-mail: ayoung@onetel.net.uk

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

M^{me} C LE CLERCQ
EMPL /E/4
J27 – 02/015
Commission Européenne
27 Rue Joseph II,
B-1040 BRUXELLES
Tel.: (32) 2 295 00 26
Fax: (32) 2 295 10 12
E-mail: Cecile.Leclercq@cec.eu.int

M^{me} Elena NIELSEN GARCIA
Administrateur
J27 – 00/122
Unité «Intégration des Personnes handicapées»
Direction Générale V/E/4
Commission Européenne
Rue de la Loi, 200
B-1049 BRUXELLES

Tel.: (32) 2 295 24 23

Fax: (32) 2 295 10 12

E-mail: elena.nielsen@bxl.dg5.cec.be

CONSULTANT

Prof Hilary Brown, PhD (Social Work)

Salomons

Canterbury Christ Church University College

Broomhill Road

Southborough

Nr Tunbridge Wells

GB-Kent TN3 0TG

Tel.: (44) 1892 507675

Fax: (44) 1892 507660

Website: www.salomons.org.uk

Sales agents for publications of the Council of Europe Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

AUSTRALIA/AUSTRALIE

Hunter Publications, 58A, Gipps Street
AUS-3066 COLLINGWOOD, Victoria
Tel.: (61) 3 9417 5361
Fax: (61) 3 9419 7154
E-mail: Sales@hunter-pubs.com.au
http://www.hunter-pubs.com.au

BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie européenne SA
50, avenue A. Jonnart
B-1200 BRUXELLES 20
Tel.: (32) 2 734 0281
Fax: (32) 2 735 0841
E-mail: info@libeurop.be
http://www.libeurop.be

Jean de Lannoy
202, avenue du Roi
B-1190 BRUXELLES
Tel.: (32) 2 538 4308
Fax: (32) 2 538 0841
E-mail: jean.de.lannoy@euronet.be
http://www.jean-de-lannoy.be

CANADA

Renouf Publishing Company Limited
5369 Chemin Canotek Road
CDN-OTTAWA, Ontario, K1J 9J3
Tel.: (1) 613 745 2665
Fax: (1) 613 745 7660
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
http://www.renoufbooks.com

CZECH REPUBLIC/ REPUBLIQUE TCHÈQUE

Suweco Cz Dovož Tisku Praha
Ceskomoravská 21
CZ-18021 PRAHA 9
Tel.: (420) 2 660 35 364
Fax: (420) 2 683 30 42
E-mail: import@suweco.cz

DENMARK/DANEMARK

GAD Direct
Fiolstaede 31-33
DK-1171 COPENHAGEN K
Tel.: (45) 33 13 72 33
Fax: (45) 33 12 54 94
E-mail: info@gadirect.dk

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
Keskuskatu 1, PO Box 218
FIN-00381 HELSINKI
Tel.: (358) 9 121 41
Fax: (358) 9 121 4450
E-mail: akatilaus@stockmann.fi
http://www.akatilaus.akateeminen.com

FRANCE

La Documentation française
(Diffusion/Vente France entière)
124, rue H. Barbusse
F-93308 AUBERVILLIERS Cedex
Tel.: (33) 01 40 15 70 00
Fax: (33) 01 40 15 68 00
E-mail:
commandes.vel@ladocfrancaise.gouv.fr
http://www.ladocfrancaise.gouv.fr

Librairie Kléber (Vente Strasbourg)
Palais de l'Europe
F-67075 STRASBOURG Cedex
Fax: (33) 03 88 52 91 21
E-mail: librairie.kleber@coe.int

GERMANY/ALLEMAGNE AUSTRIA/AUTRICHE

UNO Verlag
Am Hofgarten 10
D-53113 BONN
Tel.: (49) 2 28 94 90 20
Fax: (49) 2 28 94 90 222
E-mail: bestellung@uno-verlag.de
http://www.uno-verlag.de

GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann
28, rue Stadiou
GR-ATHINA 10564
Tel.: (30) 1 32 22 160
Fax: (30) 1 32 30 320
E-mail: ord@otenet.gr

HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service
Hungexpo Europa Kozpont ter 1
H-1101 BUDAPEST
Tel.: (361) 264 8270
Fax: (361) 264 8271
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
http://www.euroinfo.hu

ITALY/ITALIE

Libreria Commissionaria Sansoni
Via Duca di Calabria 1/1, CP 552
I-50125 FIRENZE
Tel.: (39) 556 4831
Fax: (39) 556 41257
E-mail: licosa@licosa.com
http://www.licosa.com

NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale
Publikaties
PO Box 202, MA de Ruyterstraat 20 A
NL-7480 AE HAAKSBERGEN
Tel.: (31) 53 574 0004
Fax: (31) 53 572 9296
E-mail: lindeboo@worldonline.nl
http://home-1-worldonline.nl/~lindeboo/

NORWAY/NORVÈGE

Akademika, A/S Universitetsbokhandel
PO Box 84, Blindern
N-0314 OSLO
Tel.: (47) 22 85 30 30
Fax: (47) 23 12 24 20

POLAND/POLOGNE

Główna Księgarnia Naukowa
im. B. Prusa
Krakowskie Przedmiescie 7
PL-00-068 WARSZAWA
Tel.: (48) 29 22 66
Fax: (48) 22 26 64 49
E-mail: inter@internews.com.pl
http://www.internews.com.pl

PORTUGAL

Livraria Portugal
Rua do Carmo, 70
P-1200 LISBOA
Tel.: (351) 13 47 49 82
Fax: (351) 13 47 02 64
E-mail: liv.portugal@mail.telepac.pt

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros SA
Castelló 37
E-28001 MADRID
Tel.: (34) 914 36 37 00
Fax: (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
http://www.mundiprensa.com

SWITZERLAND/SUISSE

BERSY
Route de Monteiller
CH-1965 SAVIESE
Tel.: (41) 27 395 53 33
Fax: (41) 27 395 53 34
E-mail: jprausis@netplus.ch

Adeco – Van Diermen
Chemin du Lacuez 41
CH-1807 BLONAY
Tel.: (41) 21 943 26 73
Fax: (41) 21 943 36 05
E-mail: info@adeco.org

UNITED KINGDOM/ROYAUME-UNI

TSO (formerly HMSO)
51 Nine Elms Lane
GB-LONDON SW8 5DR
Tel.: (44) 207 873 8372
Fax: (44) 207 873 8200
E-mail: customer.services@theso.co.uk
http://www.the-stationery-office.co.uk
http://www.itsofficial.net

UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company
468 Albany Post Road, PO Box 850
CROTON-ON-HUDSON,
NY 10520, USA
Tel.: (1) 914 271 5194
Fax: (1) 914 271 5856
E-mail:
Info@manhattanpublishing.com
http://www.manhattanpublishing.com

Council of Europe Publishing/Editions du Conseil de l'Europe

F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: (33) 03 88 41 25 81 – Fax: (33) 03 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: http://book.coe.int

Ce rapport examine les abus et les mauvais traitements dont sont victimes les enfants et les adultes handicapés. Il met en évidence l'étendue et la nature de ces abus, et vise à faire en sorte que les personnes handicapées soient protégées contre les préjudices délibérés ou évitables au moins autant que les autres citoyens, et, sur les points où elles sont particulièrement vulnérables, à favoriser l'adoption de mesures complémentaires pour assurer leur sécurité.

Déjà parue en 2002, cette publication est réimprimée dans un format plus accessible pour les lecteurs.



COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui quarante-quatre Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des Droits de l'Homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.

ISBN 92-871-4918-6



9 789287 149183

17 €/26 \$US

<http://www.coe.int>

Editions du Conseil de l'Europe