

adsp

31

juin 2000

adsp

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

La place
des usagers
dans le système
de santé

Conférence nationale
de santé 2000

Après cinq ans
de substitution

Les priorités de santé
publique en Europe

La santé en Finlande

Éthique et recherche
dans les pays pauvres

dossier

maltraitements



HCSP publications

Le rapport 1994-1998

À partir du panorama dressé dans son rapport de 1994, le HCSP tente d'évaluer le chemin parcouru. Les transformations de la société et du système sanitaire ont-elles déjà des répercussions sur l'état de santé de la population ?



Le rapport

La synthèse

La version anglaise

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
<http://www.hcsp.ensp.fr>
hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Présidente

Dominique Gillot,
secrétaire d'État à la Santé
et aux Handicapés

Vice-Président

Gilles Brücker

Rapporteur général

Roland Sambuc

Membres

Lucien Abenhaim
Maryvonne Bitaud-Thépat
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Raoul Briet
Gilles Brücker
Yves Charpak
Pascal Chevit
Alain Coulomb
Édouard Couty
Daniel Defert
Jean-François Dodet
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegorzulka
Claude Griscelli
Pierre Guillet
Gilles Johanet
Jacques Lebas
Catherine Peckham
René Roué
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général

Lucien Abenhaim,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

● Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation Française, 312 p., 95 F, 14,48 euros. Diffusé par La Documentation française. Tél. 01 40 15 71 10

● Haut Comité de la santé publique. *La santé des Français*. Paris : La Découverte, collection Repères, 128 p., 49 F, 7,47 euros.

En vente en librairie

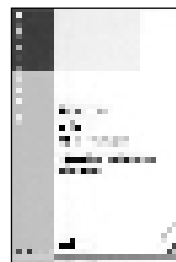
● High Committee on public Health. *Health in France 1994-1998*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 304 p., 195 F, 29,73 euros. Diffusé par John Libbey Eurotext. Tél. 01 46 73 06 60

Collection Avis et rapports



Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé
Rennes : Éd. ENSP, 1998, 192 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusé par les éditions ENSP
Tél. 02 99 54 90 98
En vente en librairie

Collection Documents



Adresses utiles en alcoologie
Rennes : Ed. ENSP, 1999, 112 p., 45 F, 6,86 euros.
Diffusé par les éditions ENSP
Tél. 02 99 54 90 98
En vente en librairie



La progression de la précarité et ses effets sur la santé.
Rennes : Éditions ENSP, 1998, 368 p., 140 F, 21,34 euros.
Diffusé par les Éditions ENSP, Tél. 02 99 54 90 98
En vente en librairie

Diabète, prévention, dispositifs de soins et éducation du patient.
Paris : Éditions ENSP, coll. Avis et rapports, 1998, 76 p.
Diffusé par le HCSP

Également disponibles auprès du HCSP ● *Santé des enfants, santé des jeunes*. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement. Paris : HCSP, éditions ENSP, coll. avis et rapports, 1997, 158 p. ● *Avis sur la prévention de l'insuffisance rénale chronique et son diagnostic précoce*. Paris : HCSP, éditions ENSP, coll. avis et rapports, 1997, 158 p.

adsp tirés à part

Les tirés à part des dossiers suivants sont encore disponibles gratuitement auprès du HCSP par écrit (8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP ou télécopie : 01 40 56 79 49)

- Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool (n° 4)
- Les collectivités locales et la santé publique (n° 5 & 7)
- Santé et travail (n° 9)
- La santé des jeunes (n° 10)
- Santé et environnement (n° 13)
- Santé et activités physiques et sportives (n° 14)
- Santé mentale : l'individu, les soins, le système (n° 15)
- L'éducation pour la santé : du discours à la pratique (n° 16)
- L'évaluation en santé (n° 17)
- Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences (n° 18)
- Géographie de la santé (n° 19)
- Santé publique et grand âge et Vieillesse, âge et santé (n° 20/21)
- Maladie et risques émergents (n° 23)



Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique

Jacques Lebas
Membre du HCSP

Maltraitements et violences sont des phénomènes de société. Mais en quoi la santé publique serait-elle spécifiquement concernée par ceux-ci ? Ne sommes-nous pas en train de participer, par ce dossier d'*adsp*, de cette tendance actuelle à faire de toute question sociale, toute perturbation des liens entre les humains, tout enjeu politique, un... problème de santé publique ?

Les maltraitements constituent une problématique commune à des populations particulières : enfants, femmes, handicapés. Elles s'exercent à l'abri des murs des institutions et se cachent au sein de l'espace familial, espace privé, protégé mais paradoxalement exposé à ce type de risque.

Les violences et les maltraitements posent plusieurs problèmes aux acteurs de santé publique :

- le repérage des victimes, qu'elles s'adressent explicitement aux professionnels ou entrent en contact avec eux pour des motifs variés et souvent peu évocateurs de maltraitance ;
- le traitement des conséquences somatiques et psychiques des violences ;
- la prise en charge des personnes victimes qui implique des pratiques de santé publique ouvertes aux autres acteurs (policiers, magistrats, associations de femmes ou de victimes) et aux autres secteurs (école, famille) que ceux du champ socio-sanitaire.

Les violences intra-familiales constituent un paradigme des violences et maltraitements en général. Parce qu'elles sont encore en grande partie « tabou » au sein de nos sociétés, parce qu'elles atteignent plus particulièrement les personnes fragilisées, et parce qu'elles confrontent les acteurs de santé publique à des enjeux et des déterminants complexes et parce qu'elles restent en grande partie des « points aveugles » de nos responsabilités civiques.

En quoi les violences intra-familiales, encore dénommées domestiques, constituent-elles un champ d'intervention en santé publique alors que jusqu'ici, le rôle et la responsabilité des médecins restent pratiquement confinés à la rédaction d'un certificat médical, le reste relevant des travailleurs sociaux, des policiers, de juges, des associations de femmes ou des politiques ? Ne s'agit-il pas au fond d'un

problème privé, relevant d'une gestion privée ? Et ne serions-nous pas hors du champ de la santé publique ?

Ce fléau, aujourd'hui reconnu et dénoncé, encore protégé par les murs de certaines institutions et les barrières de l'espace privé, est massivement présent dans notre système de soins. Autrement dit, dans les services d'urgence, dans les consultations de gynécologie ou d'obstétrique, dans les cabinets des praticiens généralistes, mais également en médecine du travail ou scolaire : la souffrance liée aux maltraitements, plus souvent silencieuse, est présente. En général non repérée.

Une étude récente parmi les médecins généralistes d'Île-de-France montrait que 60 % d'entre eux connaissaient dans leur clientèle des femmes victimes de violence domestique.

Avant d'aborder la difficile question du repérage des victimes de violence par les professionnels de santé, il est nécessaire de décrire brièvement l'anatomie de la violence relationnelle, pour reprendre la formule de Patricia Romito.

Ce type de violence qui, soulignons-le encore, n'a rien à voir avec un simple conflit, se caractérise par :

- la stabilité de la relation de violence qui en général dure depuis plusieurs années avant les premières démarches à l'extérieur ;
- le comportement ambivalent de la victime, qui espère que « cela va s'arranger », ce qui fait alterner, en un cycle vicieux, phases de rejet et phases de lune de miel ;
- la peur qui aboutit souvent à la paralysie, peur qui est la conséquence et non la cause de la violence ;
- le rejet des autres : la victime « embarrassante » est souvent mise à l'écart dans la famille ;
- la dépendance économique, qui est une des formes que peut prendre la relation de violence.

Nous trouvons ainsi, quand nous procédons à la dissection de cette violence relationnelle, un certain nombre de facteurs communs : leur connaissance est indispensable au professionnel de santé qui est confronté dans sa pratique de tous les jours à cette problématique.

Une autre difficulté pour repérer la maltraitance est que les signes d'appel sont fort variés et ambigus, allant du trauma-

tisme dentaire au syndrome de stress post-traumatique.

Les situations sont polymorphes, les indicateurs potentiels de violence peu spécifiques.

Ainsi les experts recommandent-ils de plus en plus souvent un repérage systématique, quels que soient l'objet et le motif allégués de la consultation. Ceci implique la prise en compte de cette thématique dans les pratiques et les formations des professionnels de santé ; la mise au point au sein des réseaux de soins primaires et de premier recours de procédures de dépistage adaptées, évaluées et efficaces.

Une fois le repérage de la violence intra-familiale effectué au niveau du dispositif de soins, encore faut-il en évaluer les conséquences sanitaires (somatiques, psychiques et en termes d'accès aux soins). La prise en charge par les intervenants en santé publique de la violence intra-familiale doit être professionnelle, multidisciplinaire et se faire au sein d'un réseau coordonné, expérimenté et compétent.

Il ne s'agit pas d'affirmations de principe, mais d'impératifs qui, s'ils ne sont observés, constituent un risque potentiellement mortel pour la ou les victimes.

Les exigences de santé publique doivent intégrer, dans ce cadre, l'impérieuse nécessité de protection des droits, en l'occurrence du droit à l'intégrité physique et morale et tout simplement à la vie des personnes victimes de la violence.

L'acteur de santé publique, quels que soient le métier, la fonction et le niveau de responsabilité, doit être également défenseur des droits des personnes.

La non-ingérence dans l'espace privé de la famille ou de l'institution où s'exerce la violence doit cesser là où commence la non-assistance à personne en danger : femmes victimes de violence, enfants violentés, personnes âgées maltraitées.

Les outils de santé publique, la défense des droits de l'homme et les principes humanitaires constituent un socle indissociable de défense des victimes.

Violences et maltraitements sont aussi des problèmes de santé publique. Nous sommes dans notre pays aux balbutiements de cette nouvelle exigence et de cette responsabilité encore fragile. Puisse ce dossier y contribuer. ■

Directeur de la publication

Lucien Abenhaim,
directeur général de la Santé

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé,
Gilles Brucker, Étienne Caniard,
Bernard Cassou, Laurent Chambaud,
Ségolène Chappellon, Jean-François Dodet,
Isabelle Durand-Zaleski, Marc Duriez,
Ruth Ferry, Geneviève Guérin,
Alain Jourdain, Claudine Le Grand,
Diane Lequet-Slama, Guy Nicolas,
Anne Tursz, Emmanuel Vigneron

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Mél. : patricia.siwek@sante.gouv.fr

Demandes d'abonnement

La Documentation française,
bulletin d'abonnement : 3° de couverture

Réalisation

Philippe Ferrero

Secrétariat

Riama M'Bae, Myrielle Toi

Ont participé à ce numéro

Jean-François Bloch-Lainé,
Marie-Claude Brachet, Marc Brodin,
Françoise Busby, Étienne Caniard,
Marie-France Casalis, Éliane Corbet,
Michèle Créoff, Alain d'Huyteza,
Bernard Derosier, Fabienne Dorlencourt,
Paul Durning, Marceline Gabel,
Geneviève Guérin, Simone Iff,
Jacques Lebas, Dominique Legros,
Diane Lequet-Slama, Michel Manciaux,
Catherine Morbois, Myriam Quémener,
Stanislaw Tomkiewicz

adsp actualité et dossier en santé publique

est publiée par le Haut Comité de la santé publique
et éditée par La Documentation française

Revue trimestrielle 76,09 F (11,60 euros)

Abonnement annuel (4 numéros) 245,98 F (37,50 euros)

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code
de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction
partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est
strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

© 2000 Haut Comité de la santé publique

Dépôt légal juillet 2000. ISSN 1243-275X.

Commission paritaire : 0903 B 05201.

Imprimerie : Imprimerie Trulli, 06140 Vence

éditorial

1 Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique

Jacques Lebas

HCSP DIRECT

4 Pour une politique nutritionnelle de santé publique

8 Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

actualité

12 La place des usagers dans le système de santé

Comment mettre en œuvre la représentation et la participation des citoyens dans le système de santé ?

Étienne Caniard

15 CNS 2000 : bilan et perspectives

Cette année la Conférence nationale de santé réaffirme certaines orientations concernant les inégalités régionales de santé, la prévention et l'accès à des soins de qualité.

Marc Brodin

rubriques

addictologie

67 Toxicomanie : la substitution cinq ans après

Cinq ans après, quel bilan fait-on des traitements de substitution mis en œuvre auprès des toxicomanes ?

Jean-François Bloch-Lainé

rubriques

international

70 Le choix des priorités de santé publique en Europe

Comment les pays européens déterminent-ils leurs priorités en matière de santé ?

Diane Lequet-Slama

73 La santé en Finlande

Présentation des grandes lignes du rapport sur la santé en Finlande.

Geneviève Guérin

études

75 Éthique et recherche dans les pays en voie de développement

Dans quel cadre éthique mener enquêtes épidémiologiques et recherches biomédicales dans les pays en voie de développement ?

Fabienne Dorlencourt, Dominique Legros

repères

18 organisme

Sources d'Europe

77 brèves européennes

78 recherche

Unité de recherche épidémiologie et sciences de l'information

79 lectures

82 lois & réglementation

84 calendrier

prochain numéro

dossier

Les médecins aujourd'hui en France

n° 32, sortie en septembre 2000

MALTRAITANCES

Dossier coordonné par **Marceline Gabel**

Sous le terme « maltraitements » ce dossier aborde celles qui concernent aussi bien les enfants, les femmes, les personnes âgées ou handicapées, dans le cadre domestique ou en institution. Il évoque les difficultés du repérage des victimes et de leur prise en charge. **p. 19**

20 Les concepts de violence et de maltraitance

Réflexions sur les notions de violence, de maltraitance et de bientraitance.

Éliane Corbet

22 La loi et les personnes vulnérables

Myriam Quéméner

26 La maltraitance faite aux enfants

Prévenir et lutter contre les mauvais traitements faits aux enfants : des pratiques en évolution.

Marceline Gabel

32 Le Snatem – 119 « Allo enfance maltraitée »

Bernard Derosier

34 Guide pour des interventions de qualité

35 La maltraitance et les personnes âgées

Étude réalisée par l'association Alma sur les personnes âgées maltraitées.

Françoise Busby

38 La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental

L'Unapei propose des mesures pour lutter contre la maltraitance des personnes handicapées mentales.

Alain d'Huyteza

41 Le guide Prévenir, repérer, agir

42 La violence masculine à l'encontre des femmes

La violence à l'encontre des femmes : de la violence

conjugale aux viols et agressions sexuelles.

Catherine Morbois, Marie-France Casalis

44 Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

47 Nouvelles dispositions de la loi

48 Viols et agressions sexuelles: le devenir des plaintes

Simone Iff, Marie-Claude Brachet

51 Viol femmes informations : la permanence téléphonique

52 Les maltraitements institutionnelles

Mieux connaître les violences en institutions pour mieux les prévenir

Michèle Créoff

54 Un guide pour lutter contre les violences en institution

57 tribunes

57 Maltraitements : une notion floue, des réalités incontournables

Paul Durning, Professeur de Sciences de l'éducation, EA 1589, Université de Paris X- Nanterre

60 La résilience

*Stanislaw Tomkiewicz
Psychiatre infanto-juvénile, directeur de recherche honoraire à l'Inserm*

63 De la maltraitance à la bientraitance

*Michel Manciaux,
Professeur émérite de pédiatrie sociale et de santé publique,
Université de Nancy 1*

66 Bibliographie, adresses utiles



Pour une politique nutritionnelle de santé publique

Dans un rapport remis au gouvernement en juin 2000, le Haut Comité de la santé publique dresse un bilan de l'évolution des habitudes alimentaires des Français et de leur impact sur la santé. Il propose la mise en oeuvre d'un programme national nutrition-santé.

Si au cours des dernières décennies les grandes maladies liées aux carences alimentaires ont disparu, le lien entre alimentation et santé est plus que jamais d'actualité. En effet les recherches récentes confirment que l'alimentation joue un rôle déterminant dans la survenue des maladies les plus répandues que sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, l'obésité ou l'ostéoporose.

Les habitudes alimentaires se sont profondément modifiées depuis 50 ans, accompagnant les transformations économiques, sociologiques, culturelles de la société. Ces évolutions se sont traduites à la fois par une diminution des apports énergétiques, en lien avec une baisse des besoins liés à l'évolution des modes de vie, et par des choix différents en termes d'aliments : moins de pain, de légumes secs et de féculents, plus de viande, de poisson et de produits laitiers, de fruits et de légumes, plus de matières grasses et de produits sucrés. Ces évolutions ont modifié le poids relatif des différents macronutriments dans la couverture des besoins énergétiques. Aujourd'hui, par rapport aux apports nutritionnels conseillés, l'alimentation des français est en général trop riche en sucres simples, en graisses, notamment saturées et souvent en protéines, alors que les apports en glucides complexes sont inférieurs aux recommandations, notamment pour l'amidon et les fibres alimentaires.

Par ailleurs, la réduction globale des apports

énergétiques mais aussi la part de plus en plus importante des aliments fournissant des calories vides (aliments riches en sucres simples comme les confiseries et les sodas) ont contribué à réduire les apports en vitamines et minéraux. Dans ce contexte, s'il n'existe pas dans la population générale de signes évocateurs de carences minérales ou vitaminiques majeures, des fractions non négligeables de la population ont des apports en certaines vitamines et minéraux qui s'éloignent des apports conseillés, et présentent sur le plan biologique, des signes de ces déficiences.

La mise en place d'une politique nutritionnelle apparaît comme une grande priorité de santé publique en France, comme dans l'ensemble de l'Europe. Outre les immenses enjeux humains, sociaux et économiques, les relations entre l'alimentation et la santé ont comme particularité :

- de concerner l'ensemble de la population. Si certains groupes de population connaissent des risques spécifiques, tous les individus, tout au long de leur vie, sont directement confrontés au travers des aliments qu'ils consomment quotidiennement et/ou de leurs habitudes alimentaires à un déterminant majeur de l'état de santé. Par ses choix alimentaires et son mode de vie, chaque consommateur s'expose, souvent sans en avoir conscience, à d'éventuels facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de certaines maladies chroniques ;
- de reposer sur des connaissances scientifiques

Groupe de travail

Présidents

- Anne Tallec, HCSP
- Jean-François Bloch-Lainé, HCSP

Rédacteurs du rapport

- Serge Hercberg, Inserm, Istna/Cnam, Usen/InVS
- Anne Tallec, HCSP

Membres

- Michel Chauillac, DGS
- Sébastien Czernichow, Afssa
- Denis Lairon, Inserm
- Ambroise Martin, Afssa, Inserm
- Luc Méjean, Inserm, Ensiaa
- Thanh Le Luong, DGS

- Marie Thisse, ministère de l'Agriculture

Coordinateurs

- Marc Duriez, HCSP
- Emmanuelle Lebrun, interne de santé publique

De nombreuses personnalités ont été auditionnées

bien documentées. Les travaux épidémiologiques, cliniques et expérimentaux fournissent des informations scientifiques suffisamment fiables pour permettre d'identifier, de façon consensuelle, des facteurs nutritionnels impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis de certains grands problèmes de santé publique ;

- de concerner des facteurs de risque (ou de protection) bien identifiés sur lesquels il est possible d'intervenir. S'il est difficile d'agir sur la composante génétique impliquée dans le déterminisme des grandes maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose, ...), les facteurs alimentaires et nutritionnels sont particulièrement accessibles. Par ailleurs, leur prise

Les recommandations

Dans un domaine où des possibilités d'intervention préventives existent, la volonté politique doit être à la hauteur des enjeux de santé publique aujourd'hui bien identifiés. Seul un véritable « Programme national nutrition-santé », ambitieux et rigoureux au plan méthodologique, basé sur des objectifs précis, associant le plus grand nombre d'acteurs et faisant l'objet d'un pilotage par une équipe compétente peut permettre une évolution significative de la situation actuelle.

1 Les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique et les objectifs spécifiques

Les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique

Les objectifs définis en 1999 par un Comité d'experts coordonné par Serge Herberg et Arnaud Basdevant dans un rapport élaboré pour la direction générale de la Santé, intitulé *Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, constituent le socle du Programme national nutrition-santé, orienté vers la population générale. L'objectif général de ce programme est l'amélioration de l'état nutritionnel, la réduction du risque de maladies chroniques, l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population générale.

1. Modifier la consommation alimentaire

- augmentation de la consommation de fruits et légumes : réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %,
- augmentation de la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des

en compte peut se faire non pas sur le mode de l'interdit, mais sur celui de la promotion de comportements favorables à la santé ;

- d'avoir un impact important sur l'incidence des grandes maladies chroniques. En agissant sur l'alimentation (et l'activité physique), il est possible de réduire, à court terme, l'exposition à certains facteurs de risque et de promouvoir certains facteurs de protection, laissant augurer une réduction de la morbidité et à plus long terme de la mortalité ;

- d'impliquer, autour du consommateur, de multiples acteurs du champ de la nutrition (professionnels de santé, secteur agro-alimentaire, restauration collective, milieux scolaires et universitaires, formateurs, enseignants,

apports nutritionnels conseillés (ANC), associée à une réduction de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D,

- réduction de la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses),

- augmentation de la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres,

- réduction de la consommation d'alcool qui ne devrait pas dépasser 20 g d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

2. modifier les marqueurs de l'état nutritionnel

- réduction de 5 % de la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes,

- réduction de 10 mm de Hg de la pression artérielle systolique chez les adultes,

- réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interruption de l'augmentation particulièrement élevée au cours des dernières années de la prévalence de l'obésité chez les enfants

3. Modifier l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

chercheurs, communicants, législateurs, monde associatif, médias...), de multiples structures politiques et institutions. Au cœur des actions développées avec l'ensemble des acteurs concernés, une réelle implication des industriels de l'agro-alimentaire doit permettre d'avoir un impact majeur sur les aliments eux-mêmes et sur les choix des aliments par les consommateurs ;

- d'avoir des références en termes de faisabilité. L'efficacité de la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire mise en place en Finlande au cours des 20 dernières années illustre la faisabilité de projets nationaux ambitieux et leur efficacité à réduire la morbidité et la mortalité.

- augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi heure de marche rapide par jour (monter l'escalier à pied, faire les courses à pied). La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Les objectifs nutritionnels spécifiques

A côté de ces objectifs prioritaires qui concernent l'ensemble de la population, des objectifs spécifiques doivent être également retenus. Ils visent à résoudre certains problèmes nutritionnels observés dans différents groupes à risque (femmes enceintes et allaitantes, femmes en âge de procréer, enfants et adolescents, sujets âgés, personnes en situation de précarité...) et portant spécifiquement sur certains nutriments (fer, folates, calcium, vitamine D) ou certains risques particuliers (carences spécifiques, malformations congénitales, allergie...). La prise en compte de ces objectifs spécifiques peut associer diverses approches : recommandations nutritionnelles, utilisation de compléments ou de suppléments, enrichissement des aliments.

Recommandations concernant les compléments, suppléments et l'enrichissement en vitamines et minéraux des aliments

Les données actuelles ne permettent en aucune façon de recommander l'utilisation de compléments et/ou suppléments vitaminiques et minéraux en auto-médication pour la population générale. Il est indispensable que les produits d'auto-médication mis à la disposition des consommateurs fournissent des informations précises sur les doses apportées et leur contribution aux apports nutritionnels conseillés, ainsi que les conditions d'utilisation. Les compléments vitaminiques et minéraux (aux



doses journalières inférieures aux ANC) ne posent pas, a priori, de problèmes en termes d'innocuité. Encore faut-il que les posologies unitaires soient bien indiquées et la contribution aux ANC soit précisée. Au contraire les suppléments (doses journalières supérieures aux ANC) ne devraient pas être utilisés en auto-médication, au long cours, sans avis médical. Les compléments et suppléments devraient porter une mention rappelant le fait que l'alimentation est la principale source de vitamines et de minéraux.

Dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas d'arguments pour recommander l'enrichissement obligatoire d'un ou plusieurs aliments en un quelconque constituant nutritionnel (à l'exception des laits infantiles). L'enrichissement d'aliments véhicules peut être cependant acceptable sur une base de volontariat, dans le cas où la fréquence des déficiences (formes modérées du déficit sans expression clinique mais objectivables biologiquement) est importante au niveau d'une population spécifique. L'enrichissement d'aliments destinés à des populations particulières peut être un moyen de contribuer à augmenter les apports en certains micronutriments et à favoriser la satisfaction des apports conseillés dans des groupes de populations bien définis (en fonction du sexe, de l'âge ou de certaines circonstances physiologiques de la vie) dont une large fraction s'éloigne des recommandations (moins des deux tiers ANC). L'enrichissement est une approche qui peut être justifiée à condition que l'aliment-véhicule ait une bonne pertinence au plan nutritionnel, qu'il soit réellement consommé par la population cible et qu'existent toutes les garanties d'efficacité et d'innocuité de la mesure. L'enrichissement ne doit pas être responsable de modifications négatives des comportements (en termes de régression ou de modification de bonnes habitudes).

2 Les outils de santé publique nécessaires

Des apports nutritionnels conseillés régulièrement actualisés : le suivi permanent de la validité de ces références, ainsi que la publication régulière d'une édition actualisée devront être mis en place.

Un guide alimentaire national largement diffusé : ce document pratique et aisément compréhensible proposera un mode d'alimentation intégré basé sur les choix d'aliments et de comportements permettant à chaque individu de satisfaire les apports nutritionnels conseillés et, au niveau de la collectivité, d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique retenus. Sa diffusion doit s'inscrire dans une stratégie précise et définie à l'avance.

Des guides complémentaires pourront être élaborés pour les groupes concernés par les objectifs nutritionnels spécifiques (femmes enceintes, adolescents, sujets âgés...).

3 Les mesures et actions de santé publique destinées à l'ensemble de la population

Mesures politiques influençant les consommations alimentaires, la qualité nutritionnelle des aliments et l'activité physique

- Intégration de la dimension nutritionnelle dans toutes les mesures politiques touchant directement ou indirectement l'alimentation (politique agricole, sociale, réglementation, ...),
- Développement de mesures législatives et politiques ayant un impact favorable sur les consommations et comportements alimentaires (lois, subventions et mesures fiscales incitatives),
- Adaptation de la réglementation dans le domaine nutritionnel aux objectifs de santé publique,
- Incitation et soutien aux initiatives des producteurs en matière de qualité nutritionnelle,
- Aménagements urbains favorisant l'activité physique dans la vie quotidienne,
- Mesures incitant les employeurs à favoriser l'activité physique des salariés ayant une activité sédentaire.

Programmes d'information et d'éducation autour des objectifs nutritionnels prioritaires et des objectifs spécifiques

- Leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation nécessitent la mobilisation de tous les partenaires concernés : ministères, responsables et acteurs de santé publique régionaux, scientifiques et chercheurs, associations de consommateurs, spécialistes en éducation pour la santé, sociologues, industriels, spécialistes en marketing, publicitaires, agences de communication, représentants des médias...
- Les campagnes d'information « grand public » devront être développées sur une grande échelle : TV, radio, presse écrite nationale et régionale. Elles seront précédées de campagnes destinées aux professionnels de santé, afin qu'ils puissent être des relais efficaces de ces informations. Les messages délivrés seront simples, limités, clairs et spécifiques, déclinés en fonction des différents publics visés. Ils viseront à responsabiliser les consommateurs pour en faire des acteurs de leur santé. Les campagnes porteront également, sur l'activité physique dans la vie quotidienne.
- Des centres ressources régionaux, s'intégrant aux structures de santé publique existantes, devront être mis en place pour favoriser l'appropriation de ces programmes par les acteurs de terrain.
- Un soutien des médias est indispensable, notamment pour amplifier les campagnes d'information, mais aussi pour rétablir la vérité face à la diffusion d'informations induisant en erreur les consommateurs.
- Des moyens doivent être mis en place pour

garantir et crédibiliser la publicité des entreprises souhaitant communiquer de façon adéquate et soutenir les messages et produits alimentaires ayant une pertinence nutritionnelle (contribuant à atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires). Parallèlement, il est indispensable de contrôler les allégations concernant certains produits présentant de « pseudo » vertus nutritionnelles et de réprimer la publicité trompeuse.

Actions en milieu scolaire et universitaire

Différentes mesures ou actions doivent donc être associées dans ce secteur :

- intégration de la dimension alimentation/nutrition et notamment d'éléments du guide alimentaire national (et d'un éventuel guide spécifique pour l'enfant), dans les programmes et manuels scolaires,
- implication des services de promotion de la santé en faveur des élèves,
- intégration des repas scolaires dans les processus d'éducation nutritionnelle et dans les moyens d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires (adaptation des menus),
- mise en pratique des recommandations nutritionnelles du Groupe permanent d'étude des marchés de denrées alimentaires du ministère des Finances concernant les repas servis en milieu scolaire,
- labellisation du matériel pédagogique destiné aux élèves produit par des firmes agro-alimentaires,
- limitation des produits de grignotage dans les distributeurs automatiques situés dans ou à proximité des établissements scolaires, obligation d'intégrer des aliments ayant une valeur nutritionnelle adéquate (fruits, produits laitiers, produits céréaliers...),
- obligation d'installer des fontaines d'eau fraîche dans les établissements scolaires et interdiction des distributeurs des boissons sucrées énergétiques (sodas),
- distribution gratuite de fruits (sous une forme séduisante pour les enfants) et de produits laitiers à la collation du matin ou au goûter de l'après-midi,
- développement de l'éducation physique à l'école, dans l'optique de favoriser la gestion de la vie physique future.

Actions au niveau de la restauration collective et des lieux de travail

Les sociétés de restauration collective souhaitant s'associer à cette démarche s'engageront à proposer des menus labellisés « Programme national nutrition-santé » et à participer aux campagnes d'information répondant à un cahier des charges préalablement défini.

L'implication forte des industriels de l'agro-alimentaire

Les objectifs nutritionnels de santé publique ne peuvent être atteints sans une collaboration étroite avec les industriels de l'agro-alimentaire, qui doit être envisagée à différents niveaux dans le cadre de :

- l'amélioration des produits alimentaires mis à la disposition des consommateurs, notamment des aliments dont la consommation contribue à atteindre les objectifs de santé publique,
- la communication ou de la promotion autour de ces aliments,
- l'information du public sur les objectifs nutritionnels prioritaires.

Deux mesures spécifiques doivent permettre de favoriser l'adhésion des industriels :

- la création d'un label officiel « Programme Nutrition-Santé », matérialisé par un logo, devra être largement médiatisé pour être connu et reconnu par la population générale. Il sera délivré sur demande pour tout produit alimentaire répondant à un cahier des charges strict et pré-défini, et considéré comme contribuant aux objectifs nutritionnels prioritaires. Ce logo permettra également de labelliser la communication (campagnes publicitaires) des produits alimentaires faisant allusion directement ou indirectement à une valeur santé intrinsèque ou ajoutée, à condition que cette communication présente une réelle pertinence nutritionnelle ;
- la possibilité d'utilisation d'allégations « nutritionnelles » issues du « Programme nutrition-santé » sur les produits alimentaires et dans la communication relative à ces produits. Les allégations autorisées porteront sur les données génériques reprenant les objectifs nutritionnels prioritaires (et non pas directement sur les produits eux-mêmes).

Une charte de bonne pratique mise à la disposition des industriels de l'agro-alimentaire devrait faciliter leurs demandes de labellisation et/ou d'allégations. Une réflexion développée avec les industriels de l'agro-alimentaire et les consommateurs devrait permettre de déboucher sur un principe d'étiquetage informatif.

Actions au niveau du système de soins

La participation des acteurs du système de soins est essentielle, pour relayer auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, conforter les recommandations et assurer la prise en charge précoce des problèmes nutritionnels. Le Programme national nutrition-santé doit aussi être l'occasion d'améliorer la détection et la prise en charge des maladies nutritionnelles par le développement :

- d'un outil d'évaluation clinique de l'état nutritionnel,

- de recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention,
- le diagnostic et le traitement des principales maladies liées à la nutrition,
- de démarches d'éducation du patient,
- et par la mise en place de structures d'évaluation de l'alimentation hospitalière.

Actions au niveau des supports artistiques, culturels, sportifs et des personnalités politiques

Le soutien du programme national nutrition-santé par les différents supports artistiques, culturels et sportifs, et des personnalités politiques pouvant favoriser la promotion des objectifs nutritionnels prioritaires devra être recherché.

Mise en place à la direction générale de la Santé d'un comité d'appui pour la mise en place et le suivi de la politique nutritionnelle

4 Les mesures et actions de santé publique spécifiques

Ces mesures porteront sur :

- la lutte contre la carence en fer pendant la grossesse,
- l'amélioration du statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse,
- la promotion de l'allaitement maternel,
- l'amélioration du statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents
- l'amélioration du statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées,
- la lutte contre la dénutrition des personnes âgées,
- la lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les sujets en grande situation de précarité,
- la lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les sujets suivant des régimes restrictifs,
- des mesures visant la prise en compte des problèmes d'allergies alimentaires.

5 Les actions de formation

- Les formations médicales et paramédicales, initiales et continues devront intégrer l'alimentation, la prévention nutritionnelle des grandes maladies chroniques et la nutrition thérapeutique.
- La formation des enseignants, des formateurs et des professions relais. Il est indispensable d'intégrer la dimension alimentation/nutrition dans les programmes de formation initiale et continue de certains de ces professionnels ainsi que pour les gestionnaires et le personnel d'encadrement de restauration scolaire et plus généralement, de restauration collective.

- La formation des « diététiciens » et des professionnels de l'industrie agro-alimentaire. Il semble nécessaire de mettre en place une formation correspondant à un nouveau métier de « diététicien nutritionniste ». Il faut également former à la nutrition humaine les professionnels destinés à travailler dans l'industrie agro-alimentaire.

6 La promotion de la recherche en nutrition humaine

Afin de pallier la dispersion et l'absence d'une politique globale définissant des objectifs et des limites, il est indispensable de promouvoir au sein des organismes de recherche (Inserm, Inra, CNRS, ...) et des universités des recherches dans le domaine des déterminants et de l'évaluation de l'état nutritionnel, de la compréhension des relations entre alimentation et santé, de l'évaluation des méthodes et actions de prévention nutritionnelle.

La création d'un Réseau technologique de nutrition, sous l'égide du ministère de la Recherche, associant les pouvoirs publics, les chercheurs, les industriels de l'agro-alimentaire et les consommateurs, devrait permettre de définir un plan national et de hiérarchiser les priorités de recherche. En cohérence avec les objectifs de santé publique, une priorité devra être donnée aux recherches dans les domaines des relations alimentation-cancer, alimentation-maladies cardiovasculaires, alimentation-obésité et alimentation-ostéoporose.

7 Les moyens de surveillance de l'état nutritionnel de la population

- L'ajustement du Programme national nutrition-santé à l'évolution de la situation nutritionnelle de la population, ainsi que son évaluation, nécessitent la mise en place d'un dispositif permettant de centraliser les données existantes et de collecter régulièrement de façon transversale des données sur un échantillon représentatif de la population, de disposer des moyens d'évaluation de l'état nutritionnel de la population et des groupes de population en risque de problèmes nutritionnels.
- Face au nombre de produits alimentaires commercialisés et à l'innovation très rapide dans ce domaine, il est essentiel de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que les tables de composition des aliments soient actualisées et enrichies en permanence.

8 L'évaluation

L'évaluation du programme Prévention nationale nutrition-santé et de ses différentes composantes est bien entendu indispensable à prévoir d'emblée et à mettre en œuvre.

Rapport disponible sur le site internet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité: www.sante.gouv.fr.
À paraître aux Éditions de l'ENSP (02 99 54 90 98).



Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

Quelles propositions peut-on formuler pour améliorer les politiques publiques visant à réduire l'impact pour la santé de la pollution atmosphérique ? Pour répondre à cette question, le Haut Comité de la santé publique a remis un rapport au Gouvernement en juin 2000.

Le Haut Comité de la santé publique a réuni un groupe d'experts de diverses origines professionnelles et institutionnelles. Les travaux du groupe ont consisté dans un premier temps à rassembler les connaissances scientifiques actuelles sur les effets biologiques et sanitaires de l'exposition à une vaste gamme — nécessairement limitative et arbitraire — d'agents chimiques et biologiques véhiculés par l'air, dans les différents lieux de vie de l'homme. Il s'est ensuite livré à une étude critique des politiques publiques conduites pour lutter contre la pollution atmosphérique. C'est sur cette base qu'est proposé un ensemble de trente propositions, regroupées en huit grands domaines, visant à améliorer la qualité de l'air et à réduire les expositions des personnes, donc les risques encourus.

Quels en sont les principaux messages ?

Le risque subsiste

La pollution de l'air, pourtant sensiblement réduite par rapport aux situations qui prévalaient il y a quelques décennies, aussi bien dans l'air extérieur que dans les espaces intérieurs où l'homme passe le plus clair de son temps, continue aujourd'hui à exercer des effets néfastes pour la santé de chacun. Si certaines personnes, du fait de leur âge (les tout petits ou les personnes âgées), ou de leur état physiologique (les personnes présentant un état d'hyper-réactivité immunitaire, les personnes malades du cœur ou des poumons...), sont plus sensibles à l'action des polluants chimiques ou biologiques, notamment à court terme, c'est bien l'ensemble de la population qui peut subir les conséquences d'une exposition chronique aux concentrations actuelles des polluants dans l'air. Certes, au niveau individuel, les risques encourus par les personnes en bonne santé sont devenus modestes, à l'image de la pollution. Mais l'impact de cette exposition au long cours est sans doute encore élevé, si l'on en juge au vu des données disponibles, du fait de l'importance numérique des populations qui vivent en site urbain fortement

influencé par les émissions des véhicules automobiles ou des sources industrielles, dont l'activité professionnelle s'exerce dans des lieux de travail mal ventilés, ou encore qui respirent un air de médiocre qualité dans leur domicile, le plus souvent sans le savoir. Accroissement de la sensibilité des personnes allergiques, augmentation de la proportion de sujets ayant une fonction respiratoire altérée, réduction de la survie à 10 ou 15 ans, sont parmi ces conséquences sanitaires à long terme les mieux documentées ; certains doutes persistent sur le risque que cette exposition chronique peut occasionner sur l'induction de la maladie asthmatique ou sur l'incidence de cancers. La pollution est donc encore un problème de santé publique, par ses conséquences à long terme ainsi que, pour les personnes les plus fragiles, par ses effets à court terme.

La nécessité d'une vision intégrée de la pollution atmosphérique

Des risques demeurent donc, et résultent de l'effet conjugué de toutes les occasions d'exposition à des agents biologiques et chimiques au long de l'existence, dans les divers lieux de vie fréquentés par les personnes. Ainsi, il ne faudrait plus parler de la pollution atmosphérique, sauf à la considérer dans un sens générique, mais plutôt des pollutions atmosphériques : celle que l'on rencontre dans l'air ambiant extérieur ; mais aussi celle qui affecte encore tant de locaux de travail ; celle qui, plus sournoise car encore fort mal connue, résulte d'une mauvaise conception des bâtiments ou des équipements, ou de pratiques domestiques à risque (fumer, utiliser des produits à potentiel nocif dans des espaces confinés...) ; ou encore celle dont on peut souffrir dans divers autres lieux mal ventilés (garages souterrains, tunnels...). Il importe, pour agir avec la plus grande efficacité en termes de santé, d'avoir cette vision intégrée de l'exposition. Celle-ci appelle des efforts qui doivent être ciblés en priorité sur les lieux et niveaux d'exposition affectant le plus de personnes, pendant le plus de temps. Il

ne serait ni cohérent ni véritablement efficace, du point de vue de la santé publique, de poursuivre les — pourtant nécessaires — efforts de réduction des émissions de polluants dans l'air urbain, si étaient négligés, en parallèle, ces nombreux espaces intérieurs où les concentrations de polluants peuvent être très élevés, et où l'homme moderne passe de l'ordre de 90 % de son temps, en moyenne.

Un principe de citoyenneté

Le droit à l'information sur la qualité de l'air que chacun respire est un droit fondamental. La « directive cadre » de l'Union européenne et la Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie de 1996 ont fait progresser ce droit, notamment en développant la surveillance de la qualité de l'air extérieur, tant au plan géographique que par la gamme de polluants suivis. Mais ce droit n'est guère respecté sur les lieux de travail. Par défaut de surveillance, dont les conditions et fréquences peuvent être considérablement améliorées ; aussi par habitude du secret et du fait des règles propres des relations sociales dans l'entreprise. Cette situation « d'extra-citoyenneté » doit rapidement évoluer car elle est devenue anachronique. Pour d'autres raisons, ce droit à l'information ne peut être satisfait dans l'habitat, car cet espace privé a été, jusqu'à peu, oublié dans le débat public sur la qualité de l'air. S'il n'est pas envisageable, à l'heure actuelle, de prôner la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans tous les logements, des campagnes de mesure dans des échantillons représentatifs du parc devraient être engagées pour alimenter en informations pertinentes l'observatoire de la qualité de l'air récemment mis en place, et permettre une sensibilisation générale des habitants.

Si le citoyen attend légitimement une information claire et honnête sur la qualité de l'air qu'il respire, il exige aussi de plus en plus de comprendre les processus de décision qui peuvent affecter son environnement, voire d'y être associé. Chacun comprend que le temps des délibérations secrètes dans d'opaques comités administratifs, au niveau local ou national, sur l'installation d'une activité industrielle ou sur une l'ouverture d'une nouvelle voirie, est révolu. Il suscite dorénavant méfiance légitime et contestations, malgré le luxe de précautions dont s'entourent aujourd'hui les décideurs. Les règles de la transparence et du débat public ne s'opposent pas à la nécessité de l'arbitrage final « du politique », fondé à faire la synthèse

entre les différents intérêts et points de vue exprimés. Au contraire, ils le justifient et sont de nature à favoriser l'adhésion des citoyens aux décisions démocratiquement prises.

Une plus grande cohérence des politiques publiques

À cette vision intégrée des pollutions atmosphériques doit répondre une mobilisation cohérente et concertée des acteurs publics et privés. En premier lieu, un effort redoublé de coordination des politiques conduites par les différentes administrations de l'État en charge, chacune pour son compte, de la qualité de l'air, est nécessaire. Environnement, Travail, Équipement et Logement,

Agriculture, Sécurité Civile, et naturellement Santé, poursuivent souvent des politiques sectorielles dont l'efficacité est limitée par le manque de concertation. Les lieux d'élaboration commune et de coordination, qui existent déjà, doivent être renforcés. Dans cet esprit, l'évaluation des risques pour la santé occasionnés par la pollution de l'air doit être clairement distinguée des lieux et moments de leur gestion. Les instances en charge de cette mission de sécurité sanitaire doivent voir leur indépendance et leurs moyens garantis pour apporter aux décideurs, comme aux citoyens, l'assurance d'un éclairage non biaisé. Dans le paysage actuel de ces institutions, qui s'est considérablement enrichi ces dernières années, demeurent

Groupe de travail

Président

- Denis Zmirou, HCSP

Membres

- Michel Aubier, hôpital Bichat, Paris
- François Bonnaud, HCSP
- Denis Charpin, CHU - hôpital Nord, Marseille
- Frédéric de Blay de Gaix, CHRU - hôpital Lyautey, Strasbourg
- Philippe Geiger, ministère de l'Environnement
- Marcel Goldberg, Inserm U 88, hôpital de Saint Maurice
- Odette Grzegzalka, HCSP
- Alice Koppel, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS
- Philippe Lameloise, Airparif
- Roland Masse, président honoraire de l'Opri
- Isabelle Momas, Université Paris V
- Jean-Luc Potelon, École nationale de la santé publique, Rennes
- Philippe Quenel, hôpital de Saint-Maurice, InVS
- Isabelle Roussel, Comité APPA Nord/Pas-de-Calais

Ont participé à l'élaboration du rapport

- Dominique Choudat, Hôpital Cochin, Paris
- Christian Cochet, CSTB
- William Dab, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS

- Jean Charles Dalphin, CHU Besançon
- Daniel Dumont, CHU Limoges
- Bernard Festy, APPA, Paris
- Gérard Lasfargues, CHU Tours
- François Mansotte, Ddass Seine-Maritime
- Gérard Monchaux, CEA
- Ari Rabl, Ecole des Mines, Paris
- Dominique Tricard, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS
- Denis Vincent, hôpital Cochin, Paris

Experts auditionnés

- Christian Cochet, CSTB, Paris
- Bruno Fargette, DIRE Île-de-France
- Denis Gardin, PRQA, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Marseille
- Roland Joumard, Inrets, Bron
- Daniel Gerard, PDU, Lyon
- Denis Hemon, Inserm, Unité 170, Villejuif
- Alain Morcheoine, Ademe, Paris
- Jean Rey, conseiller auprès du ministre de l'Éducation nationale
- Marc Seguinot, Commission de l'Union européenne, DGV
- Fabien Squinazzi, Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris
- Rémi Stroebel, Ademe, Paris
- Maud Valat-Tadei, DRT, ministère de la Solidarité et de l'Emploi

Coordinateur

- Marc Duriez, HCSP



cependant des zones d'ombre ou de confusion des rôles, notamment pour l'évaluation des risques liés à la production des substances chimiques ou liés aux environnements professionnels. Après le vide qui, dans le passé, a laissé perdurer des expositions inacceptables, il convient aussi d'éviter le trop plein, en définissant clairement les fonctions distinctives des diverses instances, nouvelles ou anciennes, et les conditions de leur indispensable coopération car, on l'a dit, une politique cohérente d'évaluation et de réduction des risques procède nécessairement d'une lecture transversale des expositions.

Mais au-delà des services de l'État, un grand nombre d'autres acteurs occupent un rôle majeur dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques qui façonnent notre cadre de vie et la qualité de l'air. Les collectivités territoriales sont dorénavant, en raison de la place relative importante occupée par la pollution d'origine automobile, des partenaires essentiels de l'État pour la maîtrise des émissions polluantes, au côté des industriels. Encore plus que par le passé, la prévention de la pollution atmosphérique relève donc nécessairement des nouvelles politiques publiques contractuelles ou partenariales.

La pollution atmosphérique constitue-t-elle une priorité de santé publique ?

À quoi reconnaît-on une priorité de santé publique ? Au nombre de morts ou de malades que l'éradication de la cause permet d'éviter ? À cette aune, le tabagisme actif et l'alcoolisme n'ont guère de compétiteurs en France. Aux inégalités de santé et de bien-être dont cette cause est responsable ? Il est clair que tous les habitants du territoire n'ont pas droit actuellement à une qualité de l'air égale : au voisinage des grandes voiries, dans les ateliers enfumés ou au sein des logements mal ventilés, se retrouvent en priorité des personnes cumulant des conditions d'existence difficiles et fragiles, l'air respiré n'étant qu'un témoin d'un parcours social défavorisé. À la sensibilité d'une opinion publique inégalement exigeante ? Un cataclysme a frappé il y a trois ans toute un pan de l'économie agricole, l'élevage de bovins, à cause de l'effroi qui a saisi les consommateurs et les responsables politiques européens, face au spectre de la vache folle et de sa possible transmission à l'homme ; en face, on estime qu'une cinquantaine de personnes sont mortes dans

le monde de la nouvelle forme de la maladie de Creutzfeldt Jacob. À l'importance des connaissances scientifiques accumulées et à leur aptitude à identifier des domaines d'action (en matière de technologies ou de politiques publiques) dont l'efficacité a pu être avérée ? Cela rend en effet difficilement défendable l'inaction mais ne fournit pas une mesure assurée des efforts à consentir. Tous ces facteurs sont à prendre en considération, et la fixation de priorités de l'action publique est bien un exercice de pondération et d'arbitrage.

La pollution atmosphérique répond peu ou prou à ces différents critères de jugement. Malgré des zones d'ombre encore nombreuses, les faits aujourd'hui établis, et ceux sérieusement suspectés par l'abondante littérature scientifique disponible (et en constante accumulation) désignent cette forme de nuisance comme une source d'atteinte à la santé dont les conséquences, à court, mais surtout à long terme, peuvent être graves et affecter un grand nombre de personnes. La situation est sans doute bien meilleure, globalement, qu'elle ne l'était il y a 20 ou 40 ans, que ce soit dans l'air ambiant ou dans les espaces intérieurs, notamment professionnels. Cela n'exonère pas de leurs responsabilités ceux qui ont le moyen d'agir pour poursuivre cette tendance favorable — et ils sont nombreux. Si, malgré ces progrès, il est encore possible aujourd'hui de mettre en évidence les différents effets biologiques, fonctionnels et cliniques qui ont été développés dans cet ouvrage, c'est sans doute que la gravité de la situation qui prévalait lorsque les concentrations des polluants dans les cités ou les ateliers de nos parents ou grands-parents étaient plus élevées avait été sérieusement sous-estimée ; les outils de la connaissance étaient alors trop sommaires, tout juste aptes à percevoir des phénomènes massifs.

La nécessité de l'action étant établie, les principes de proportionnalité et de cohérence invitent à mettre en œuvre des politiques destinées en priorité à réduire les expositions les plus élevées et celles qui affectent le plus de monde. L'analyse avantages-inconvénients des politiques sectorielles mérite d'être fortement renforcée, avec comme repère leurs gains en terme de santé publique. Ce rapport espère avoir montré qu'il faut considérer les risques liés à la qualité de l'air de manière intégrée : au travail, au domicile ou dans les espaces accueillant du public, comme dans l'air ambiant : parce

que l'exposition de l'enfant ou de l'adulte résulte de ce qu'il respire tout au long de sa journée et de sa vie courante ; parce que les principaux effets apparaissent de manière différée, comme conséquences d'expositions répétées et/ou cumulées ; enfin parce que les échanges entre air extérieur et airs intérieurs rendent illusoire une vision cloisonnée. L'incohérence consisterait à s'évertuer à réduire les sources de pollution dans l'environnement atmosphérique extérieur — effort qu'il faut cependant poursuivre sans relâche — sans s'occuper de la qualité de l'air respiré dans un habitat mal ventilé, ou sans s'interroger sur les niveaux d'exposition tolérés dans des locaux professionnels. Les registres d'action à couvrir sont très variés : du renforcement de la recherche amont aux prescriptions concernant les émissions d'une cheminée industrielle ou la reconnaissance de maladies professionnelles, c'est un vaste spectre que doit embrasser une politique intégrée visant à réduire les risques liés à l'air que l'on respire. Un ensemble de préconisations sont présentées à cet effet. Le lien qui les unit, par delà leur diversité, est l'espoir qu'à cette vision intégrée des risques pour la santé, réponde enfin une approche intersectorielle coordonnée des politiques publiques, afin de consolider les ponts qui relient les différents acteurs qui ont une part de responsabilité dans le domaine de la qualité de l'air. Si l'action publique efficace requiert que chacun agisse au mieux au niveau de compétence qui est le sien, services de l'État, des collectivités territoriales, acteurs industriels et citoyens, cette vision transversale des risques liés à la qualité de l'air appelle aussi une évolution de la culture de ces acteurs, et singulièrement des administrations de l'État, plus habituées à œuvrer de manière cloisonnée, voire concurrentielle, que concertée. Des lieux pour que se déroule mieux cette concertation, lors de l'évaluation des risques et lors de leur gestion, en particulier pour la fixation des priorités et des responsabilités dans l'action, sont proposés dans ce rapport, au niveau national comme au niveau local.

Une autre logique qui parcourt l'ensemble des propositions est celle du droit à l'information ; cela exige le développement de la surveillance de la qualité de l'air et la garantie de l'accessibilité des données collectées, y compris dans des espaces demeurés à l'écart du mouvement général : les locaux professionnels et les domiciles. Ce droit à l'information se prolonge naturellement par

Recommandations

Promouvoir un effort coordonné de recherche

- Mettre en place un programme de recherche intégré sur l'exposition des populations aux polluants atmosphériques
- Promouvoir la recherche sur les effets d'une exposition chronique aux polluants atmosphériques, qui intègre la recherche métrologique, expérimentale et épidémiologique
- Développer la recherche sur l'efficacité des politiques et dispositifs de réduction des expositions et des risques
- Poursuivre les recherches sur les mécanismes expliquant les effets à court et long terme des polluants atmosphériques

Développer la formation dans le domaine santé-environnement

- Améliorer la capacité des professions médicales de répondre aux problèmes liés à la qualité de l'air
- Structurer une filière de formation professionnelle pour l'audit et le conseil en matière d'environnements atmosphériques (extérieurs, intérieurs, dont professionnels)
- Développer les formations sur l'environnement et la santé au sein des professions de l'habitat et de l'urbanisme

Améliorer le caractère transparent et démocratique des procédures d'autorisation d'aménagements ou d'activités pouvant générer une pollution atmosphérique

- Mieux informer les résidents au voisinage des installations et aménagements polluants
- Les Conseils départementaux d'hygiène : des représentations élargies et des débats rendus publics

- Donner plus de publicité à la commission nationale de débat public et rendre plus transparentes les procédures d'utilité publique
- Améliorer l'information du consommateur et des professionnels sur la composition du bâti et des équipements

Renforcer la cohérence des politiques publiques sur la pollution atmosphérique

- Analyse des priorités : l'optimisation du rapport coût-efficacité sanitaire comme critère priorité.
- Un impératif de transparence : distinguer les instances d'évaluation et de gestion des risques liés à la qualité de l'air
- Installer l'agence de sécurité sanitaire environnementale en tant qu'instance nationale intersectorielle d'expertise et d'animation du débat public
- Assurer la complémentarité des missions de l'Agence de sécurité sanitaire environnementale et de l'Institut national de veille sanitaire
- Mieux valoriser l'ensemble des données de surveillance des ambiances atmosphériques
- Conforter la présence française dans les instances scientifiques et réglementaires européennes

Poursuivre l'effort de réduction des sources d'émissions de polluants

- Sources extérieures fixes : sources industrielles traditionnelles et particules fixes qui échappent aux systèmes d'épuration des effluents industriels
- Sources mobiles liées aux transports
- Consolider le dispositif des plans de déplacements urbains en faveur de la qualité de l'air

- Autres sources extérieures : les engins de chantier et plateformes aéroportuaires, la pollinivigilance et le contrôle des espèces végétales les plus allergisantes
- La pollution dans l'habitat

Renforcer les points faibles de la maîtrise des expositions et des risques

- Harmoniser les réglementations et procédures visant la réduction des expositions en milieu extérieur, au travail et dans l'habitat
- Garantir l'indépendance des organismes de surveillance de la qualité de l'air en milieu professionnel et assurer l'accessibilité des données de surveillance de la qualité de l'air
- Améliorer les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles

Optimiser la surveillance de la qualité de l'air en vue de l'évaluation des risques

- Développer la surveillance de nouveaux polluants (PM2.5, HAP...)
- Optimiser l'utilisation des données de surveillance pour estimer l'exposition des populations et l'évaluation des risques
- Optimiser le nombre de capteurs, selon la pertinence sanitaire des polluants indicateurs et la corrélation des résultats

Améliorer l'information de la population sur la qualité de l'air

- L'instauration d'une journée nationale annuelle de l'air
- Faire évoluer les procédures d'information et d'alerte sur l'air ambiant

la reconnaissance du droit à la participation des citoyens, aussi bien en tant que riverains qu'en tant que travailleurs, aux procédures qui déterminent la qualité de leurs environnements atmosphériques. Sous-tendant cette exigence citoyenne, l'effort de recherche et de formation doit être sensiblement accru.

Ce rapport ne prétend pas avoir traité de manière complète — voire équitable — tous les problèmes de santé relatifs à la qualité de l'air, aujourd'hui. La question des odeurs, par exemple, mériterait, par son impact important

sur le bien-être d'un grand nombre de personnes, des développements plus approfondis. Les conséquences sanitaires possibles des perturbations planétaires de la qualité de l'air, n'ont pas non plus fait l'objet d'une analyse à la hauteur des enjeux. Des progrès importants peuvent cependant être accomplis par la mise en œuvre des principales propositions formulées dans ce rapport, et les questions qui n'y ont pas trouvé leur juste place devraient faire l'objet de réflexions prochaines.

Ces différents volets d'un effort renouvelé

de la société dans son ensemble pour conquérir un air qui ne soit pas « de nature à mettre en danger la santé humaine » étant ici argumentés, il revient aux pouvoirs publics, au niveau national, de définir le dosage et le calendrier des diverses mesures qui dessineront la qualité de l'air que nous respirerons demain et que nous léguerons à nos enfants. ■

Rapport disponible sur le site internet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité : www.sante.gouv.fr.
À paraître aux Éditions de l'ENSP (02 99 54 90 98).

La place des usagers dans le système de santé

Étienne Caniard
Co-secrétaire
des États généraux
de la santé

Comment mettre en œuvre la participation des citoyens au système de santé ? Le groupe de travail piloté par Étienne Caniard a émis des propositions concernant la représentation des usagers, leur place dans les procédures de médiation et l'organisation de débats publics.

L'objectif affiché des États généraux de la santé consistait à favoriser l'expression des citoyens.

Cela a été fait, beaucoup d'observateurs ont considéré que ce moment privilégié de débat a été un succès, même si la forme des débats, l'implication des acteurs n'ont pas été forcément celles imaginées au lancement de cette initiative.

Les préoccupations nouvelles exprimées par les usagers du système de soins, la demande des citoyens, beaucoup plus souvent qualitative que quantitative, ont été l'occasion pour beaucoup de professionnels de santé de réfléchir différemment à l'exercice de leur mission, à l'organisation de l'offre sanitaire et au-delà à l'ensemble de la politique de santé.

Finalement, les États généraux ont montré, tout simplement, que le dialogue était non seulement possible mais souhaité par tous.

C'est pour répondre à des préoccupations concrètes que le Premier ministre a annoncé le 30 juin 1999 la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions « sur les droits des usagers du système de santé et notamment sur la place de leurs représentants dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que sur le développement des structures de conciliation et de médiation ».

Cette annonce était l'écho de la conclusion des États généraux : « Aux espoirs suscités doivent répondre les transformations attendues. Les États généraux de la santé ont été fort attendus, maintenant ils méritent surtout d'être entendus ».

Le groupe de travail* animé par Étienne Caniard s'est attaché à réfléchir autour de trois sujets principaux :

- comment organiser la représentation des usagers pour favoriser la structuration du mouvement associatif sans figer la situation existante, afin de permettre l'émergence de nouveaux modes de représentation, tant à l'intérieur du système de soins que dans l'organisation du débat public ?

- comment faire des procédures de médiation et de conciliation un outil de dialogue responsabilisant pour l'ensemble des professionnels et protecteur pour les usagers ?

- enfin comment organiser le débat public pour prolonger l'élan né au cours des États généraux de la santé ; si la démocratie sanitaire consiste aussi à mettre à la disposition de tous ce que quelques-uns connaissent, il faut évidemment étudier les conditions de la diffusion de l'information, préalable nécessaire à tout débat équilibré... et plus largement à l'amélioration de la qualité.

L'organisation de la représentation des usagers

S'appuyant sur le développement extrêmement rapide d'internet, nombre d'observateurs n'hésitent plus à parler d'une prise de pouvoir par les patients, prise de pouvoir qui s'appuierait sur le développement

* Ce groupe était composé de Philippe Bataille, Jean-François Bloch-Lainé, Nicolas Brun, Etienne Caniard, Chantal Deschamps, Sophie Laurant, Yann Le Cam, Thomas Tursz, Isabelle Vacarie, Gérard Zribi

d'un consumérisme exigeant parce que disposant d'un accès facile à l'information. Cette évolution est probable et porteuse de changements importants.

Pourtant, au-delà de l'accès à l'information, c'est aussi une nouvelle relation qui est demandée par les personnes malades.

La voie qui a été choisie dans ce rapport a été celle de la construction d'un dialogue plutôt que celle de la confrontation entre un consumérisme naissant et un pouvoir médical fragilisé.

Ce dialogue passe par une organisation de la représentation des usagers, au-delà des autres modes de participation (accès individuel à l'information, consultations sous diverses formes, forums citoyens...) qui permette la présence des usagers dans les institutions de santé selon les principes suivants :

Privilégier les « lieux de dialogue » plutôt que d'expertise, même s'il convient d'assurer les conditions de transparence dans les travaux et la manière d'en rendre compte dans les instances d'expertises.

Rechercher la participation aux processus de décision en évitant toute dilution dans la responsabilité des décideurs.

Permettre l'exercice d'une fonction de vigilance ; en effet les débats des États généraux de la santé ont largement montré que les lacunes résidaient davantage dans les conditions d'exercice de droits existants que dans l'existence des droits eux-mêmes.

Favoriser les lieux de partage de l'information ; à un moment où la suspicion s'est développée en écho à une certaine opacité du monde sanitaire, les professionnels de santé ne peuvent être considérés comme légitimes pour décider, seuls, de ce qui est communicable ou ne l'est pas. Il convient donc de créer des lieux de dialogue pour débattre ensemble des conditions de la diffusion de l'information.

Une fois ces principes énoncés, il convient, devant la diversité des associations de santé de définir les conditions d'une représentation efficace. Celle-ci passe à l'évidence par une reconnaissance sociale affirmée et par une structuration du mouvement associatif qui nécessitent :

- un statut reconnu accompagné d'un congé représentation pour éviter d'écarter de toute responsabilité les personnes en activité ;
- un effort très important pour assurer

la formation de la représentation des usagers. Ceci est très important à la fois pour permettre aux représentants des usagers d'assurer correctement leurs missions mais aussi pour répondre à la crainte des professionnels de santé qui redoutent de se trouver face à des interlocuteurs ignorant leurs contraintes et avec lesquels le dialogue serait difficile à établir.

Il est donc proposé qu'un agrément puisse être accordé pour une durée limitée à des associations nationales ou locales répondant à un certain nombre de critères (activité effective et publique en vue de la défense des intérêts des personnes malades, indépendance, représentativité). Cet agrément emporterait plusieurs conséquences :

- représentation des usagers dans tous les lieux ou instances prévoyant cette représentation ;
- rôle dans la formation des représentants des usagers ;
- fonction d'observation et de vigilance sur le respect des droits des personnes malades, diffusion des informations, participation à l'évaluation de la qualité des soins, association à l'élaboration des priorités de santé ;
- possibilité d'agir en justice ;
- droit d'initiative dans le débat public ;
- c'est donc un rôle nouveau qui va de la présence dans les lieux de soins à un rôle actif dans le débat public qui pourrait être confié aux organismes répondant aux critères justifiant l'agrément.

Les fonctions de médiation et de conciliation

Les ordonnances d'avril 1996 et le décret du 2 novembre 1998 ont institué, au-delà de la représentation des usagers dans les Conseils d'administration des établissements publics de santé, une commission de conciliation « chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose ».

Cette rédaction illustre l'ambiguïté de cette commission qui ne peut elle-même faire œuvre de conciliation comme le rappelle une circulaire du directeur des Hôpitaux, mais qui n'est pas non plus seulement un lieu de dialogue.

Il est donc proposé de séparer très clai-

rement les fonctions d'amont (dialogue, régulation, information) d'une fonction pré-contentieuse et de créer à l'intérieur de tous les établissements de santé (publics et privés) un lieu qui aille bien au-delà du seul traitement des plaintes.

Afin de ne pas briser l'élan né de la mise en place récente voire en cours des commissions de conciliation, il semble préférable de ne pas modifier leur composition mais d'en faire un lieu de dialogue qui ait vocation à devenir une véritable « maison des usagers ».

La clarification des rôles entre le directeur de l'établissement, la commission et le médecin « médiateur » doit permettre d'éviter une dilution des responsabilités et de créer les conditions d'une meilleure efficacité de la présence des usagers.

Il s'agit en d'autres termes de remplir les fonctions d'assistance, de transparence, de s'assurer de la satisfaction globale des usagers et d'améliorer ainsi la qualité de la prise en charge.

Il convient néanmoins, au-delà des efforts d'amélioration du dialogue et de la circulation de l'information, facilitées par l'accès au dossier médical, de ne pas ignorer que de véritables litiges existent et qu'il faut dans cette hypothèse mettre en place une procédure de conciliation, indépendante et extérieure au lieu de naissance du litige.

C'est probablement au niveau régional, en articulation avec l'expertise nécessaire à l'éventuelle indemnisation des accidents médicaux graves non fautifs, que pourraient être créées des commissions de conciliation.

Présidées par un magistrat, elles seraient compétentes pour tous les litiges du secteur sanitaire, établissements de santé comme médecine de ville, le principe retenu étant de permettre à tout instant aux usagers du système, le choix de la procédure qui lui semble le mieux adaptée à sa demande.

Développer le débat public et l'information

Trop souvent pour le grand public, la confusion existe entre la connaissance scientifique, l'expertise et la décision.

C'est ce constat qui a amené Ph. Kourilsky et G. Viney à proposer d'organiser l'expertise en deux cercles :

- l'un composé exclusivement d'experts pratiquant une analyse scientifique et technique.

- L'autre comprenant quelques experts du premier cercle ainsi que des économistes, des acteurs sociaux, des représentants des usagers.

Cette association des usagers est essentielle car de la même façon que la consultation de la population avant une décision ne doit pas réduire la responsabilité propre du décideur, la publicité autour de l'expertise doit rendre plus explicite la prise de décision et contribuer à faire comprendre que, si elle peut être éclairée par l'expertise, elle ne se résume pas à l'application d'un savoir scientifique ou médical.

La même logique doit être recherchée dans la diffusion de l'information. Il n'est en effet pas imaginable de laisser aux seuls professionnels de santé le choix des informations diffusables. Ce choix serait évidemment a priori suspect alors que souvent une bonne utilisation de l'information suppose une hiérarchisation préalable et une réflexion collective sur les modalités de diffusion.

Si le public avait ainsi un accès direct à l'information et partageait les choix de diffusion afin qu'ils contribuent à l'éducation des patients au-delà de l'exigence éthique de transparence, les professionnels auraient la possibilité d'accompagner la production de données de clefs d'interprétation qui seraient d'autant moins contestées qu'elles seraient discutées et arrêtées en accord avec les représentants des usagers qui auraient eu accès à la totalité de l'information.

Pour atteindre ces objectifs, il faut revivifier le débat et le dialogue tant au niveau régional que national.

Si au niveau régional, la solution se trouve probablement dans une articulation autour des structures existantes et dans un élargissement des missions des conférences régionales de Santé, au niveau national aucun lieu de dialogue et d'échanges n'existe. Plutôt que d'aller vers la création d'un Conseil national des usagers, envisagé lors des États généraux de la santé, il a paru préférable de privilégier des lieux partagés entre usagers et professionnels de santé.

La Conférence nationale de santé pourrait ainsi évoluer vers un Conseil National de la Santé, instance de débat public et de dialogue qui verrait ainsi ses missions s'élargir par rapport aux compétences de l'actuelle CNS. Les usagers devraient y être largement représentés et un droit d'initia-

tive dans le débat public devrait lui être confié.

L'ensemble de ces propositions répond à un souci qui peut s'exprimer simplement : il faut dans le domaine de la santé comme dans les autres domaines de la vie en société faire vivre les droits de la personne sans faire de la personne malade une catégorie à part. Il faut admettre que l'usager d'un bien collectif comme la santé est aujourd'hui suffisamment mature pour participer aux décisions le concernant.

Il convient pour cela de ne pas noyer l'intention de développer la démocratie sanitaire dans une abondance de dispositions législatives et réglementaires qui iraient à l'encontre de l'objectif. Ces propositions faites sont empreintes de pragmatisme puisqu'il s'agit d'enrayer des dysfonctionnements repérés, comme la lourdeur administrative ou l'oubli par certains praticiens du rôle fondamental des relations personnalisées dans le rapport aux malades. La réponse proposée consiste à ouvrir des espaces de dialogue, voire d'interpellation, eux-mêmes prolongés par la proposition d'institutionnaliser la fonction d'usager et de son représentant dans le système de décision notamment hospitalière, tout en laissant une marge d'imagination dans leur application pour que se développe une organisation du soins qui respecte le projet de démocratie sanitaire. ■

CNS 2000

Bilan et perspectives

Marc Brodin

Professeur de santé publique,
Président de la Conférence
nationale de santé, président
de la Fédération des sociétés
européennes de santé publique
(Eupha)

Les chiffres entre crochets du texte indiquent les numéros des douze propositions de la Conférence nationale de santé 2000.

Cette année, la Conférence nationale de santé réaffirme certaines orientations : la réduction des inégalités de santé, la régionalisation, la prévention et la qualité des soins.

L'édiction 2000 de la Conférence nationale de santé (CNS) s'est tenue du 21 au 23 mars. Une loi de modernisation du système de santé est en préparation. La CNS est à un tournant de son histoire. Ses missions et sa composition devraient évoluer et tenir compte de l'expérience déjà acquise, des dynamiques régionales en cours de développement, ainsi que des données issues des États généraux de la santé et des évolutions dans l'Union européenne en matière d'implication de la société civile.

En 2000, la CNS a mis en exergue, parmi les dix priorités formulées en 1996, celles qui n'ont pas été suffisamment prises en compte. Elle a surtout soutenu les nécessaires évolutions vers la correction des inégalités inter et intra régionales et la régionalisation de notre système de santé. Elle a introduit une réflexion sur le développement de la prévention, et sur l'accès à des soins de qualité « le panier des soins ».

Dix priorités et cent recommandations

Pour François de Paillerets (ancien président de la CNS), l'analyse des cent recommandations formulées par la CNS depuis 1996 permet de souligner les nombreux efforts réalisés pour :

- renforcer « la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ». La prévention du suicide, en particulier chez les jeunes, et des pratiques addictives ;
- améliorer « le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques, à l'exem-

ple du cancer et du diabète de type 2 ». Les bases des réseaux de prise en charge des cancers et du diabète sont à présents définies ;

- développer « la prévention des affections nosocomiales et iatrogéniques ». Il reste à préciser comment peuvent et doivent être pris en charge les aléas thérapeutiques ;

- maîtriser les conséquences du « vieillissement », autour de trois principes : considérer le vieillissement de la population dans ses effets positifs pour la société ; mieux distinguer le vieillissement pathologique du vieillissement normal, et assurer un continuum de soins préventifs et curatifs ; combiner solidarité nationale, proximité et réalisme dans le cadre d'un dispositif simplifié de prise en charge de la dépendance ;

- permettre « la réduction des inégalités de santé régionales, et l'accès de tous à des soins de qualité ». La convergence des allocations de ressources entre les régions avec l'utilisation d'un « indice comparatif de mortalité », une meilleure prise en charge des plus démunis grâce à la loi sur l'exclusion ou à la loi instituant la Couverture maladie universelle sont des avancées significatives.

Pour Joël Ménard (ancien président de la CNS), la Conférence nationale de santé ne peut débattre que sur la base d'études relatives à l'état de santé de la France, et en particulier celles réalisés périodiquement par le Haut Comité de la santé publique. Avec ses débats, la CNS ajoute à la réalité des chiffres et des tendances, une perception humaine de la souffrance, de la misère et de la mort, qui donne plus de

prise à un moment donné à un problème plutôt qu'à un autre. L'exercice de choix des priorités est avant tout soumis à une réflexion éthique. Une prise de recul sur les priorités choisies en 1996 conduit à :

- renforcer un choix : la nutrition. La nutrition est une priorité de la présidence française de l'Union européenne ;
- corriger un manque : les accidents de la voie publique. Ces accidents sont étroitement liés aux consommations alcoolisées, et peut-être aux consommations de psychotropes et de drogue, chez les adolescents et les adultes jeunes en particulier. La prévention doit être développée.

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Parmi les dix priorités retenues en 1996, figure la volonté de « réduire les inégalités intra et inter régionales » et de « garantir à tous l'accès à des soins de qualité ». Prenant appui sur les scénarios présentés dans le rapport du HCSP sur l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités de santé, la CNS réunie en 1997 a proposé le renforcement des moyens nécessaires à la collecte des informations épidémiologiques et la recherche d'indicateurs plus pertinents de morbidité ou de qualité de vie, au niveau inter et intra régional. Cette proposition exprimait la volonté d'accélérer la création de Banques régionales et nationales de données de santé publique.

En 1998, la Conférence nationale de santé a poursuivi et retenu une proposition visant à créer, dans chaque région, une enveloppe transversale spécifique des actions de santé, commune aux différents secteurs d'activité (hospitalisation publique et privée, médecine de ville généraliste et spécialisée, secteur médico-social). Ceci permettrait de renforcer le financement d'actions sur des questions prioritaires de santé dans les régions. Cette proposition est reprise en 2000. Cette étape étant techniquement difficile à mettre en place, la CNS propose que dès maintenant soient dynamisées des actions régionales et locales répondant aux besoins des populations, en renforçant leur financement par une « mutualisation » des fonds, entre l'On-dam, les fonds de prévention existants, les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'État [1].

La CNS soutient la mise en place des « réseaux » selon des modalités juridiques

suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales et laisser l'initiative aux professionnels concernés. Dans le continuum existant entre des réseaux très structurés de gros hôpitaux, des réseaux plus souples construits autour de petits établissements, et des réseaux plus sociaux fondés sur l'expression de patients, un minimum d'articulation est nécessaire. Elle souhaite voir se développer des processus concertés avec les professionnels de santé comportant des incitations et des limites à l'installation dans certaines zones géographiques, et/ou face à des situations particulières de besoins de soins [2].

Les membres de la CNS sont sensibles au fait que dans des situations particulières (personnes âgées démunies, personnes handicapées, certains jeunes de 25 ans) le recours aux soins pourtant nécessaire peut être fortement limité, l'absence de couverture complémentaire accessible du fait de la faiblesse de revenus étant un frein incontournable. Les membres de la CNS conscients des efforts déjà faits demandent cependant que soient étudiées de près les conséquences des effets de seuil de la CMU, pour corriger leur impact autant que nécessaire [3].

La régionalisation

La CNS confirme sa volonté de promouvoir une « autorité régionale ». Elle propose que soit renforcé le rôle des Conférences régionales de santé, instances pertinentes pour la définition de priorités régionales et pour l'impulsion d'actions concertées entre les différentes institutions et intervenants [4].

Le Comité régional des politiques de santé doit devenir l'instance décisionnelle et opérationnelle de la Conférence régionale de santé [5] et assurer le suivi au long de l'année des priorités déterminées par cette dernière. Réunissant les principales autorités régionales (en particulier les financeurs), il doit surtout rechercher et mobiliser les moyens humains et financiers affectés à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

Ces quatre années ont permis de soutenir l'émergence d'initiatives locales et de développer une culture de programmes ; elles ont aussi montré un besoin de formation à la conduite de projet, compris ici comme un processus de changement, de réorientation des moyens et des services en vue d'atteindre les objectifs du programme de santé. Les programmes

régionaux de santé doivent comporter des objectifs évaluables en termes de santé pour les populations concernées [6].

Renforcer la prévention par la promotion de la santé

En 1997, la CNS soulignait l'urgence à investir le domaine de l'éducation, de la prévention, de la promotion de la santé pour les enfants et les jeunes. En 2000, elle réaffirme son souhait que « la loi de modernisation du système de santé » précise, pour le milieu professionnel, la place de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé et que se développent des filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé [7].

En 1998, la CNS s'était fixé comme objectif de soutenir le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques (cancer, diabète de type 2). En 2000, la CNS réaffirme son souhait de voir se renforcer l'éducation « thérapeutique » du patient [8]. Elle souhaite la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés, puis généralisés des modes d'allocations de ressources spécifiques aux pratiques professionnelles en ville et à l'hôpital.

Développer la prévention et l'éducation pour la santé nécessite pour la CNS de travailler plus avant sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé, et d'approfondir des éléments tels que : la morbidité et la mortalité évitable, l'intervention sur l'ensemble des étapes chronologiques d'une pathologie, le service médical rendu, les stratégies efficaces et efficientes, la recherche du résultat collectif optimum pour la santé.

La CNS souhaite porter une attention particulière aux affections qui pourraient faire l'objet d'un dépistage et d'une prévention argumentée, à l'image du diabète ; déterminer, parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France, ceux qui sont les plus accessibles à des stratégies d'actions en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique [9]. Elle demande que soient évaluées pour ces problèmes les ressources consacrées actuellement aux différentes stratégies d'interventions.

En milieu scolaire et du travail apparaissent des difficultés liées aux conflits d'intérêts entre confidentialité vis-à-vis des

Principes fondateurs et priorités

Les premières réunions de la CNS ont permis de retenir des principes fondateurs : « respect de la dignité humaine, solidarité, efficience », lors de la détermination des priorités de santé. Elles ont souligné la pertinence de critères de choix tels que la fréquence, la tendance évolutive, l'efficacité, la faisabilité, l'acceptabilité pour nos concitoyens, l'impact socio-économique, voire juridique.

Dix priorités ont été choisies par les membres de la CNS lors de la première réunion, en 1996

- Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation
- Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence
- Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention/éducation visant à éviter la dépendance chez les adolescents (alcool, tabac, drogue, médicament psychotropes)
- Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix
- Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer
- Prévenir les suicides
- Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)
- Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux
- Garantir à tous l'accès à des soins de qualité
- Réduire les inégalités de santé intra et inter régionales

personnes et responsabilité institutionnelle collective. Ceux-ci bloquent les avancées de la prévention et de ses effets. Les repères qui précisent ce qui doit être fait dans l'intérêt des bénéficiaires d'une part et ce qui relève de la responsabilité collective des intervenants d'autre part doivent être actualisés et reformulés. Dans cet esprit la CNS souhaite voir mieux définie l'articulation entre approche individuelle et collective et précisées les conditions éthiques de leur mise en œuvre par une réflexion pluri-institutionnelle [10] de manière à faire émerger des pratiques consensuelles respectant la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

L'accès à des soins nécessaires de qualité

« Le système de santé français [...] va se trouver confronté à des forces puissantes d'expansion du champ de la santé, de développement des techniques disponibles pour l'exercice de la médecine et d'évolution de la morbidité. Ces dynamiques des besoins de santé représentent autant de défis pour la solidarité. Notre pays saura-t-il faire face dans des conditions économiquement et socialement satisfaisantes à ces enjeux des vingt prochaines années avec des principes d'organisation et des modes de régulation qui, pour l'essentiel, restent les mêmes qu'il y a vingt ans ? » C'est la question posée

par le Rapport Soubie sur les devenir possibles du système de santé français à l'horizon 2010.

Pourquoi un panier de biens et services ? Qui va définir les modalités d'inclusion des biens et services dans ce panier ? Qui « porte » le panier et le prend financièrement en charge ? Comment accéder à ce panier ? C'est par ces questions que Gilles Brücker, au nom du Haut Comité de la santé publique, introduit la réflexion de la CNS. Les débats avec les responsables des organismes de financement des soins ont permis de préciser certains points.

Au fil des années, il s'est construit deux types de panier : un panier implicite, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier, et un panier explicite, fondé sur l'admission d'un bien ou d'un service dans une liste, qu'il s'agisse des médicaments admis au remboursement, ou des prestations décrites par la nomenclature générale des actes professionnels.

La détermination du panier de biens et services pose la question du champ de prise en charge, de l'implication de la variabilité de ce champ, et de sa mise à jour (entrées et sorties du panier), compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des attentes que ces dernières génèrent.

Face à la pluri-légitimité d'acteurs et de critères, la réflexion sur le panier des biens et services a le mérite de clarifier la

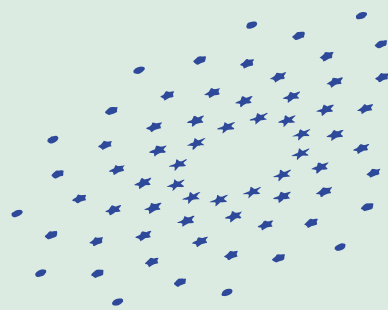
situation et d'introduire des systèmes alternatifs à la lumière des dysfonctionnements observés. Son acceptabilité dépendra de ce qui est « dehors et dedans ».

Une pertinence sanitaire et sociale doit présider à l'allocation des ressources. C'est donc un débat sur une politique de santé publique (et de sécurité sanitaire) pour notre pays. C'est un facteur de rationalisation des choix ; c'est un objectif de justice sociale. Il s'agit d'évoluer du droit aux soins (et pas à la santé) vers le droit des individus, fondé sur des choix médicaux. Le panier de soins doit évoluer régulièrement.

La CNS souhaite la poursuite du travail sur la définition du panier de soins et sur les champs de responsabilisation des différents acteurs. L'élaboration rationalisée d'un panier de soins remboursables nécessite de disposer d'outils d'information performants. La CNS se propose d'impulser dans les années futures, la réalisation de travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population [11].

Un développement décisif consistera à pouvoir décrire, non plus les séjours et les actes, mais des itinéraires thérapeutiques, en renversant l'angle de description du prestataire de soins vers le patient. Ce recentrage sur le malade/client du système de soin est inscrit dans le développement des réseaux et des filières de soins. C'est pourquoi la CNS propose de commencer, à partir d'exemples d'affections chroniques ou graves par une description des dépenses engagées à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie — phases préventive, curative et de réadaptation [12]. Il s'agit de produire une information transversale aux approches sectorielles traditionnelles.

En conclusion, la France se caractérise par un système de santé où il existe une multiplicité de décideurs, de financeurs, d'acteurs, de structures et de processus. Au fil des réformes, les strates se sont additionnées les unes aux autres ; elles rendent le dispositif global de plus en plus confus et opaque pour la population comme pour les professionnels. Cette situation favorise les logiques institutionnelles, contribue à la dispersion des moyens et se traduit par des pertes considérables d'efficacité. Ce constat largement partagé incite — en particulier la Conférence nationale de santé — à étudier, réfléchir, innover, proposer... des mesures qui placent la personne au centre du système de soins. ■



Sources d'Europe

Création

1^{er} février 1992

Statut

Groupement d'intérêt économique fondé par le Gouvernement français et la Commission européenne

Effectifs

36 personnes

Budget

22,8 millions de francs

Administrateur

Paul Jaeger

Organisation

Sources d'Europe est au cœur d'un réseau de relais d'information sur l'Europe.

- Au niveau régional, les 12 Info-Points Europe (IPE), ont une vocation généraliste.
- Au niveau local, les 13 Carrefours ruraux, les 50 Centres de documentation européenne (CDE) dans les universités, et les 2 Forums urbains sur l'environnement, fournissent une information plus spécialisée.
- À l'échelon départemental, les guichets d'information sur l'Europe, appelés GUIDEurope, sont en cours de création. En parallèle à l'action de Sources d'Europe, le réseau des Euro Info Centres (EIC), créé en 1987, s'adresse, quant à lui, aux entreprises. Les adresses des EIC sont disponibles sur Minitel et sur internet.

Coordonnées

Sources d'Europe
Centre d'information sur l'Europe
Le Socle de la Grande Arche
92044 Paris La Défense Cedex
Téléphone : 01 41 25 12 12
Télécopie : 01 41 25 12 13
Minitel : 3615 Europe
Internet : www.info-europe.fr
Mél. : sources-europe@info-europe.fr

Sources d'Europe, Centre d'information sur l'Europe, fondé par le Gouvernement français et la Commission européenne a pour vocation de présenter et de promouvoir l'information sur l'Union européenne en direct auprès du grand public et par le biais d'un réseau de relais d'information.

« Cœur de réseau » des relais d'information sur l'Europe, outil de collecte de production et de diffusion d'information sur l'Europe, Sources d'Europe couvre l'ensemble des champs d'activités communautaires en offrant une documentation de référence, une analyse rapide de l'actualité et en mettant sur le site www.info-europe.fr l'essentiel de cette information à la disposition du public.

Ouvert à tous, étudiants, professionnels, experts, particuliers, responsables des relais d'information, Sources d'Europe offre la possibilité de découvrir l'Union européenne dans sa diversité : l'Europe du citoyen, des cultures, de l'avenir ou du quotidien, autant de thèmes d'échanges et d'animation...

Sur place

- La Salle d'actualités : 500 titres de brochures et des fiches d'information en libre service, des revues de presse, un salon de lecture, 5 chaînes de télévision.
- La Médiathèque consacrée à la documentation communautaire ; 1 000 dossiers documentaires thématiques, 50 000 documents et 2 000 ouvrages consultables sur place.
- L'Euro librairie : point de vente des publications éditées par l'Office des publications officielles des Communautés européennes, d'ouvrages d'éditeurs privés sur les thèmes européens (plus de 500 titres proposés) et d'objets aux couleurs de l'Europe.
- La Salle de conférences : lieu privilégié de rencontres entre partenaires européens ou pour des entreprises de tous les horizons.
- L'Espace expositions une programmation visant à promouvoir la culture européenne et

Partenaires

Sources d'Europe a établi des partenariats avec divers organismes assurant la promotion de l'information européenne en France. L'objectif est de permettre :

- la diffusion permanente d'information sur l'Union européenne (mise à disposition de

à faire connaître les États membres assurant à tour de rôle la Présidence de l'Union.

- Les animations scolaires : un parcours-découverte animé et interactif dans l'Espace enfants destiné aux 7-11 ans et une animation ludique et éducative pour les collégiens et les lycéens en vue de les sensibiliser à la construction européenne, à l'Euro...

À distance

- La permanence téléphonique
- Le service courrier
- Le 3615 Europe
- Le site internet www.info-europe.fr

Géré par Sources d'Europe, ce site a pour vocation de promouvoir l'information produite par l'ensemble des acteurs concernés par la construction européenne. Il propose un accès par des liens aux pages internet de plus de 500 sites publics et privés français, étrangers ou européens.

C'est le premier site national d'information sur l'Europe créé dans un pays de l'Union.

Alimenté par des bases de données, le site est actualisé chaque jour et permet d'accéder aux ressources documentaires de Sources d'Europe.

- Un mois en Europe, mensuel d'information en ligne sur l'actualité communautaire qui permet d'accéder aux documents et informations que collectent, analysent et diffusent nos documentalistes et informateurs (sur abonnement).
- Les fiches d'information destinées au grand public et aux relais : ces 300 fiches répondent aux questions les plus fréquemment posées sur l'Union européenne.

brochures, dépliants et fiches, formation des informateurs)

- le conseil et l'aide à l'organisation d'événements sur l'Europe, de salons, de colloques et d'expositions...

MALTRAITANCES

dossier

coordonné par **Marceline Gabel**

Responsable de l'observatoire de l'enfance en danger à l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas), chargée de cours à Paris X Nanterre

Peut-on parler de maltraitance en associant les enfants, les femmes, les personnes âgées ou handicapées ? Sans doute puisqu'il s'agit dans tous les cas de personnes vulnérables au sens de la loi. Mais avant d'en examiner les formes particulières et les modalités d'action, il apparaît nécessaire de conduire une réflexion sur les concepts de violence et de maltraitance, concepts qui amalgament parfois dangereusement des faits ou des états qu'il convient de bien distinguer pour envisager prévention et protection.

Cette réflexion [>p. 20](#) reprise dans une des tribunes [>p. 57](#) conduit inmanquablement à un nouveau concept porteur d'espoir pour tous les professionnels prêts à porter un regard différent et à réviser certaines pratiques à visées plus préventives.

L'État garantit pour sa part la protection des mineurs et des majeurs protégés tant en droit civil que pénal. Le statut juridique de certaines personnes vulnérables a été consolidé [>p. 22](#).

Ce sont les mauvais traitements faits aux enfants, intolérables dans notre société, et qui ont été l'objet d'une législation spécifique dès la fin du XIX^e siècle, qui ont introduit le terme de maltraitance [>p. 26](#) terme repris ensuite pour les autres personnes vulnérables. L'effort pour mieux repérer — 119 Allô enfance-maltraitée — et à accueillir ensuite les enfants à protéger est considérable [>p. 32](#).

L'allongement de l'espérance de vie et l'importance du nombre de personnes très âgées en situation de grande vulnérabilité, physique ou mentale, a conduit très tôt à se préoccuper des formes de maltraitements exercées à l'autre extrémité de la vie [>p. 35](#).

Toutes les formes de handicap, qu'il soit physique ou mental, fragilisent les personnes qui en sont porteuses. Le choix a été fait de pré-

senter l'analyse des maltraitements faits aux handicapés mentaux au moment où l'Unapei vient d'achever précisément une réflexion et de produire un document sur la prévention des maltraitements [>p. 38](#).

La violence à l'encontre des femmes s'inscrit de longue date dans la lutte des mouvements féministes. La violence envers les femmes généralement exercée par les hommes, hors ou dans le couple, a été dénoncée pour devenir objet de lutte pour le droit des femmes. Plus tard, le nombre et la gravité des séqueles, puis la prise de conscience des conséquences sur les enfants témoins de ces violences ont conduit à étudier avec soin les formes et le cycle de cette violence [>p. 42](#). La loi et l'application de la loi sont examinées à propos du cas particulier des violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants [>p. 48](#). Mais au-delà des groupes de populations vulnérables — les enfants, les femmes, les personnes handicapées et âgées — il existe une sur-violence potentielle : celle faite au sein des institutions précisément chargées de les accueillir, les protéger ou les soigner. Ces maltraitements institutionnels sont aujourd'hui mieux repérées et sanctionnées [>p. 52](#).

Les deux dernières tribunes terminent ce dossier, où la violence fondamentale de l'homme est mise en évidence, sur deux raisons d'espérer et de ne pas démissionner face à la fatalité : la résilience, capacité individuelle à rebondir en dépit des aléas de la vie et des traumatismes vécus [>p. 60](#) et la bientraitance. Bien traiter, ce sont des pratiques professionnelles pour soutenir très précocement les capacités qui coexistent avec les dysfonctionnements relationnels. C'est aussi un nouveau regard à porter sur celui qu'on est susceptible d'aider, la victime comme l'agresseur [>p. 63](#).

Marceline Gabel

Les concepts de violence et de maltraitance

Définir précisément ce que recouvrent les notions de violences et maltraitements permet d'appréhender l'importance du problème mais aussi en terme de prévention d'en évaluer les risques. Cela conduit aussi à réfléchir à ce qu'est la « bientraitance »

Éliane Corbet
Docteur en
psychopédagogie,
conseillère technique
Creai Rhône-Alpes

En parlant ici de violences et de maltraitements qu'évoquons-nous exactement ? Dans une première approche disons tout d'abord qu'il s'agit de faits inscrits dans une relation dans laquelle l'un des protagonistes exerce une force sur un autre, et/ou dans une relation de dépendance, voire également dans une relation de protection comme l'est une relation éducative mais dont la dimension de protection s'est trouvée niée ou pervertie. Il s'agit d'actes (ou des absences d'actes) subis par des personnes dépendantes et/ou vulnérables.

Sont utilisées différentes expressions : celles de violence, maltraitance, ou faits de maltraitance ; celles de violence intrafamiliale et de violence institutionnelle, de maltraitance intrafamiliale et de maltraitance institutionnelle en précisent le champ ; celle de maltraitance psychologique en précise la nature. Si ces expressions soulignent l'ampleur du champ dans lesquelles elles sont utilisées, les termes de violence et de maltraitance sembleraient à première vue y être interchangeables.

Après une tentative de recherche de définition des notions de violence et de maltraitance, nous examinerons leur proximité, ainsi que celles des champs dans lesquels elles sont étudiées.

La notion de violence appliquée à celle de violence institutionnelle

L'étymologie du mot *violence* dérive du latin *vis*, qui signifie d'abord « force en action », en particulier « force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel *vires* désigne les forces physiques, les ressources pour exercer la *vis*.

La définition la plus courante du terme de *violence*, celle des dictionnaires, est celle de « force brutale exercée

contre quelqu'un », évoque l'abus de force pour contraindre quelqu'un à faire quelque chose, la force brutale employée pour soumettre, en particulier dans l'expression « faire violence à quelqu'un ».

Différentes écoles de pensée donnent leur approche, qui peuvent s'opposer. Si elle est facile à repérer, l'on s'accorde toutefois pour dire que du point de vue conceptuel, elle est presque indéfinissable. Il y a dans l'idée de violence l'idée d'une perturbation d'un ordre mais aussi la présence de valeurs positives ou négatives attachées à cette perturbation. Son usage n'est donc pas neutre et exprime un jugement porté sur les situations décrites. Retenir l'une ou l'autre des définitions qui peuvent en être données n'est donc pas anodin ni sans conséquences sur l'appréhension des situations dont il est fait état.

Il faut également remarquer une prise de conscience grandissante de phénomènes de violence associant sous ce même vocable des faits sociaux ou politiques des plus variés constituant en cela un ensemble hétéroclite. L'usage de cette notion dont on voit le flou conceptuel souligne surtout les représentations attachées aux réalités décrites.

Les travaux sur l'enfance maltraitée ont conduit à ceux sur les violences institutionnelles.

Les « violences institutionnelles » sont celles que subissent les usagers dans les institutions spécialisées, sociales et médico-sociales. Elles ne sont pas exercées seulement par des professionnels, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux.

La notion de violence institutionnelle a été mise en lumière en 1982 par Stanislaw Tomkiewicz. Celui-ci a montré combien la relativité de la notion même de

violence peut rendre l'appréciation d'actes délicate et mobile, mais n'en empêche pas pour autant l'analyse, au contraire elle conduit à réfléchir à leurs causes ou aux options qui les gouvernent. Les intentions des acteurs peuvent paradoxalement leur paraître les meilleures ou guidées dans l'intérêt de l'enfant, comme celles qui mènent aux « violences faites pour le bien de l'enfant ». Alice Miller avait quant à elle dénoncé la « pédagogie noire » conduite aussi « pour le bien de l'enfant » et qui tient l'enfant pour coupable dès que ses parents ou ses éducateurs ne le comprennent pas.

C'est au regard de ses conséquences, en termes de souffrance, qu'est définie la violence institutionnelle. S'intéressant plus particulièrement aux violences subies par les enfants accueillis dans les institutions spécialisées, Tomkiewicz appelle « violence institutionnelle toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure. » C'est actuellement la définition couramment retenue, elle prend en compte les « actes » commis envers l'enfant ou les « ambiances » dans lequel on le fait vivre, les violences agies ou les négligences.

Dans la suite de ces travaux, il nous est apparu que devait s'imposer une définition large qui s'oppose à toute tendance de hiérarchisation d'actes violents, en effet, une telle hiérarchisation comporterait en elle-même un discours de banalisation et de justification, signe d'une absence d'identification à l'enfant, l'adolescent ou l'adulte vulnérable. La définition que nous avons pu proposer est fidèle à une position clinique préoccupée du développement du sujet accueilli dans l'institution spécialisée et peut être ainsi résumée : « *Entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui*

donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant. » Le développement est entendu ici dans ses différentes dimensions, psycho-affective, cognitive, physique, sociale. Cette position conduit à interroger le fonctionnement même des institutions d'accueil en se demandant quelles peuvent être les entraves au développement favorable du sujet accueilli dans une institution spécialisée, ces entraves étant à imputer à une qualité altérée de son accueil.

Il nous semble qu'il faut admettre que toute institution, sans une vigilance constante pour combattre les tendances lourdes qui l'animent (en particulier celle de l'uniformisation), est une institution à risque de violence, notamment les institutions résidentielles ou qui assurent une suppléance à des fonctions parentales. En effet les situations de suppléance aux fonctions parentales, par l'implication affective des acteurs, par l'érotisation et par la dépendance qu'elles suscitent accentuent tout particulièrement la vulnérabilité des personnes en direction desquelles cette suppléance s'exerce.

Paul Durning a défini le concept de suppléance (qu'il qualifie de familiale) comme « l'action auprès d'un mineur visant à assurer les tâches éducatives et d'élevage habituellement effectuées par les familles, mises en œuvre partiellement ou totalement hors du milieu familial dans une organisation résidentielle. » Des altérations dans la mise en œuvre de cette suppléance, de son indication aux conditions de son organisation, seront source de violence. Durning a pu montrer comment une détérioration du climat socio-émotionnel dans les organisations de suppléance aux fonctions parentales a une incidence sur la qualité des échanges voire peut être source également de violence. Nous voyons bien ici à la fois la proximité des deux champs, violences intrafamiliales et violences dites institutionnelles, mais aussi leur profonde différence puisque les acteurs en

Des chiffres et quelques repères

La violence domestique est bien peu domestique, il s'agit d'un fléau mondial qui sévit dans tous les pays, toutes les cultures et quelque soit le niveau socio-économique des personnes, agresseurs ou agressés.

L'OMS a recensé 40 études quantitatives dans 24 pays répartis sur 4 continents : 20 à 50 % des femmes sont victimes d'actes de violence physique de la part de leur partenaire, présent ou passé, à un moment où l'autre de leur vie. La moitié des femmes qui subissent des violences ont été également violées par leur partenaire.

Les auteurs de ces violences ? quasi exclusivement des hommes qui, dans

leur grande majorité, font partie de l'entourage amical ou, beaucoup plus souvent familial des victimes.

En effet, dans leur grande majorité, et ce quelque soit le pays et le critère culturel, ces agressions se produisent au sein de la famille.

Il ne s'agit pas ici d'accidents consécutifs à des conflits de couples, entraînant des lésions minimales. Non, ces violences domestiques sont la première cause de meurtres de femmes à travers le monde. La plupart des meurtres de femmes sont commis par des partenaires ou ex partenaires.

Récemment, l'OMS alertait les décideurs internationaux sur le sort des femmes

réfugiées. 75 % des 18 millions de réfugiés dans le monde sont des femmes et des jeunes filles, particulièrement vulnérables aux agressions de leurs proches. La guerre intra-familiale s'ajoute à la guerre inter-ethnique ou entre pays. En terme de santé publique, les viols et violences domestiques représentent 5 à 10 % d'années de vie en bonne santé perdues pour les femmes en âge de procréer à travers le monde, selon une étude de la Banque mondiale.

On entend ici par violences domestiques les violences physiques, psychiques et sexuelles commises à l'encontre des femmes, des adolescents ou des enfants. [9, 21] ■

cause n'ont pas le même statut (une action de suppléance est à distinguer de la substitution, le suppléant intervient à la place d'un autre, mais il lui est extérieur).

Pour une prévention, nous voyons bien toute l'importance de déceler les situations à risque. Si la violence institutionnelle est inscrite dans un contexte de dysfonctionnements divers, son traitement impose une analyse et une modification de ce contexte. Dans cet objectif un travail a été engagé par le Creai Rhône-Alpes au début des années quatre-vingt-dix afin de mettre à disposition des professionnels intervenant dans les organisations de suppléance familiale des outils leur permettant d'analyser les composantes des actions éducatives, les risques de détérioration de celles-ci, et de repérer ou prévenir d'éventuels dysfonctionnements institutionnels facteurs de situations violentes. Nous avons ainsi, en synthétisant plusieurs approches, proposé la construction d'un guide de diagnostic permettant de repérer si des actions dérivent ou risquent de dériver vers des actions violentes ou si le dispositif institutionnel est défaillant. Ce guide méthodologique peut servir de cadre d'analyse et de support à l'action permettant

de prévenir, d'anticiper ou de traiter des situations à risque de violence.

La notion de maltraitance ou de mauvais traitement

Le mot *maltraitance* est, lui, d'apparition récente (Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, indique la date de 1987), il s'applique aux mauvais traitements infligés à des enfants. Il apparaît dans le cadre de travaux sur les enfants maltraités.

Il est bien sûr issu du verbe *maltraiter*, lui-même issu du verbe latin *tractare* employé dans la langue poétique au sens de « *trainer violemment, mener difficilement* » et dans le langage courant au sens de « *toucher souvent* », d'où « *caresser* », « *prendre soin de* ». *Maltraiter* apparaît vers 1550 sous la forme de *maltraiter* pour signifier « *traiter durement* » et s'emploie couramment par la suite pour « *traiter avec violence* ». A l'époque classique, il a signifié « *mal nourrir quelqu'un* ». Son préfixe *mal* met l'accent sur l'aspect *mauvais* dans l'action de *traiter* l'autre.

La Convention internationale des droits de l'enfant évoque bien évidemment la situation des enfants et nomme dans son article 19 les violences et les mauvais

La loi et les personnes vulnérables

La loi prévoit une protection renforcée pour les enfants et les personnes majeures dont la vulnérabilité est liée à l'âge ou à des déficiences physiques ou mentales en cas de crimes ou délits. Cette vulnérabilité est un facteur aggravant et entraîne l'application de peines plus lourdes.

Myriam Quéméner
Magistrat, bureau de la justice pénale et des libertés individuelles, ministère de la Justice

N'est ce pas en fonction des réponses apportées par une société pour protéger les plus faibles de ses membres que l'on juge son niveau de civilisation ?

En France, la loi protège les personnes qui sont par nature vulnérables, telles les enfants, les personnes âgées ou souffrant de déficiences physiques ou mentales. Cette protection est assurée sur le plan du droit civil tout d'abord qui instaure différents régimes applicables aux personnes vulnérables et des mesures qui sont mises en place par l'autorité judiciaire. Sur le plan pénal, la vulnérabilité des victimes a des incidences juridiques importantes, puisqu'elle est érigée en circonstance aggravante lorsque l'auteur ne pouvait ignorer celle-ci et peut constituer une infraction spécifique.

En outre, depuis une quinzaine d'années, sous l'initiative de Robert Badinter, Garde des Sceaux de 1981 à 1985, la victime d'infraction pénale a pris sa place sur la scène judiciaire aux côtés de l'auteur et du procureur. Une véritable politique d'aide aux victimes se développe, l'État se devant de remplir ce rôle au nom du pacte social afin de con-

tribuer à alléger les risques de dérives vers l'autodéfense et la vengeance.

La protection des personnes vulnérables en droit civil

Le Code civil assure protection tant aux majeurs qu'aux mineurs en instaurant différents dispositifs spécifiques.

Les majeurs protégés

Aux termes de l'article 488 du Code civil, est protégé par la loi, soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts. Le majeur qui par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté, s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales peut pareillement être protégé.

Le jeune majeur peut bénéficier en cas de graves difficultés d'insertion d'une mesure d'aide judiciaire [1]. Lorsque les facultés mentales sont altérées par une

traitements envers les enfants. C'est ainsi qu'elle indique que les États parties s'engagent à lutter « contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou de ses représentants légaux ou de toute personne à qui il est confié ».

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) définit l'enfant maltraité comme « celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

Les articles 24 et 25 de la Convention internationale nous conduisent à considérer l'enfant qui, par la défaillance d'un dispositif social ou médico-social, ne peut accéder aux soins ou au traitement que son état impose comme subissant une maltraitance (il nous faut reconnaître qu'en l'état actuel nombreux sont les enfants dans cette situation) : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de

rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'accès à ces services » (art. 24). Pour s'assurer d'un bon traitement, il est attendu que les conditions de ce traitement spécifique fassent l'objet d'un examen périodique : « Les États parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement physique ou mental et de toute circonstance relative à son placement » (art. 25).

La première approche de la question de l'enfance maltraitée a été médicale avec la mise en évidence de mauvais traitements physiques. A été ainsi décrit en 1962 par Kempe et collaborateurs le syndrome de l'enfant battu.

C'est dans le champ familial qu'ont été le plus étudiés les mauvais traitements. Différentes typologies indiquent que les « actes maltraitants » ou « maltraitances » recouvrent à la fois les actes « commis » comme les violences et « abus », et les actes « omis » comme les négligences ; ils recouvrent également tant les formes directes que les formes indirectes comme la présence d'un environnement instable ou dangereux.

maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, différents régimes de protection peuvent être mis en place dans l'intérêt du majeur, personne vulnérable.

L'action de protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs

Le décret n° 96 du 18 février 1975 dans son article 1 prévoit que jusqu'à l'âge de vingt et un ans, toute personne majeure ou mineure émancipée éprouvant de graves difficultés d'insertion sociale a la faculté de demander au juge des enfants la prolongation ou l'organisation d'une action de protection judiciaire. Le jeune majeur peut bénéficier d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert, d'un placement dans un établissement spécialisé assurant des fonctions d'accueil, d'orientation, d'éducation et de formation professionnelle.

Les régimes de protection en faveur des personnes vulnérables majeures

Aux termes de l'article 490 du Code de procédure civile, lorsque les facultés mentales ou corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un

affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus par la loi, étant précisé que l'altération des facultés corporelles ou mentales doit être constatée médicalement.

Le juge des tutelles saisi peut ordonner suivant l'état de la personne vulnérable à protéger une sauvegarde de justice prévue par l'article 491 du Code civil lorsque la personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile.

Lorsqu'un majeur, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile, il peut aux termes de l'article 508 du Code civil être placé sous un régime de curatelle.

Quand le majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile, le juge des tutelles peut mettre le majeur sous le régime de la tutelle.

Les mineurs protégés

La loi protège les mineurs qui sont particulièrement vulnérables et qui peuvent se retrouver dans une situation de danger, ou dont les parents sont décédés.

Les mineurs en danger au sens de l'article 375 du Code civil

Aux termes de l'article 375 du Code civil, si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir lui-même à titre exceptionnel.

Le juge des enfants peut prendre des mesures d'assistance éducative, fixer des obligations à la charge des parents, voire placer le mineur si son maintien au domicile parental le mettrait en danger.

La protection des personnes vulnérables en droit pénal

Les personnes dont la particulière vulnérabilité est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou

[Suite p. 24](#)

La loi et les personnes vulnérables

Suite de la p. 23 psychique ou à un état de grossesse entre dans cette catégorie aux termes de l'article 222-3 2° du Code pénal.

Le droit pénal a intégré la personne vulnérable et plus généralement la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction. La prise en compte des victimes est au cœur d'enjeux sociaux, politiques et humains qui appellent tous une réponse républicaine, faisant de l'État le maître d'œuvre d'une politique publique d'aide aux victimes, ainsi que l'indique M^{me} Marie-Noëlle Lienemann dans son rapport « pour une nouvelle politique publique d'aide aux victimes ».

La vulnérabilité des victimes érigée en circonstance aggravante

Le fait de commettre des crimes ou délits sur une personne particulièrement vulnérable a pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur.

Ainsi, en matière criminelle, le meurtrier est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et non de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il est commis notamment sur un mineur de quinze ans, sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de

son auteur (article 221-4 du Code pénal). Il en est de même pour les actes de torture et de barbarie (article 222-3 du Code pénal), les coups mortels (article 222-8 du Code pénal), les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (article 222-10 du Code pénal), le viol (article 222-24 du Code pénal) punis respectivement de vingt ans de réclusion criminelle pour les deux premiers crimes et de quinze ans de réclusion criminelle pour les violences aggravées.

En matière délictuelle, les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies non pas de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende lorsqu'elles sont commises sur des personnes vulnérables mais de cinq ans et de 500 000 francs d'amende. L'aggravation des peines s'applique en outre aux faits d'agressions sexuelles.

Ces faits sont également aggravés lorsque l'auteur est le conjoint ou le concubin de la victime, le législateur prenant ainsi en compte la situation de la victime qui peut faire l'objet de pressions psychologiques et être dépendante de l'auteur des faits.

La vulnérabilité des victimes constitutive de délits spécifiques

Le législateur a érigé des faits de nature contraventionnelle en délit lorsque les faits ont été commis sur une personne vulnérable ou sur un mineur

de quinze ans. Tel est le cas des faits de violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail qui sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende (article 222-13 6°).

Il convient de souligner que le législateur prend désormais en compte la situation de dépendance économique et psychologique pouvant exister entre la victime et l'auteur, tel le cas des conjoints ou concubins, étant précisé que les conséquences juridiques sont identiques à celles des faits commis sur des personnes vulnérables stricto sensu. Ainsi, les violences volontaires contraventionnelles commises par un auteur qui est le conjoint ou le concubin de la victime constituent désormais un délit.

D'autres délits spécifiques peuvent être cités, tel le fait d'obtenir d'une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, la fourniture de services non rétribués ou en échange d'une rétribution manifestement sans rapport avec l'importance du travail accompli est puni de deux ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende (article 225-13 du Code pénal). De même, le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de deux ans

Quatre formes de maltraitance parentale sont distinguées : les violences physiques, les violences sexuelles, la négligence grave, les mauvais traitements psychologiques. Ces formes sont retrouvées pour décrire les maltraitances institutionnelles, mais il apparaît pertinent pour ce champ de distinguer d'une part les situations durables et chroniques qui participent de fait à la quotidienneté de la vie des résidents et d'autre part des situations d'irruptions soudaines et brutales qui relèvent d'un processus de crise [8]. Il ne s'agit pas de graduer ces deux niveaux, l'un n'est pas moins lourd de conséquence que l'autre, mais de considérer que les manifestations de ces maltraitances diffèrent et surtout que sont en jeu des processus institutionnels différents.

L'intérêt se manifeste pour la question des négligences

graves et de la « maltraitance psychologique ». Des études cliniques portent sur les conséquences immédiates et lointaines des mauvais traitements psychologiques. L'importance de la dimension psychologique présente dans les violences physiques et sexuelles est maintenant reconnue au point de constituer le noyau central de toutes les formes de mauvais traitements.

Plus récemment, et nous pouvons nous en réjouir, apparaissent a contrario les notions de « bienveillance » et les qualificatifs de « mieux traitant » et de « bien traitant ». La prévention des maltraitances est ainsi opportunément associée à celle de promotion des bienveillances.

Violence ou maltraitance ?

Ces notions sont inscrites chacune dans un contexte

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 66

d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende (article 225-14 du Code pénal).

Le législateur, afin de protéger les personnes vulnérables, a également créé le délit spécifique d'abus d'ignorance ou de faiblesse. Aux termes de l'article 313-4 du Code pénal, l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, pour obliger ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 2 500 000 francs d'amende. Cet article s'applique notamment aux personnes âgées.

L'évolution du statut juridique de certaines personnes vulnérables en droit pénal

Le mineur victime, sujet d'une protection spécifique

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 institue un véritable statut des mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle afin de leur garantir la protection juridique et les soins qui leur sont dus. À ce titre, la loi favorise la prise en compte de la parole du mineur victime qui peut être autonome par rapport à celle des titulaires de l'autorité parentale. C'est

ainsi que le procureur de la République ou le juge d'instruction « désigne un administrateur *ad hoc* lorsque la protection des intérêts du mineur n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux ».

Le nouvel article 706-52 du Code de procédure pénale a systématisé, à compter du 1^{er} juin 1999, l'enregistrement audiovisuel des auditions de mineurs victimes d'infractions sexuelles. Ces auditions ont pour objectif d'éviter les multiples auditions des mineurs déjà particulièrement traumatisés. Elles peuvent avoir lieu en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialiste de l'enfance, d'un membre de la famille du mineur, de l'administrateur *ad hoc* ou d'une personne désignée par le juge des enfants.

La procédure pénale a également été adaptée à la nature de ces infractions. La prescription de l'action publique a été allongée, le délai de trois années pour un délit et de dix années pour un crime ne commençant à courir qu'à partir de la majorité, afin de permettre au jeune de ne plus être sous l'influence d'éventuelles pressions familiales.

Enfin, l'article 2-3 du Code de procédure pénale reconnaît le droit aux associations régulièrement déclarées se proposant dans leur statut de défendre les mineurs, d'exercer les droits reconnus à la partie civile, c'est-à-dire aux mineurs victimes.

Vers une politique publique d'aide aux victimes

Le législateur a favorisé la constitution de partie civile- assistance de l'avocat non obligatoire- dispense de versement de la consignation par le juge d'instruction afin que l'action des victimes soit facilitée. Une véritable politique d'aide aux victimes s'est mise en place, relayée par un réseau associatif important. Les extensions des articles 2 et suivants du Code de procédure pénale, entre 1983 et 1996, permettent désormais à des associations de victimes de plus en plus nombreuses d'ester en justice et de se constituer partie civile dans les procès pénaux.

Il convient de noter l'augmentation de l'activité des commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (Civi) dans les tribunaux.

Dans une circulaire en date du 13 juillet 1998, le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, a rappelé que « *l'accueil, l'écoute, et l'information des victimes, mais également la prise en compte de leur préjudice, tant moral que matériel, est l'un des devoirs éminent du ministère public* ».

Cette évolution nécessaire dans l'intérêt des victimes ne peut se faire que grâce à une mobilisation de tous les acteurs de l'institution judiciaire mais également de tous ses partenaires institutionnels. ■

historique, social, culturel, et scientifique spécifique. Nous pouvons relever leur effet performatif, elles sont en effet utilisées pour produire une prise de conscience et un changement d'abord dans les représentations puis dans les pratiques. Il semble toutefois que le degré de performance varie lui-même selon le contexte. Sous l'apparent usage alternatif des termes et leur conceptualisation encore floue, il semble cependant que le contexte, la finalité recherchée va conduire à l'usage de telle ou telle notion.

Il faut bien reconnaître que l'usage du terme de violence, dans son intention d'alerte voire de dénonciation, n'était pas dépourvu lui-même de violence. Son premier effet avait été de choquer son auditoire avant de produire une prise de conscience.

C'est actuellement celui de maltraitance qui prévaudrait

et dont le degré performatif serait le plus élevé dans un contexte où une culture de l'évaluation se construit. Il attire en premier l'attention sur l'inversion qui peut conduire à mal traiter. En alertant ainsi sur le dévoiement d'une mission première de protection et d'éducation, il apparaît actuellement plus adéquat avec le développement de l'évaluation et plus performant pour modifier des représentations et des pratiques. Il conduit à réfléchir sur ce qui garantit le développement favorable et donc la « bientraitance ».

Ce dernier terme indique une nouvelle mobilisation pour un meilleur traitement, une meilleure protection, il participe à orienter les actions sur la qualité de l'offre, à rappeler la nécessité d'un processus d'évaluation des prestations éducatives. ■

La maltraitance faite aux enfants

19 000 enfants ont été reconnus gravement maltraités en 1998 par les services des conseils généraux. Il a fallu attendre le milieu du xx^e siècle pour qu'un système de protection de l'enfance soit mis en place : cadre législatif et moyens en personnels et en structures. Reste à accompagner et à évaluer les pratiques professionnelles.

Marceline Gabel
Responsable de l'observatoire de l'enfance en danger à l'Odas, chargée de cours à Paris X Nanterre

L'intervention de l'État dans la vie des familles est relativement récente en droit français. On la rattache volontiers à l'apparition de l'ère industrielle. Des courants idéologiques contradictoires ont, tour à tour, défendu et continuent à défendre les droits de la famille, les droits de la nation et les droits de l'enfant.

C'est la loi de 1889 qui, pour la première fois, a entendu réprimer les abus de l'exercice de la puissance paternelle en donnant au tribunal civil le pouvoir de prononcer la déchéance des droits des parents auteurs de mauvais traitements sur leurs enfants, ces derniers pouvant être retirés de leur milieu familial pour être confiés à l'Assistance publique ou à une œuvre charitable. La loi de 1889 a introduit des sanctions pénales contre les parents coupables de sévices ou de violences sur leurs enfants mineurs.

Le système français de protection de l'enfance est appliqué sur l'ensemble du territoire français, pour l'ensemble de sa population, selon une même législation. Dans sa forme actuelle il est le résultat de l'évolution du dispositif d'action sociale mis en place en 1945.

Même si le Code civil indique bien « *qu'il appartient aux pères et mères de protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité* », « *le droit de correction paternelle* » n'a été abrogé qu'en 1935. Il permettait au père de faire interner ses enfants « *lorsque son autorité était bafouée, la paix familiale compromise, ou qu'il avait de graves sujets de mécontentement* ».

La prise de position délibérée du législateur et la construction progressive de notre système de protection

de l'enfance en danger a été légitimée par toutes les situations où la famille n'assurait pas elle-même par abus ou par défaut, la santé, la sécurité, la moralité et l'éducation de ses enfants.

Le dispositif originel de protection de l'enfance en danger résulte de deux textes fondamentaux qui distinguent protection judiciaire et protection administrative :

- l'ordonnance du 22 décembre 1958 relative à l'organisation judiciaire indique que, « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice* » ;

- le décret du 7 janvier 1959 prévoit que le directeur départemental des Actions sanitaires et sociales exerce « *une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants et saisit la justice des cas paraissant relever des mesures d'assistance éducative judiciaire* ».

Dans les années quatre-vingt, la décentralisation de l'État et le transfert des missions de protection de l'enfance aux collectivités départementales a nécessité un nouveau texte législatif, la loi du 10 juillet 1989 précisant l'articulation entre les deux instances : pour le département, l'Aide sociale à l'enfance (ASE), et pour l'État, la Justice.

Comme on l'observe, tous ces textes législatifs ne font pas état de « maltraitance » mais bien des contextes de vie des enfants ou d'atteintes spécifiques à leur personne.

Définitions

Enfant maltraité

Enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, ou négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Enfant en risque

Enfant qui connaît des conditions d'existence mettant en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Enfants en danger

Ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

Source Odas.

Pour autant ce néologisme, encore absent des codes juridiques, n'est pas l'un de ces produits du marketing social apparus dans les années quatre-vingt. Bien au contraire il est le résultat d'une longue série de représentations :

- enfant battu, terme médical évoquant les seules violences physiques,
- enfant abandonné,
- enfant moralement abandonné ou négligé, issu des idées généreuses philanthropiques ou religieuses de la fin du siècle,
- enfant martyr (du grec martyr : témoin) issu d'un langage judéo-chrétien,
- enfant maltraité (traité mal) terme qui apparaît vers 1965 lorsqu'on évoque la notion d'un traumatisme volontaire et d'ailleurs le dictionnaire précise que « *c'est traiter avec brutalité* »,
- enfant abusé (traduction de *Child Abuse*) mais qui évoque surtout les abus sexuels.

Enfin « maltraitance » qui entend fédérer sous un terme unique l'idée que l'on peut se faire de toutes ces situations, pourtant si distinctes les unes des autres.

Cette évolution sémantique montre cependant à la fois l'évolution des connaissances et l'évolution des mentalités au cours de ces dernières décennies.

Car en effet, de tous temps et en tous lieux des enfants ont été, et sont encore violentés ou gravement délaissés. Pour saisir cette évolution les références à l'histoire sont indispensables, car elles permettent de situer la situation de l'enfant dans une époque et dans les mentalités de cette époque.

L'enfant : une appréhension différente au cours des siècles

Sans remonter à la Bible ou à l'histoire ancienne, il faut, en effet, se rappeler qu'au moyen âge, il n'existait pas de conscience de la particularité infantile : l'enfant participe à la guerre, aux mêmes travaux et aux mêmes jeux que les adultes et la peinture le représente comme un adulte miniature.

C'est Philippe Aries qui situe au ^{xvii}e siècle le passage d'une époque où l'enfant manipulé comme une valeur marchande devient l'enfant perçu comme fragile objet de jeux des adultes ou d'attitudes nommées « mignotages » ou « enfantillages ».

Très vite, en réaction, l'intérêt pour les particularités de l'enfance ne s'exprimera plus par l'amusement mais par un soucis moral. C'est la naissance de l'intérêt psychologique : il est nécessaire de mieux connaître l'enfant pour mieux le rectifier, le considérant alors comme un être transitoire, véritable « pâte molle » qu'il faut modeler au mieux. Il faut encore attendre Jean-Jacques Rousseau (fin du ^{xviii}e siècle) pour regarder l'enfant comme une personne ayant des potentialités et des besoins propres.

Cette évolution est à replacer pour mieux la saisir dans une société où jusqu'au début du ^{xix}e siècle, la mortalité infantile était écrasante — 250 ‰ — et ne facilitait pas

sans doute l'attachement à des êtres autour desquels la mort rodait. Ainsi au début du ^{xviii}e siècle, la mortalité des enfants reçus à l'hôpital des enfants trouvés est de l'ordre de 93 %, un peu moins s'ils partaient rapidement dans une famille nourricière.

Si la période contemporaine a vu une prise de conscience de l'enfant, reconnu en tant que personne pour lequel le souci de sa santé et de son développement affectif grandit, jusqu'à la fin du ^{xix}e siècle, cette mortalité infantile reste forte et les agressions, sévices, abandons, mises en nourrices, continuent à augmenter. On voit donc que l'évolution de la situation de l'enfant n'a pas été linéaire et que même à notre époque, que l'on qualifie souvent de « siècle de l'enfant Roi », une certaine ambiguïté persiste. Comment comprendre sinon les 19 000 enfants reconnus gravement maltraités, par les professionnels médicaux et sociaux en 1998 ?

Pour éclairer cette ambiguïté, il faut se souvenir que jusqu'en 1912 l'enfant est responsable au regard du Code pénal donc passible des mêmes peines d'enfermement que les adultes. Condamnés au titre de la correction paternelle, les enfants se sont retrouvés dans les mêmes prisons ou colonies correctionnelles que les adultes. C'est cette promiscuité scandaleuse qui a poussé les médecins, les éducateurs et les juges à se préoccuper de lieux et de méthodes éducatives distinctes. On est ainsi passé au début du siècle de la répression à la protection et à l'éducation.

À quel moment un regard nouveau va-t-il faire de l'enfant coupable un enfant « victime » ?

C'est la fin du ^{xix}e siècle, avec le développement des connaissances en matières d'hygiène et de prophylaxie qui va construire les bases caritatives puis publiques d'une véritable politique de prévention médico-sociale pour les familles vivant dans des situations socio-économiques effroyables du fait de l'industrialisation et de l'exode rural. Au nom de la lutte contre les grands fléaux (alcoolisme, tuberculose, syphilis) un nombre considérable d'enfants furent exilés au « grand air », mais aussi progressivement accueillis, soignés et protégés dans des établissements privés ou publics.

L'émergence de la reconnaissance de la maltraitance
Simultanément, 100 ans avant la loi du 10 juillet 1989

qui reprend sans la définir toutefois la notion d'enfant maltraité, une autre loi en 1889 assure « la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés » en fait un recensement et introduit la déchéance des droits de la puissance paternelle : on ne parle plus d'enfant coupables mais d'enfants victimes et on les protège pour la première fois de leurs propres parents. Cependant, bien avant cette première loi, il faut rappeler le rôle des congrégations religieuses et particulièrement de Saint-Vincent-de-Paul dont l'action marque le début de la prise en charge « moderne » de l'enfant : modification des mentalités sur les enfants abandonnés et spécialement les « bâtards », surveillance des nourrices et attention à l'insertion sociale et professionnelle ultérieure : la révolution va entraîner une réorganisation du système d'assistance en le laïcisant et en faisant une obligation d'État.

Ce sont les écrivains, avec Dickens, Balzac, Zola, Hugo, Vallès, Daudet et bien sur la Comtesse de Ségur qui ont le mieux fait état de la situation des enfants et particulièrement des enfants maltraités en cette fin de XIX^e siècle.

D'autres observateurs du corps de l'enfant, les médecins, ont aussi décrit très tôt leur état physique. C'est surtout Ambroise Tardieu — médecin légiste — qui dès 1860 publie une « étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants ».

Après Tardieu en 1860, il faut attendre jusqu'en 1929 la publication d'un rapport de médecine légale sur les sévices envers les enfants par Parisot et Caussade. Puis, ce sont après la seconde guerre mondiale les pédiatres et radiologues américains qui décrivent les traumatismes crâniens, puis les fractures multiples, enfin les fractures inexplicables. En 1953, Silverman pose l'hypothèse traumatique de ces lésions multiples et en 1961, décrit avec Kempe, le « syndrome de l'enfant battu ». C'est à partir de 1965 que l'école pédiatrique de Nancy prend le relais des Américains (Neimann, Rabouille, Manciaux) et introduit la notion de traumatisme volontaire. Mais c'est Pierre Strauss qui double ses observations cliniques d'investigations psychosociales approfondies. C'est à nouveau aux États-Unis et seulement en 1969 que Pollock étudie la psychopathologie des parents maltraitants et que Kempe met l'accent sur les facteurs environnementaux favorisant l'émergence des sévices.

Il est intéressant de remarquer qu'à partir du moment où la société n'a plus considéré l'enfant comme un coupable mais comme une victime, il aura fallu un siècle pour accepter l'idée que les auteurs de ces violences pouvaient être ses propres parents.

La mise en place d'une législation spécifique s'accélère alors :

- 1898 : loi sur la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre des enfants (art. 312 du Code pénal),
- 1904 : loi de police et de sûreté qui catégorise les enfants secourus, en dépôts, en garde, pupilles.

Ces catégories sont celles restées en vigueur jusqu'en 1986,

- 1912 : loi instituant les tribunaux pour enfants et obligation d'une enquête familiale,
- 1926 : transformation des colonies pénitentiaires et maisons de correction en institutions d'éducation surveillée,
- 1945 : la présomption d'irresponsabilité des enfants est affirmée et un corps de magistrats spécialisés est créé.

L'année 1945 marque bien un tournant dans la construction du système français de protection de l'enfance.

Lois, décrets et circulaires en direction de l'enfance en danger vont se multiplier à partir de la deuxième guerre mondiale. Parmi les plus importants :

- l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur la protection judiciaire de l'enfance en danger,
- le décret du 7 janvier 1959 sur la protection sociale de l'enfance en danger : deux textes qui vont régir officiellement une pratique qui commençait se développer ; l'Assistance éducative en milieu ouvert (Aemo),
- la loi du 4 juin 1970 sur l'autorité parentale et qui traite de la délégation, de la déchéance et de l'abandon,
- la loi du 17 mai 1977 sur le statut des familles d'accueil,
- la loi du 6 juin 1984 relative au droit des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de l'enfance.

Les textes législatifs spécifiques à l'enfance maltraitée sont plus récents :

La circulaire du 28 janvier 1981, vaste ensemble issu du rapport Bianco-Lamy, y traite spécifiquement des enfants maltraités.

La circulaire interministérielle du 18 mars 1983 s'intéresse particulièrement à la coordination des services et des professionnels. Ces deux textes, arrivés au moment de la décentralisation, n'ont pas eu l'impact qu'ils auraient du avoir.

La loi du 10 juillet 1989 qui précise les responsabilités des Présidents des conseils généraux et leurs rapports avec l'autorité judiciaire.

Le temps nécessaire qu'il aura fallu pour décrire et nommer la victime et ses agresseurs montre aussi notre difficulté à intégrer un certain nombre de faits, par exemple :

- que l'enfant peut avoir une signification différente à un moment de l'histoire et dans une société donnée,
- que la dépendance de l'enfant à l'adulte, son désir d'attention privilégiée ou au contraire ses mouvements d'opposition prêtent à des actes de maltraitance,
- que l'enfant peut signifier pour l'adulte sa propre histoire souvent faite de souffrances, de manques ne lui permettant pas alors de se distancier, toujours dans l'attente d'une impossible réparation,
- que de nombreux facteurs précipitants (conflits du couple, problèmes socio-économiques, isolement...) sont aussi à prendre en compte...

Enfants en risque et enfants maltraités

Plus que jamais on perçoit l'intérêt de bien observer les groupes d'enfants en risque et d'enfants maltraités séparément et de ne pas envisager leur prise en charge de façon univoque : si comme le préconise l'Odas, la finalité de l'observation est « observer pour mieux décider » et non « compter pour compter », ces deux tendances contraires devraient à l'évidence orienter les politiques locales.

Évolution des signalements faits à l'aide sociale à l'enfance (France métropolitaine)

	1994	1995	1996	1997	1998
Enfants en risque	41 000	45 000	53 000	61 000	64 000
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000
dont Violences physiques		7 000	7 500	7 000	7 000
Abus sexuels		5 500	6 500	6 800	5 000
Négligences graves		7 500	7 000	5 400	5 300
Violences psychologiques				1 800	1 700
Total des enfants en danger	58 000	65 000	74 000	82 000	83 000

C'est alors dans les années quatre-vingt devant la complexité de cette problématique, qu'il faut bien comprendre pour mieux la repérer, que la société a eu besoin par l'intermédiaire de ses porte-parole — les médias — de dramatiser et d'amplifier cette maltraitance des enfants, comme si la désignation d'une multitude de « *bourreaux* » mettait à l'abri de sa propre violence.

La nécessité de déterminer clairement et précisément ce que le terme « mauvais traitement » recouvrait est apparu comme une priorité. Une définition a été proposée par l'Odas (voir encadré) distinguant les enfants maltraités au sein des enfants en danger.

L'enfant maltraité « est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». Une méthodologie d'observation a été élaborée par l'Odas et proposée aux Conseils généraux. La mise en place de systèmes d'observation départementaux n'est pas terminée : elle devrait se compléter d'une observation partagée avec les services de la justice, permettant d'y inclure les saisines judiciaires directes. Elle permet cependant que l'enfant victime soit bien « vu de l'extérieur » et ceci sans dramatisation médiatique.

C'est ainsi que l'on observe que notre système de protection de l'enfance est confronté aujourd'hui à deux évolutions particulièrement inquiétantes. On constate une progression de la judiciarisation : près des trois quarts des signalements reçus à l'ASE sont aujourd'hui transmis à la justice. On constate de ce fait une très forte progression du nombre d'enfants en risque sans que soient toujours mis en place des réponses adaptées de type préventif. C'est ainsi que le recours à l'autorité judiciaire pour les enfants en risque non maltraités est passé de 34 % en 1994 à 40 % en 1996, à 47 % en 1997 et 60 % en 1999.

Des difficultés professionnelles à prendre en compte

Si le cadre législatif de protection des enfants est bien mis en place, si l'importance du problème est mieux cerné, si des moyens en personnels qualifiés et en structures d'accueil suffisants sont dégagés, les pratiques professionnelles restent à améliorer. En effet, les nombreux professionnels qui interviennent autour de l'enfant maltraité et de sa famille sont mis à mal dans leur personne. La violence familiale attaque la personne du professionnel qui s'est trouvé confronté. « Attaqués » dans l'histoire inconsciente de leur propre enfance leurs effets réveillés risquent d'interférer dans leurs pratiques si celles-ci ne font pas l'objet d'une analyse attentive et permanente :

- comment ces pathologies du lien génèrent des angoisses telles que le professionnel est partagé entre deux issues : affronter le problème ou nier sa gravité sinon sa réalité,
- comment le fait de détenir un secret — un secret de famille — équivaut au fait de détenir un pouvoir et dès lors de ne plus pouvoir lâcher, partager ce secret,
- comment les fantasmes d'exclusivité, c'est-à-dire de rivalité, s'exacerbent et comment se développe dans un premier temps, le sentiment de l'incapacité des autres professionnels puis dans un deuxième temps, par culpabilité, le sentiment de l'incapacité de l'intervenant lui-même,
- comment les alternances des mouvements fusionnels et des mises à distance de l'enfant par sa mère, vont enclencher une alternance des mouvements d'investissement massif et désinvestissement brutal des familles par les professionnels,
- comment les mouvements émotionnels intenses du professionnel intervenant dans une relation perturbée entre parents et enfants sont liés à la reconnaissance de la défaillance parentale et au désir de prendre la place de ce parent défaillant, générant ainsi une culpabilité œdipienne,

- comment, parallèlement, les valeurs morales, le consensus social, la pression médiatique, la culture judéo-chrétienne font que l'intervenant s'identifie le plus souvent à la victime, ce qui attise ses sentiments soit de toute puissance soit d'impuissance,

- comment les identifications aux parents maltraitants ou à l'enfant maltraité peuvent faire resurgir les imagos parentales de l'intervenant qui viendront alors interférer en miroir dans les difficultés de la situation qu'il a à traiter,

- comment une agressivité mal intégrée mais habituellement contenue par un surmoi rigide peut inciter à agir dans un sens plus répressif que dans la seule perspective de préserver les liens familiaux,

- comment l'absence de « recette », de solution efficace pousse l'intervenant angoissé par la violence à s'abriter derrière des idées tranchées, partisans ou idéologiques et à s'enfermer dans sa propre spécialisation.

Au-delà de ces difficultés propres à chaque intervenant, apparaissent des difficultés liées à l'appartenance de celui-ci, à des qualifications, des cultures et des institutions différentes.

En effet, la situation d'un enfant en danger et encore plus celle d'un enfant maltraité mobilise de nombreux intervenants de champs et de culture professionnelle différents : le champ du social, du judiciaire, du médical mais aussi psychiatrique, éducatif et politique !

En partageant son expérience avec des professionnels d'une autre qualification, ne craint-il pas de perdre ses références personnelles, son identité professionnelle et l'apparente sécurité que peut procurer l'appartenance à un service ou une corporation qui fait bloc, même et surtout en cas de dysfonctionnement, face aux interpellations extérieures.

Pourtant les effets de cette pluralité de regard de « personnes » aux valeurs et aux métiers multiples, susceptibles de mettre en tension ce bel édifice sont bien connus !

Dans cette énumération de difficultés, il convient de ne pas négliger la perte des repères déontologiques, l'insécurité liée à la crise du recrutement, le « *turn-over* » qui conduisent à une crispation également source de conflit particulièrement avec les professions socialement plus valorisées au moins socialement tels que les « psy », les médecins, les juges...

En dépit de toutes ces difficultés, et parce que chaque intervenant a fait l'expérience de la complexité et de l'unicité des situations de maltraitance, chacun sait aujourd'hui que la réflexion et l'action en partenariat est incontournable. Des progrès ont été faits d'autres restent à faire.

Évaluer les actions mis en œuvre après le signalement

En effet, depuis la loi de juillet 1989, un long travail a été engagé : définir les contours de notre système de protection, mieux repérer les situations d'enfants en

danger, clarifier les obligations de signalement. Mais aujourd'hui, vient une autre question — le signalement et après ?

Connaître chaque année le flux des enfants maltraités, leur âge, les conditions socio-économiques de leurs familles ou encore le type des mauvais traitements qui leur sont infligés est intéressant, mais cette démarche décrit surtout l'enfant à un moment donné de sa trajectoire : le moment du signalement. Elle ne décrit en aucun cas l'action que le professionnel va mettre en œuvre. Si ces actions sont bien nommées (placement, Aemo, thérapies...) elles ne sont jamais évaluées systématiquement dans la durée. Au mieux le sont-elles au sein de monographies destinées à illustrer tel ou tel point théorique par quelques psychiatres. Cependant, il convient de s'interroger sur l'efficacité des actions qui engagent le professionnel soit lorsqu'il préconise ou ordonne ces actions (le juge), soit lorsqu'il les exécute (les travailleurs médico-sociaux) ou encore lorsqu'il les modélise dans les formations qu'il dispense (les formateurs).

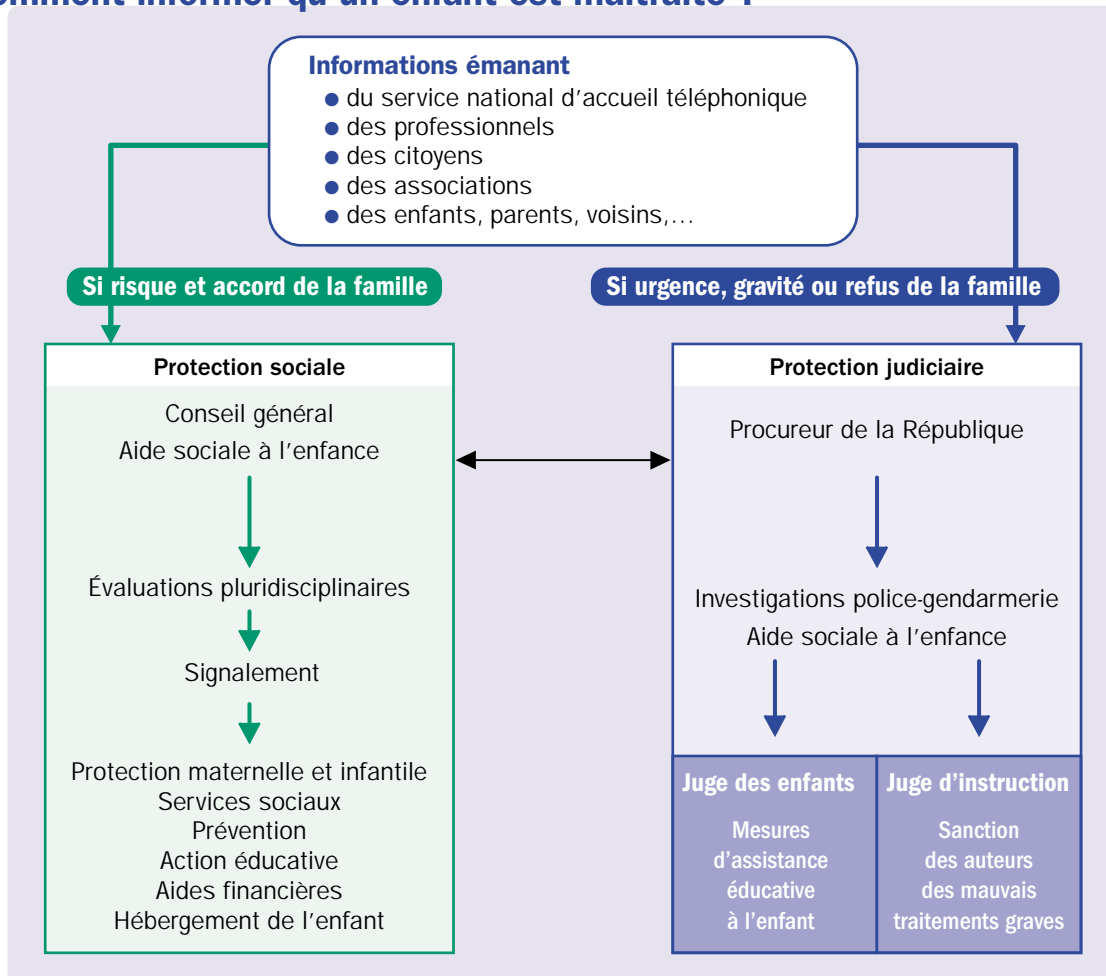
Les collectivités territoriales (conseils généraux) s'intéressent certes au « bien fondé » des investissements humains et financiers et c'est leur rôle ! Mais lorsqu'elles sollicitent des évaluations, ce sont le plus souvent des données de type statistique qui leur sont fournies. Il est vrai que le temps nécessaire à une évaluation est long — puisque longitudinal — et que le temps politique et budgétaire est court : souvent de ce fait, les résultats ne sont pas attendus pour valider ou modifier tel ou tel type d'action. Le manque d'intérêt et peut-être la résistance à l'évaluation des actions tient également à la crainte d'une remise en question de la qualification, des résultats du professionnel et pourquoi pas de lui même ou de son poste.

Mais plus que ces résistances « sécuritaires », le problème de fond semble être que les travailleurs médicaux et sociaux, s'ils savent bien que leurs interventions sont parfois sans effet à moyen terme, imaginent rarement que ces interventions puissent nuire à ceux qu'ils veulent aider ! Quand acceptera-t-on l'idée que seule l'évaluation est capable d'élaborer des savoirs nouveaux sur les actions mises en œuvre afin d'en comprendre les effets — positifs et négatifs — et de les infléchir, les transformer, voire d'en innover d'autres ? et pourtant chacun participe à des mesures prises et appliquées à partir du signalement !

L'analyse critique du suivi des interventions est indispensable

Le modèle médical est cependant intéressant : lorsqu'il s'agit d'un médicament ou d'un traitement, il s'agit non seulement de faire la preuve de son efficacité, mais l'évaluation doit aussi démontrer simultanément l'absence d'effets indésirables et l'efficacité de ce traitement. Pourquoi des traitements qui engagent aussi lourdement l'avenir d'un enfant ne sont-ils pas l'objet d'un soin encore plus grand ?

Qui et comment informer qu'un enfant est maltraité ?



Évaluer les effets d'un traitement psycho-socio-éducatif, qu'il soit prescrit sur « ordonnance » du juge ou non, c'est tenter de répondre à un certain nombre de questions :

- le service de l'ASE ou le cabinet du juge des enfants, sauront-ils 3, 5 ou 10 ans après ce que sont devenus et comment vont les enfants signalés et entrés dans le système de protection ?

- que savent-ils des facteurs d'opportunité (places disponibles ou non, changement de personnel, absence de thérapeutes...) ou des facteurs inhérents aux modifications de la structure familiale ou encore aux aléas du développement psychoaffectif de l'enfant, tous facteurs susceptibles de modifier au long cours les mesures préconisées au début ?

Sait-on si les effets recherchés sont atteints en fin d'intervention et si ces effets se maintiennent à long terme ?

A-t-on innové ou s'est-on contenté de reproduire des schémas d'actions bien connus ? Quelle action concrète et réelle derrière le mot magique d'Aemo ? Quel effet sur l'enfant d'un placement protecteur ?

A-t-on mis en évidence d'autres effets positifs ou négatifs liés par exemple à l'environnement ou l'histoire de la famille ?

Que sait-on du devenir des jeunes sortis du système de protection et au nom de quelle évaluation peut-on continuer à véhiculer sans précaution des affirmations concernant la « reproduction transgénérationnelle » ?

L'analyse critique du suivi systématique et continu des interventions est la seule qui permette de comparer les objectifs initiaux aux résultats obtenus, c'est-à-dire pourquoi l'action a-t-elle été réorientée ? Pourquoi une Aemo se transforme-t-elle en placement ? Mais aussi de répondre à une question plus fondamentale : est-on sûr de ne pas exercer sur l'enfant et sa famille une sur-violence par habitude ou par principe ?

Il s'agit de s'interroger et de répondre à deux questions essentielles, qui seules valideront notre système de protection de l'enfance, et sinon viseront à l'améliorer :

- les professionnels médicaux et sociaux apportent-ils vraiment sur le long terme une aide substantielle aux enfants maltraités et à leurs familles ? et laquelle ?

119 « Allo enfance maltraitée » Le Snatem

La permanence téléphonique « Allo enfance maltraitée » reçoit les appels des particuliers mais aussi des professionnels confrontés à un problème de maltraitance.

Bernard Derosier
Président du Snatem,
député, président du
conseil général du
Nord

Dans les années soixante-dix, les pratiques sociales et judiciaires ont montré que le dépistage, les signalements et la prise en charge des mineurs maltraités posaient de multiples difficultés.

Les pouvoirs publics, conscients de ces difficultés, se sont alors mobilisés.

Dès 1980, diverses circulaires ont mis l'accent sur la nécessité de mieux coordonner l'action des différents services concernés par l'enfance maltraitée.

En 1988, une commission rassemblant à la fois des représentants de l'État, des départements, des associations et aidée de plusieurs experts s'est réunie pour examiner les problèmes posés par le dépistage, le signalement et la prise en charge des mineurs maltraités. Sa mission consistait à établir un état des lieux et à faire des propositions d'actions.

C'est dans ce cadre qu'a été présentée l'expérience du Téléphone italien « Il telefono azzurro ». Comme celui-ci remportait un vif succès auprès de la population italienne, notre commission a suggéré alors, dans ses conclusions, la création d'un téléphone identique pour la France.

Inspiré des conclusions de cette commission, un projet de loi relatif à la prévention des mauvais traitements et la protection des mineurs a été proposé. Cette loi votée à l'unanimité par le Parlement a été promulguée le 10 juillet 1989. Elle a notamment mis en place le Service national d'accueil téléphoni-

que pour l'enfance maltraitée (Snatem), faisant de ce nouvel outil un maillon important du dispositif français de protection de l'enfance.

Le Snatem est un service public, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP). Ce groupement réunit trois partenaires directement impliqués dans la prévention et la protection des mineurs : il s'agit de l'État, représenté par neuf ministères, des 95 départements de France et des principales associations nationales.

Son financement est assuré à parts égales par l'État et les départements.

Conçu pour permettre à tout citoyen d'évoquer à tout moment, auprès de professionnels spécialisés, une situation de mauvais traitements à enfant, ce dispositif téléphonique a été également mis à la disposition des Départements pour les aider à remplir pleinement leur mission de prévention et de protection des mineurs victimes.

Il est connu sous le sigle administratif Snatem ou sous l'accroche destinée au grand public « 119 -- Allô Enfance Maltraitée ».

Évolution du Snatem

Depuis sa création, « Allô enfance maltraitée » a franchi différentes étapes. Les premières années ont été des années de découverte et d'apprentissage, concernant notamment la nature des demandes formulées par les usagers du service. À cela succéda le temps de l'adaptation, de l'organisation et bien sûr de la consolidation des bases

● les professionnels ont-ils les éléments de connaissance qui permettent de réduire au minimum les effets négatifs susceptibles d'être induits par les actions déclenchées ? et sinon comment acquérir cette connaissance ?

L'impossibilité actuelle de répondre à ces deux questions souligne l'absence dramatique de la recherche clinique.

Le processus enclenché aujourd'hui par les systèmes d'observation devrait, demain, ouvrir le champ à une véritable évaluation qualitative des actions professionnelles mises en œuvre. Après la prise de conscience des mauvais traitements, leur description clinique de plus en plus fine, la prise en compte des facteurs sociaux et

psychologiques, la complexité de l'interaction de tous les facteurs dits « prédictifs », c'est aujourd'hui vers l'évaluation des mesures prises pour protéger, mais aussi « restaurer » l'enfant maltraité que les professionnels devraient faire porter leur effort. Seules des études longitudinales ou rétrospectives conduites à partir de cohortes identifiées par un bon système d'observation permettront de s'interroger alors sur l'impact positif — ou négatif ? — des mesures qui auront été prises par les uns et les autres !

Dans ces situations très complexes, ne pas se laisser porter par l'urgence, l'habitude ou le découragement, la dépression ou l'activisme, c'est créer avec les autres, des outils d'observation puis d'évaluation au long cours

de notre institution, l'affirmation de sa pertinence.

Depuis 1999, une nouvelle époque s'ouvre à nous et l'ensemble de nos efforts a consisté à améliorer notre capacité d'accueil des appels pour satisfaire à l'ensemble des demandes.

Soulignons que chacune de ces périodes fut accompagnée de mesures concrètes, mises en place grâce à l'augmentation de notre budget. En 1990 le budget du Snatem était de 12 millions et qu'il est aujourd'hui de 17,4 millions. Cette évolution budgétaire s'est, bien entendu, traduite en termes d'augmentation des effectifs, puisque de 39 salariés, nous sommes passés à 60 salariés mais aussi par des améliorations techniques. Sans cette volonté politique, le 119 ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui : un service public inaugurant un nouveau lien social et répondant aux attentes des populations.

Au cours de ces dix dernières années, plus de 260 000 enfants ont été accompagnés, aidés dans leur démarche par le moyen du téléphone.

Parmi ces 260 000 enfants, 55 300 ont fait l'objet d'une prise en charge par les services sociaux départementaux.

Ces deux chiffres démontrent, très concrètement, l'efficacité de notre action durant ces dix années d'activité. Cette réussite est aussi le fruit d'efforts conjugués entre notre service et les services sociaux départementaux. Cette complémentarité est le ressort de notre efficacité.

Pertinence d'un groupement d'intérêt public

S'il était ambitieux, il y a dix ans, de parier sur un groupement d'intérêt public réunissant l'État, les départements, les partenaires associatifs, aujourd'hui le pari de la coopération entre ces différentes instances est réussi.

La mise en œuvre n'a pas été facile, mais cette fédération, des moyens d'action et des connaissances, a permis la mise en place d'un dispositif social exemplaire du point de vue de son efficacité.

Bilan de l'activité : rappel de quelques chiffres

En 1990, le service traitait 115 000 appels, aujourd'hui 710 000 appels sont pris en charge. Cette augmentation spectaculaire du nombre d'appels traités est corrélée à deux événements distincts.

Tout d'abord l'évolution de notre système informatique. Il permet aux chargés d'accueil téléphonique d'accéder rapidement à une banque de données. Ce système propose toutes les informations qui leur seront nécessaires et simplifie considérablement les procédures de saisie et de transmission de l'information aux départements.

Au-delà de cette évolution technique, au cours de l'année 1999 la mise en place d'un pré accueil, composé de professionnels de la téléphonie a été expérimentée. Leur fonction est d'accueillir les usagers, de filtrer les appels, de présenter le service et d'orienter les demandes des usagers vers les professionnels de

l'enfance ou vers des administratifs. La mise en place de ce pôle d'accueil a permis de recentrer l'activité de chacun autour de son métier. Les écoutants ne sont plus écartelés entre des demandes d'informations générales, l'accueil d'appels muets et l'accompagnement de personnes en difficulté.

En effet, ce dispositif leur permet aujourd'hui de se consacrer exclusivement aux appels nécessitant un accompagnement psychologique, social, ou juridique.

Les grands bénéficiaires de ces avancées sont les usagers. Cela se traduit très concrètement par moins d'attente et donc une accessibilité offerte au plus grand nombre.

Qui sont les usagers du 119 ?

Les usagers du 119 peuvent être classés en trois grands groupes :

- un tiers appartient à l'entourage de l'enfant,
- un autre tiers à sa famille,
- un dernier tiers concerne les enfants eux-mêmes.

Nous n'avons pas, au cours de ces dix dernières années, constaté d'évolution significative de ces données, sauf en ce qui concerne le nombre de demandes d'aide émanant des parents, qui sont en augmentation.

Cette observation est essentielle car elle inaugure une orientation souhaitée par le service : intervenir de plus en plus précocement auprès des personnes directement impliquées dans des situations de maltraitance. ■

mais c'est aussi travailler en équipe et non dans un splendide isolement, demander des formations mais surtout des supervisions et enfin adhérer sans réserve aux procédures établies par un cadre institutionnel clairement discuté et défini.

Enfin et ce n'est pas la moindre des difficultés, comment expertiser les pratiques familiales à l'époque d'un questionnement généralisé sur la famille et les fonctions parentales, mais aussi d'une crise des repères en matière d'éducation ? Les professionnels sont mis à mal, car, chez presque tous, parmi les valeurs les plus profondément inscrites, on trouve le respect de la vie privée et le refus explicite de stigmatiser les différences sociales et culturelles, et cependant leur mission est d'intervenir.

Cet ensemble de variables montre bien le travail intense et permanent que tous ces acteurs doivent faire ensemble pour que leurs actions restent cohérentes et bénéfiques pour l'enfant victime et sa famille en souffrance.

Informé, repérer et signaler sont indispensables, séparer pour protéger est souvent nécessaire, punir les auteurs de crimes ou de délits est aujourd'hui une évidence mais le temps est arrivé de compléter l'étude de cas, la monographie clinique et de porter un regard critique sur des cohortes et dans la durée et d'évaluer des parcours d'enfants pour lesquels telle mesure initiale a été prise.

On peut voir comment l'histoire et les représentations

Un guide pour des interventions de qualité

Présentation du *Guide pour des interventions de qualité en institution*

Participant à la nouvelle mobilisation pour un meilleur accueil des personnes confiées aux institutions spécialisées, l'Ancreai a élaboré une méthode d'évaluation interne à l'usage des établissements sociaux et médico-sociaux, méthode qui s'appuie sur *un guide pour des interventions de qualité*. Ce travail, issu des développements des travaux antérieurs sur les violences institutionnelles, réoriente l'évaluation sur ce qui garantit la *bien-traitance*.

Ce guide offre un support méthodologique à un processus d'évaluation pensée au bénéfice de l'usager dans l'objectif d'une mise en œuvre d'interventions de qualité conduites en sa faveur et de leur amélioration.

À l'échelle d'un établissement ou d'un service, peut être conduit sur la base de ce guide, l'examen collectif de ce qui conditionne et garantit des prestations de qualité adaptées aux besoins et aux attentes des usagers. C'est ainsi que sur les différents plans qui composent les interventions, sont systématiquement examinés les prérequis d'interventions de qualité, et recherchés ou construits les *indicateurs* permettant de vérifier la présence et la fiabilité de ces prérequis. De cet examen est issu ensuite un diagnostic d'évaluation interne sur la base duquel peut être élaboré un plan d'action de l'amélioration de la qualité des actions. Ce processus d'évaluation s'appuie sur l'accompagnement offert par les équipes techniques des Creai.

Ce travail participe à l'élaboration de référentiels de pratiques qui favorisent une amélioration des prestations, appuyée notamment sur les droits des usagers, sur leur association ou celle de leurs représentants aux décisions et projets qui les concernent. L'approche qui prévaut est d'abord une approche

technique mais dont les options accompagnent une profonde redéfinition actuelle de la praxis des professionnels : c'est la personne de l'usager, les situations qu'il vit qui orientent la pratique.

La conception de ce guide est pluridimensionnelle et dynamique, et privilégie une approche complexe plutôt que linéaire, les différents plans et sous-plans examinés étant en interaction les uns avec les autres. La mobilisation des ressources est questionnée au regard des situations des personnes bénéficiaires des services rendus, des prérequis qui garantissent la qualité de ces services.

C'est un guide souple, se présentant sous la forme d'un guide unique, il est cependant adaptable lors de chaque utilisation, les principes énoncés par les prérequis retenus peuvent trouver application dans des pratiques et des références diverses, ils ne dictent pas la manière de les réaliser et ménagent ainsi des conceptions de travail différentes.

La démarche proposée par l'Ancreai est interactive car elle émane directement du terrain des interventions sociales et médico-sociales. Les acteurs de terrain ont été eux-mêmes directement associés à la construction de cet outil sous la forme d'expérimentations, menées par les Creai dans leur région. C'est ainsi que la version 3 actuellement disponible est issue d'expérimentations dans le champ de la protection de l'enfance, de l'enfance handicapée et des adultes handicapés. ■

L'Ancreai regroupe les 20 centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (Creai) issus de l'arrêté du 20 janvier 1964 qui décrit leurs missions, notamment celles d'observation, d'évaluation et d'aide à l'évolution des dispositifs institutionnels. Renseignements : Creai Langedoc-Roussillon, Zac Tournezy, 135, allée Sacha Guityr, 34100 Montpellier

sociales ont influencé les pratiques en direction des enfants (congrégations religieuses-hôpitaux) lesquelles ont à leur tour été traduites par les philosophes, les écrivains. La sensibilité sociale et le changement des mentalités ont à leur tour influencé notre organisation publique (lois-système de protection-passage du privé au public...).

Cette spirale interactive est toujours en mouvement puisque nos textes sur l'enfance en danger fournissent un cadre pour les pratiques professionnelles, lesquelles par la recherche évaluative feront à nouveau évoluer ces textes.

Le temps est passé de suivre l'opinion publique lorsqu'elle attend une dramatisation et une amplification des phénomènes de la maltraitance. Le temps est passé de

désigner une multitudes de « bourreaux » et de « martyrs », de façon conjuratoire à la perception de sa propre violence. Le temps politique est passé de déclarer de façon incantatoire « l'éradication de la maltraitance », mais le temps est venu pour un travail de recherche, d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, serein et courageux.

Le temps est venu pour les professionnels plus souvent limités à des rôles d'exécution que de propositions de débattre ensemble sur ces valeurs apparemment contradictoires, sources de confusion et porteuses d'idéologies que sont prévention et protection, secret et signalement, protection sociale et protection judiciaire, ou encore intérêt de la famille et intérêt de l'enfant. ■

La maltraitance et les personnes âgées

Groupe d'écoute téléphonique et d'assistance aux personnes âgées maltraitées, Alma a réalisé une étude sur le profil, la famille et les conditions des personnes âgées maltraitées.

Françoise Busby
Coordinatrice d'Alma
France (Allô mal-
traitance des person-
nes âgées)

Des pays étrangers (Grande-Bretagne, États-Unis, Canada, Suède, Norvège) se sont penchés sur le phénomène de la maltraitance il y a une quinzaine d'années déjà. Le Pr Robert Hugonot, aujourd'hui président d'Alma France, publie en 1990 *Violences contre les vieux* [17]. L'Académie de Médecine approuve en 1992 un texte prouvant l'importance accordée à ce thème qui sort difficilement de l'ombre. Le Code pénal subit des modifications en 1994, prouvant l'évolution des mentalités quant à la notion de vulnérabilité, concernant un plus grand nombre d'êtres humains. La Coderpa de Strasbourg a pour la première fois dans notre pays fait une enquête locale auprès des professionnels soignants, actifs dans les institutions et les résultats ont été surprenants car la réalité de la maltraitance et des négligences a été enfin mise à jour dans ce milieu. Un sondage effectué auprès de professionnels européens révèle un début de prise de conscience de l'existence des maltraitements, sans parvenir à une mise en place de moyens de prévention [18]. En France, des enquêtes démontrent que, bien que des études épidémiologiques n'aient pas encore été entreprises, le problème ne laisse pas indifférent.

En 1992, une première expérience d'écoute de la maltraitance est mise en place, sans le succès escompté. Sans doute, était-ce encore trop tôt. La gérontologie avait déjà fait un grand chemin dans la reconnaissance de l'être humain âgé, mais parler de maltraitance envers des sujets âgés était du domaine de l'inconcevable.

Le malaise lié à la maltraitance envers les personnes âgées vient, entre autres du refus de la société de voir l'homme vieillir, s'approcher inexorablement de la mort, sans que rien ne puisse « interdire » la mortalité.

À l'écoute, les écoutants sont constamment confrontés à la « longueur » de vie que ces personnes âgées imposent. À tout point de vue, cette « éternité de vie »

choque, met sur la défensive tant les familles que les professionnels : c'est un miroir insupportable que chacun voudrait briser, mais c'est aussi un obstacle à jouir de la vie (l'héritage se fait attendre, la retraite se passe à s'occuper des plus âgés...).

L'expérience des centres d'écoute Alma démontre que le silence qui entoure la maltraitance envers les personnes âgées est exacerbé par la complexité des relations humaines. La famille reste un huis clos, l'institution peut l'être ou le devenir aussi. L'écoute permet la plupart du temps de désamorcer des situations conflictuelles, souvent fondées sur des malentendus ou des non-dits. Un manque évident de véritable communication est à l'origine de mésententes, de conflits.

L'idée de départ d'Alma, mûrie dans le cadre de la commission droits et libertés de la Fondation nationale de gérontologie, était surtout de faire émerger la connaissance du phénomène. La décision de saisir le problème de la maltraitance des personnes âgées par l'organisation d'un réseau national d'écoute a été prise fin 1994 après plusieurs expériences moins convaincantes. Cette orientation semblait apporter une bonne réponse aux affirmations suivantes : la maltraitance des personnes âgées existe, mais elle reste secrète, tabou et invisible ; elle se développe tant en famille qu'en institution ; ses victimes se plaignent rarement elles-mêmes ; seule une action de proximité permet d'étudier et de résoudre les problèmes posés. Depuis 1997, les professionnels appellent très souvent pour être soutenus dans leurs questionnements, dans leurs démarches. Ils demandent également des formations. Former-informer est sans doute le rôle fondamental d'Alma qui informe, oriente, rassure, soutient, qui permet aussi et surtout d'exprimer les difficultés liées aux situations réelles ou soupçonnées de maltraitements ou négligences. Les conférences ont pour rôle de sensibiliser un public large et les cours

dans des écoles, instituts, universités, les ateliers de réflexion regroupant une quinzaine de personnes (tous professionnels confondus : médecins, infirmières, assistantes sociales, aides-soignants, aides-ménagères) permettent un travail de prévention en amont. Sont abordés les facteurs de risque tant à domicile qu'en institution, les problèmes psychologiques sous-jacents. L'accent est mis sur la déculpabilisation des aidants naturels et professionnels et sur la nécessité, d'ailleurs largement prônée par les experts gérontologiques, de réfléchir et de travailler en liaison avec tous les partenaires sociaux, médicaux et administratifs. Les remèdes à la maltraitance passent d'abord par une écoute « pluridisciplinaire » (écoutants et conseillers) puis par une proposition de coordination des partenaires professionnels dans le cadre d'un comité technique de pilotage.

Un centre d'écoute est constitué de trois niveaux ayant des fonctions complémentaires :

- les *écoutants bénévoles* se recrutent parmi les retraités choisis de préférence dans les professions sanitaires, sociales, administratives ou éducatives. Ils sont formés par les soins d'Alma France aux divers aspects de la maltraitance, au recueil des données et à l'écoute. La poursuite de la formation s'effectue « sur le terrain ». Les bénévoles tiennent toute l'année deux permanences d'une demi-journée par semaine, dans un site dont l'adresse doit rester confidentielle. Il en va de même pour l'identité des écoutants connus seulement par leur prénom d'emprunt ;
- les bénévoles sont encadrés par des *référénts ou conseillers*, en général des professionnels de l'action sociale et médicale gérontologique, retraités bénévoles ou professionnels actifs.

Auprès de chaque antenne, un *comité technique de pilotage* se réunissant une fois par trimestre regroupe des gériatres, des psychologues, des assistants sociaux, des directeurs de maisons de retraite, un juge des tutelles, un représentant du Procureur de la République, de la direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, de la direction santé solidarité du conseil général (appellations variables dans les départements), de l'Aide à domicile aux personnes âgées, de l'Aide à domicile en milieu rural, de la police et des familles d'accueil. S'y ajoutent un avocat, un conciliateur de justice, un notaire et des représentants d'associations caritatives spécialisées dans l'écoute des détreffes (SOS Amitié, Écoute amitié, Aide aux victimes...). Il constitue un panel de consultants auxquels les référents peuvent avoir recours pour étudier certains dossiers.

C'est ainsi que fonctionne un système à trois étages : les *écoutants* recueillent les plaintes par écrit, les *conseillers* en prennent connaissance, décident de la suite à donner aux informations requises et font appel aux *consultants ou personnes-ressource* pour s'assurer du bien fondé de leurs démarches. Trois niveaux successifs de compétence émergent de cette organisation : écoutants, référents, consultants. Il peut arriver, dans certains cas « délicats », en raison de la personnalité

(par exemple politique) des responsables de tel ou tel établissement, que l'échelon national soit appelé en appui des démarches envisagées.

Le recueil d'une plainte

Les plaignants sont par ordre de fréquence : des membres de la famille de la victime, des voisins, des amis, des personnels travaillant à domicile ou en institution, les personnes âgées victimes elles-mêmes, moins souvent. Beaucoup d'entre eux ont besoin de parler, de raconter, de déverser leur angoisse, leurs soupçons, leur rancœur, leur fureur parfois sur quelqu'un qui les écoute avec patience et bienveillance. Certains de ces récits se révèlent à ce point complexes qu'il convient assez souvent de solliciter l'envoi d'une lettre ou d'un dossier.

Lorsque l'appel provient de la victime elle-même, il peut s'agir d'un syndrome délirant (délire de persécution) en général déjà connu des services sociaux et parfois psychiatriques, mais il importe de toujours vérifier sa réalité. Les écoutants en sont avertis. Un délirant ne doit jamais être écarté car il souffre, mais il conviendra de passer le relais aux instances de proximité (assistants sociaux, soutien psychologique du secteur psychiatrique).

Quand les plaignants font partie de la famille, ils accusent fréquemment d'autres parents de maltraiter leur aïeul. Des avis complémentaires sont alors sollicités. Il n'est pas rare de découvrir que la personne maltraitée a elle-même des antécédents de maltraitance et qu'il y a un renversement de situation en raison de son affaiblissement physique et/ou intellectuel actuel.

Depuis 1995, une vingtaine de centres d'écoute se sont mis en place. Plus de onze mille appels ont été enregistrés dont la moitié se réfère à des situations de maltraitances ou de négligences envers les personnes âgées.

Les catégories de maltraitances

Les maltraitances les plus fréquentes (27 % chacune) sont financières et psychologiques :

- financières : spoliation d'argent, de biens mobiliers et immobiliers, vie aux crochets de l'aïeul...
- psychologiques : menaces de rejet, privation de visites, humiliation, infantilisation.

Les maltraitances physiques, quant à elles (14 %) regroupent les brutalités, coups, gifles, escarres non ou mal soignées, etc.

Ces abus sont le plus souvent *associés* et agissent *en cascade* : pressions psychologiques, voire brutalités physiques associées à une maltraitance financière,

Plus ignorées que les précédentes, mais très nombreuses (15 % selon nos chiffres), sont les négligences par omission, volontaires ou non, d'aide à la vie quotidienne : lever, coucher, toilette, repas, marche...

Les « victimes » et les « maltraitants »

Les victimes sont en majorité des femmes (75 %), veuves, vivant en famille. Les hommes, soit 25 %, sont maltraités par leur conjointe, un membre de la famille ou encore une tierce personne, compagne « de quelque temps »,

dame de compagnie abusive. La moyenne d'âge des victimes est de 79 ans.

Les maltraitants sont en majorité (52,9 %) des membres de la famille. Par ordre de fréquence les fils, les filles, puis les cousins, neveux, nièces, conjoints et enfin les petits-enfants, adultes ou adolescents. Les amis et voisins sont impliqués dans 12,4 % des cas. Les professionnels soignants (infirmiers, aides-soignants, aides ménagères, administrateurs) atteignent le taux de 19,6 % dans la liste des « accusés ».

Le cadre

Les *familles*, lieux du meilleur et du pire, constituent un monde fermé qui refuse souvent une aide extérieure. Appeler Alma est parfois le dernier recours avant de se mettre peut-être dans « l'engrenage des services sociaux ou judiciaires » qu'elles tentent d'éviter.

Les conflits de fratrie sont majoritaires dans les dossiers que nous avons ouverts. Souvent, pourtant, le fait de pouvoir parler des difficultés relationnelles vécues permet d'évacuer un « trop-plein », de comprendre les mesures à prendre et de faire des compromis pour le bien-être de la personne âgée concernée.

Les problèmes financiers viennent en tête des maltraitances. Les personnes âgées elles-mêmes ne prennent pas toujours les mesures nécessaires (héritage), ne prévoient pas les difficultés futures et « rêvent » souvent que les enfants ou les petits-enfants ne leur feront jamais de mal. Les problèmes financiers liés au chômage augmentent les risques d'abus : une personne âgée percevant le minimum vieillesse gagne parfois plus d'argent qu'un petit-fils en fin de droit.

Il faut savoir que garder une personne âgée démente, incontinente à domicile, coûte sans doute moins cher que de la confier à une institution répondant à ses besoins, mais qu'elle encourt un risque réel de maltraitance de la part d'une famille « à bout de tolérance ».

Les *institutions* : les signalements de maltraitance en institution sont plus nombreux depuis 1996. Ils recouvrent souvent une situation réelle inacceptable. Mais ils proviennent aussi de la différence d'appréciation d'un comportement, d'une attitude, selon que la famille se sent ou non coupable d'avoir accepté ou favorisé le placement de son aïeul dans l'établissement. Dans ce cas, elle projette sa culpabilité sur les soignants accusés parfois injustement de différents sévices.

Les facteurs de risque de maltraitance et de négligence, tant à domicile qu'en institution, reposent sur l'absence de communication entre les personnes âgées, les familles et les professionnels.

La prévention

La proximité d'Alma et des organismes départementaux ou municipaux d'action gérontologique offre l'intérêt d'élargir le champ de la prévention de la maltraitance.

Le renforcement de l'assistance à domicile, du soutien aux aidants, de l'amélioration de l'habitat, l'orientation des personnes âgées vers un centre de jour ou de séjours

Allô-maltraitance des personnes âgées

Le réseau Alma (Allô-maltraitance des personnes âgées) s'est alors mis en place en 1995. Il fait appel à des retraités, formés à l'écoute et aux différents aspects de la maltraitance des personnes âgées. Il a d'abord fonctionné dans six sites qui disposaient d'une bonne infrastructure gérontologique, d'une plateforme gériatrique sérieuse et d'un

consensus entre tous les partenaires sociaux, juridiques, administratifs et privés. Son bureau a été choisi au sein de la « commission Droits et Libertés » de la Fondation nationale de gérontologie et il réunit la Caisse nationale de prévoyance, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Fondation de France et le ministère de la Santé.

temporaires, les mesures permettant de soulager la famille, d'améliorer sa tolérance, sont autant de mesures préventives et complémentaires envisageables dans une politique municipale ou départementale de la vieillesse.

Les maltraitances existent. Mieux les connaître, puis en parler, constituent également des mesures indirectes de prévention pour mieux évaluer les phénomènes aux niveaux qualitatif et quantitatif. Le livre *La vieillesse maltraitée* de Robert Hugonot a pour objectif fondamental d'informer afin de prévenir [16].

Les limites de l'action d'Alma se sont clarifiées au fur et à mesure de l'expérience d'écoute.

Alma n'a pas pour objectif de se substituer aux services sanitaires, sociaux, médicaux existants. L'association offre une écoute, mais une écoute active et, autant que possible, objective. Grâce à une écoute personnalisée, elle se propose de tenir un rôle de tiers, qui permet de trouver les justes distances entre les événements et les relations affectives, conflictuelles. Elle propose des moyens d'action, de prévention sans assurer qu'un seul remède est possible. Les informations diffusées ne sont pas des « recettes » que chacun peut appliquer. Chaque cas reste un cas particulier, et c'est à tous les partenaires de réfléchir ensemble sur les moyens d'action.

La limite d'action se constate également au niveau de la vérification des maltraitances ou négligences. Des familles, des professionnels appellent, mais les personnes directement concernées, les personnes âgées, ne sont pas en mesure d'appeler ou n'osent pas parler. C'est pourquoi il est important aujourd'hui de sensibiliser les retraités aux risques encourus s'ils ne font pas des choix quand ils en ont encore les moyens physiques et psychiques ; ceci concerne le lieu de vie, la qualité de vie, le règlement des affaires familiales, etc.

L'évaluation des appels des antennes Alma stimule enfin la recherche dans le domaine de la maltraitance. Il semble maintenant possible d'encourager des travaux épidémiologiques en milieu universitaire. Si ceci se fait, en plus, en collaboration avec quelques pays étrangers déjà bien informés, alors les chances de voir ce fléau social régresser existent. ■

La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental

L'Unapei, fédération d'associations de parents et amis des personnes handicapées mentales a dressé un bilan de la situation particulière de ces personnes face à la maltraitance. Après chaque constat elle propose des mesures concrètes.

Alain d'Huyteza
Responsable du service « vie sociale »,
Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei)

La personne handicapée mentale est une personne à part entière, ordinaire et singulière. Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les besoins de tous, qu'elle remplit les devoirs de chacun et qu'elle dispose des mêmes droits que les autres. Elle est singulière, parce qu'elle rencontre des besoins supplémentaires qui résultent d'une déficience intellectuelle plus ou moins profonde — ou de plusieurs déficiences, dont la principale est intellectuelle — et qui appellent une compensation réalisée sous la forme d'un accompagnement, permanent et évolutif, adapté à chaque situation de handicap, sous la forme d'un soutien humain.

La mise en perspective des deux constats suivants donne déjà la mesure de la situation spécifique des personnes handicapées mentales face à la maltraitance :

- le handicap mental porte la marque de la « défaillance » la plus inacceptable aux yeux de la société : celle de la raison. Cette attitude défensive, déclenchée, le plus souvent, par la méconnaissance du handicap, est la porte ouverte à l'exclusion, voire à l'agression de la personne différente ;

- face à la maltraitance, la personne handicapée mentale est particulièrement vulnérable, notamment parce qu'elle a des difficultés à discerner ce qui relève ou non d'un acte de maltraitance et qu'elle a du mal à s'exprimer, présenter des preuves, ou être entendue lorsqu'elle en est victime.

Un partenariat avec les médias de proximité, afin de leur faire connaître les valeurs de l'association de parents pourrait contribuer à donner une image

valorisée de la personne handicapée mentale, en faisant, notamment apparaître ses capacités plutôt que ses manques.

Au niveau local, les associations doivent développer une communication externe qui repose sur des actions concrètes et positives, des relations de voisinage et de proximité ainsi qu'une communication interne au sein de l'association, en direction des familles et des professionnels : sensibilisation, échanges et réflexions collectives, formations.

Les chiffres de la maltraitance

Les données chiffrées sur cette problématique sont rares. Aucune d'entre elles ne distingue la notion de handicap. Cela est justifié par le principe de non-discrimination ; mais comment lutter de manière efficace quand l'absence d'étude spécifique à ce public perpétue l'ignorance ou la confusion des idées ? Comment prendre réellement la mesure la plus fine possible du phénomène ?

Au sein de la famille

Les interactions entre handicap mental et maltraitance sont complexes. À la question : « Quelle est la cause, quel est l'effet ? », la réponse est multiple. D'une part, l'absence de soin, les négligences graves, les maltraitances physiques, les situations psychologiquement insupportables pour le petit enfant valide peuvent provoquer des retards de développement, voire des handicaps. D'autre part, le traumatisme provoqué par la naissance d'un enfant handicapé, renforcé en cas de manque d'aide

et de soutien de la famille, peut se révéler en son sein par des attitudes allant de la révolte au repli sur soi, au refus de considérer l'enfant avec ses spécificités, voire à sa surprotection. La culpabilité ressentie par les parents est parfois reportée sur l'enfant. L'écart entre l'enfant idéal tel qu'il était attendu et l'enfant présent est parfois si traumatisant qu'il rend difficile l'accueil et l'accompagnement adapté qu'il nécessite.

Les éventuelles réactions maltraitantes vis-à-vis de l'enfant différent sont liées à cette souffrance intolérable, au découragement.

Pour éviter ces situations extrêmes, douloureuses il est nécessaire de travailler autour de l'annonce du handicap :

- assurer la présence d'un psychologue lors des moments probables de l'annonce d'un handicap : amniocentèse, échographie, accouchement... ;
- proposer une procédure d'accompagnement « au long cours » des parents et de la famille (psychologique, sociale, rencontre avec d'autres parents...) ;
- accompagner l'apprentissage de la prise en charge d'une personne handicapée mentale, améliorer les compétences parentales, aider à la compréhension de la spécificité du handicap mental.
- développer les lieux d'accueil et d'écoute, de formation et de soutien pour les parents ;

- développer, à l'égard des familles qui gardent leur enfant chez elles, l'action associative afin de limiter le repli sur elles-mêmes ;

- inciter les pouvoirs publics à permettre l'ouverture de structures d'accueil temporaire plus nombreuses, à mettre en place des services toujours plus adaptés, pour les mineurs comme pour les adultes.

La personne handicapée mentale

L'enfant valide qui dénonce a plus que de la peine à être entendu, alors qu'on sait que, dans la plupart des cas, il dit vrai. Que dire alors de la crédibilité portée à la parole d'un enfant handicapé mental ?

Et, de surcroît, comment repérer la maltraitance quand la victime ne peut s'exprimer ?

Il n'existe pas vraiment d'indicateurs, de « clignotants » spécifiques. Il n'y a pas forcément parallélisme entre l'intensité des signes observés et le danger. Si certains indices peuvent être repérés, il convient de ne pas les prendre de façon isolée et de procéder par recoupement. Mais le syndrome du non-signes existe aussi. La maltraitance est le plus souvent le fait de proches, ayant un rôle déterminant dans la réponse à des besoins quotidiens et essentiels de la victime. Se sur-rajoute donc souvent la peur, pour la victime handicapée mentale, de perturber un environnement paradoxalement considéré

Le guide *Prévenir, repérer, agir*

Présentation du document de l'Unapei *Maltraitances des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société. Prévenir, repérer, agir.*

Une des valeurs fondamentales qui motive l'action de l'Unapei est la dignité de la personne handicapée. C'est pourquoi elle a décidé de faire face au problème de la maltraitance, laquelle est la négation même de cette dignité. L'évocation de ce problème de société doit contribuer à la connaissance de la réalité et briser les tabous.

Depuis deux ans, dans le cadre de la grande cause nationale 1997 « protection de l'enfance maltraitée », un groupe de travail, mis en place par l'Unapei, a élaboré un livre blanc qui vient d'être publié. Composé de parents, de professionnels de l'accompagnement, d'experts extérieurs, ce groupe constate que la première violence résulte du rejet de la différence, de la peur du « non

identique ». Il apporte une définition de la maltraitance, laquelle peut être consciente ou inconsciente, générée par des actes, mais aussi par leur carence.

Face à des faits de société qui ont généré un émoi profond, il convenait d'apporter un éclairage serein, en notant que la maltraitance n'est pas que sexuelle et ne concerne pas que les enfants. Il fallait également dénoncer, tant le déni du risque que l'attitude consistant à voir la maltraitance partout, jusque dans les soins d'hygiène apportés aux personnes lourdement handicapées, au risque d'une suspicion généralisée des professionnels des institutions.

L'accent est porté sur la prévention, précisant pour cela les notions de « personnes maltraitées » et de « personnes à risque », sans oublier que les personnes handicapées peuvent être, elles aussi, maltraitantes. Lutter contre la maltraitance impose de prendre en compte ses aspects périphériques (dysfonctionnements, fautes professionnelles, . . .), susceptibles, lorsqu'ils sont cumulés, de

générer de la maltraitance, et de prendre en compte la protection des salariés des institutions qui dénoncent.

L'objet de ce livre blanc est de sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'accompagnement des personnes handicapées mentales (famille, professionnels, intervenants divers au sein des établissements spécialisés. . .), mais aussi la société dans son ensemble (médias, grand public). Il propose des pistes concrètes pour développer des actions de prévention.

Même si la plupart des personnes handicapées mentales, que se soit en famille ou en institution, ne sont pas confrontées à ces problèmes, le document incite à la vigilance, et invite chacun à réfléchir sur ses comportements, individuels ou collectifs, lorsqu'il est en rapport avec une personne handicapée mentale. ■

Renseignements : Unapei 15 rue Coysevox 75876 Paris Cedex

comme sécurisant, ou du moins qu'il s'avère impensable de déstabiliser.

La personne handicapée peut être, elle-même, maltraitante. Vis-à-vis de ces personnes qui ont des droits mais aussi des devoirs, il convient, s'il y a lieu, d'appliquer la loi, de trouver des moyens pour que cesse cet engrenage, voire une passivité souvent justifiée à tort par le fait que l'agresseur serait une personne handicapée mentale qui ne sait pas ce qu'elle fait. Ces agressions doivent interpeller les acteurs de son accompagnement de par la souffrance qu'elles causent, mais aussi qu'elles révèlent.

Il est indispensable d'assurer à la personne handicapée mentale une prévention individualisée de la maltraitance (ses droits, son corps, la relation à autrui, l'affectivité et la sexualité, l'estime de soi, la capacité à dire non, les recours possibles en cas de difficulté...). Réaliser des outils pédagogiques adaptés permettra la prévention et l'accompagnement sur le long terme des séquelles d'actes de maltraitance. Enfin, il faut assurer une réparation le cas échéant, et/ou un soutien adapté, pour atténuer à court et à long terme les effets des maltraitances subies.

Établissements d'accueil

Dès que les intérêts de l'institution priment sur ceux de l'utilisateur, que la qualité de son accueil n'est plus garantie, il y a risque de maltraitance.

Les facteurs de risque ont été bien repérés, notamment au travers du guide méthodologique réalisé par la direction de l'Action sociale : « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales ».

Pour l'Unapei, l'enjeu est d'accompagner les dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics en incitant les associations gestionnaires d'établissements et de services à mettre la personne handicapée au cœur des projets institutionnels. S'il convient de veiller à l'amélioration des dispositifs d'accueil et de prise en charge : (pleine participation des parents, lutte contre l'épuisement des professionnels, bonne organisation des équipes, optimisation des règlements intérieurs, lutte contre l'isolement de l'institution etc.), il convient, parallèlement, de mettre en place des dispositifs de prévention de la maltraitance.

Les établissements doivent procéder à leur évaluation en s'appuyant sur les documents de diagnostic des dysfonctionnements institutionnels existants.

L'expression des usagers et la création de groupes de parole de parents doivent être favorisées et l'analyse des pratiques des professionnels reconnue.

La représentation des conseils d'administration et des comités d'établissement doit être renouvelée régulièrement.

Le numéro vert (119) réservé à la maltraitance doit faire l'objet d'une large information de tous les usagers des institutions, des professionnels, des parents.

Actes médicaux

Face à des actes médicaux qui peuvent générer des traumatismes s'ils ne sont pas préparés avec le patient handicapé, l'accompagnement psychologique est nécessaire. Devant la multiplicité des soins dont elle fait souvent l'objet, la personne handicapée a besoin d'une information et d'un soutien adaptés délivrés dans un climat de confiance, ne serait-ce parce qu'elle a des difficultés à se représenter son corps, les liens entre la maladie et ses symptômes, mais aussi à expliciter et à se faire entendre autour de la douleur.

Dans ce contexte, les abus vont, par exemple, des abus ou mauvais usages médicamenteux à la non prise en compte de la douleur.

Il est nécessaire de permettre aux parents et aux professionnels de terrain, aux éducateurs, moniteurs, aux professionnels paramédicaux de mieux comprendre le rôle de la médecine, les lieux et les actes de soins (actes courants, chirurgicaux, les médicaments, la psychiatrie).

Des protocoles de prise en charge aux urgences de personnes victimes de maltraitances doivent être mis en place ainsi que la réalisation de fiches de liaison inter-établissements, ainsi qu'entre les établissements et les familles. Les médecins généralistes comme les équipes des hôpitaux généraux et psychiatriques doivent être formés aux spécificités du handicap mental, à l'accueil et à la prise en charge de ceux qui en sont porteurs.

Dispositifs d'accompagnement

Les ruptures, les incohérences de modes de prises en charge, l'absence de solution d'accueil, sont autant de sources de souffrances qui, en cas de répétition ou de cumul, peuvent générer de la maltraitance. Vis-à-vis de ces problèmes, la violence faite à ces personnes n'est pas une maltraitance à proprement parler, mais en est la condition préalable. Nous sommes là au cœur des aspects périphériques à la maltraitance proprement dite, mais qu'il convient de prendre en compte avec la plus grande attention, tant leurs interactions dans l'environnement de la personne handicapée sont prégnantes.

Ce constat est à mettre en relation avec le manque de structures d'accueil spécialisées selon les divers âges de la vie, les formes de handicap et de relais institutionnels ou familiaux lorsque la situation risque de devenir ou devient critique, de façon passagère ou chronique. Le partenariat doit être développé, ainsi que la coordination entre les services, les professionnels et les parents.

Concernant la tutelle, il faut mettre en place une politique de responsabilisation, de formation des tuteurs, défendre l'idée selon laquelle un tuteur serait sans liens avec l'établissement accueillant la personne protégée et travailler à ce que se développe une tutelle à la personne plus qu'aux biens.

Prévenir la violence et les abus à l'égard des personnes autistes

Le Code européen de bonnes pratiques pour prévenir la violence et les abus à l'égard des personnes autistes [4] propose des bases pour une action coordonnée visant à prévenir la violence et les abus à l'égard des personnes autistes. Il identifie les facteurs de risque

spécifiques à l'autisme, suggère des mesures de prévention et des recommandations en terme de bonnes pratiques. Il donne un aperçu des domaines où une approche européenne serait susceptible d'ajouter une nouvelle dimension et analyse un exemple de proposition de loi

tenant compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables. Le Code conclut en résumant les mesures destinées à divers groupes : personnes autistes, parents et personnel, associations de parents, institutions, législateurs nationaux et institutions européennes. ■

Préconisations d'ordre général

- Systématiser l'information sur les droits élémentaires de tout être humain à l'intention des personnes handicapées mentales, en référence aux déclarations des droits de l'homme.

- Veiller, en tout premier lieu, au respect de l'expression de la personne handicapée mentale, des parents, des professionnels, condition nécessaire à la prévention de la maltraitance. Veiller à ce que cette possibilité d'expression soit aussi préservée en cas de crise dans les institutions ou ailleurs.

L'Unapei est un lieu d'échanges, d'écoute et de partage, au service de la défense des droits de la personne et de la famille. Les projets associatifs qui en découlent doivent intégrer les notions de bientraitance et maltraitance et être connus de tous.

- Axer la logique de l'accompagnement à partir du projet individualisé (évaluation des potentialités de la personne et de ses besoins réalisée par des professionnels compétents à l'aide de grilles d'évaluations étalonnées).

- Mettre en lumière le projet institutionnel : de qui émane-il ? (son garant, ses acteurs, ses responsabilités).

- Définir les projets éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques, puis se donner les moyens de les mettre en œuvre.

- Proposer la rédaction, au titre d'essais de mise en place d'une déontologie professionnelle :

- de chartes sur la maltraitance, les risques et les abus ;

- de protocoles de travail et de règlements intérieurs pour les établissements comme pour les services extérieurs et les administrations, propres à éliminer les attitudes et les situations conduisant, le plus souvent, à des cas de maltraitance et d'abus ;

- de projets individuels écrits en coopération avec la personne handicapée mentale et avec les parents, notamment lorsque la personne handicapée ne peut faire part de sa volonté.

- de procédures en cas de signalements administratifs ou judiciaires ;

- de livrets d'accueil dans les établissements.

- Élaborer un Code des bonnes pratiques où seraient présentées des orientations vers la « bientraitance »,

dans une logique et une démarche de qualité de l'offre, évaluée par tous les acteurs impliqués, et d'abord, autant que faire se peut, par les personnes handicapées elles-mêmes, mais aussi par des équipes pluridisciplinaires indépendantes ayant une formation avancée dans le domaine de l'évaluation.

- Que chaque établissement, chaque professionnel ait connaissance d'un guide de procédure de signalement, des choses à faire, des mots à dire pour accompagner la victime au cours de la « judiciarisation » de son affaire, et aussi longtemps qu'elle en manifestera le besoin (utilisation d'un médiateur ?). Cet accompagnement, qui suppose une formation adéquate, concerne également les familles et les équipes professionnelles.

- Prendre le maximum de contacts et rencontrer les « personnes-clé » de la communauté locale : Ddass, ASE, juge des enfants, mairie, hôpital, secteur psychiatrique...

- Réaliser un inventaire, une évaluation des outils de prévention et de formation disponibles, et en concevoir d'autres, plus adaptés aux conditions de vie locales des personnes accompagnées.

- S'assurer de la formation :

- des personnels et des partenaires à la compréhension des causes de maltraitance et des signes qui peuvent permettre de les déceler. Que tous les personnels impliqués dans l'accompagnement soient formés aux procédures et à l'environnement du signalement.

- des personnels des services extérieurs, autour de la présentation du handicap mental, afin de réduire l'ignorance de ses spécificités, source de malentendus, voire de maltraitance. ■

La violence masculine à l'encontre des femmes

La violence conjugale est aujourd'hui mieux connue. Qu'elle soit psychologique, physique ou économique, elle prend des formes diverses allant de la moindre à la forte dangerosité, dans un contexte d'escalade et selon un cycle déterminé.

Catherine Morbois
Déléguée régionale
Marie-France Casalis
Conseillère technique
Délégation régionale
aux droits des femmes
d'Île-de-France

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel un partenaire exerce des comportements agressifs et violents à l'encontre de l'autre, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée. Ces comportements sont destructeurs quels qu'en soient la forme et le mode.

Cette violence n'est pas le symptôme d'un mariage ou d'une union en difficulté, c'est un comportement inacceptable, tombant sous le coup de la loi.

La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures, ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves.

En réalité, la violence conjugale se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps, aboutissant à pousser la femme au suicide ou à l'exposer à l'homicide. Dans un tel contexte, le moindre incident peut déclencher une crise de violence.

La violence d'un conjoint à l'égard de l'autre ne découle pas d'un problème de communication ou de sexualité, même si des dysfonctionnements peuvent exister dans la relation à ces divers niveaux. La violence conjugale est liée à l'exercice du pouvoir et à la volonté de contrôler : contrôler le corps, la sexualité, l'existence de l'autre c'est-à-dire dans la très forte majorité des cas contrôler une femme, sa femme.

Cette violence est encouragée par l'oppression sociale des femmes, situation dont la responsabilité incombe aux structures et institutions comme la culture, l'éducation, la religion. Elle est amplifiée par l'inégalité et la dépendance économique. Ceci alors même que, dans les textes, la loi réprime et sanctionne les auteurs de cette violence qualifiée de délictuelle voire de criminelle selon les agissements perpétrés.

Dans une immense majorité des cas, la violence est le fait de l'homme. Pour cette raison cet article mentionnera le plus souvent le féminin pour désigner la personne objet de la violence dans le couple.

Les formes de violence

La violence dans le couple s'exerce sous diverses formes.

Violence psychologique

Elle vise à dénigrer l'autre dans sa valeur personnelle, dans son identité. Il s'agit de comportements méprisants, dénigrant les opinions, les valeurs, les actions de l'autre. Cette violence peut prendre aussi la forme d'une relation punitive : refus de communiquer, ignorer la présence de l'autre, parler de l'autre comme s'il était absent etc. (Hofeller 1982).

Cette forme de violence, souvent difficile à identifier, atteint profondément la personne visée d'autant plus qu'elle attaque l'image de soi. Cette destruction est aggravée par le fait que l'éducation des filles les conduit à définir leurs valeurs personnelles à travers le regard des autres, en particulier celui des hommes. L'équilibre mental peut être très lourdement affecté par ces formes de violence.

« Tu n'es bonne à rien » « Regarde de quoi t'as l'air ! » « T'es qu'une incapable » « Tu sais bien que personne te croira. Salope ! » « T'es qu'une malade » « T'es qu'une merde ». Ces deux formes de violences, psychologique et verbale, permettent à l'agresseur, sans porter aucun coup, d'atteindre le but recherché : créer une tension insupportable pour sa conjointe, maintenir un climat de

peur et d'insécurité, atmosphère propice pour inciter l'autre à se conformer aux exigences de son partenaire par terreur de voir la situation s'aggraver davantage.

Selon les études des chercheurs nord-américains les violences psychologiques et verbales sont encore plus dévastatrices sur le plan personnel que les violences physiques.

Violence verbale

Il s'agit d'humilier l'autre par des messages de mépris, de le terroriser par intimidation, cris, hurlements, menaces. Cette violence revêt des formes multiples selon la personnalité de l'auteur, son niveau social, sa culture. Elle peut s'exprimer par des interdictions, du chantage, des ordres.

Violence physique

Elle atteint l'autre dans son intégrité physique : cracher au visage, tirer les cheveux, bousculer, secouer, pousser, causer des blessures : morsures, ecchymoses, brûlures, fractures.

La violence physique peut s'exercer contre, ou avec des objets : détruire vaisselle et mobilier, déchirer les papiers personnels, casser les objets préférés, les cadeaux, abîmer les affaires personnelles.

On peut inclure dans la violence physique une grande variété de faits et de comportements qui constituent des infractions délictuelles : enfermer une femme à la maison, contrôler ses déplacements, la priver de clé, cacher et confisquer les documents administratifs, la priver de ses papiers d'état civil, confisquer son salaire...

Violence économique

Ne plus donner l'argent du ménage, exiger des comptes au centime près, refuser toute dépense pour l'entretien personnel de la femme, l'empêcher d'exercer sa profession, la contraindre à changer d'emploi, lui interdire d'exercer un emploi salarié. À l'inverse si elle a une activité professionnelle, détourner l'argent de son salaire, faire peser sur ses revenus l'ensemble des frais du ménage, ne plus participer aux charges etc.

Entrent dans cette forme de violence tout ce qui relève des questions de gestion et de patrimoine : logement, location, acquisition, construction, prêts, épargne ; questions à propos desquelles les possibilités d'exploitation et d'asservissement sont innombrables (confiscation des ressources, transfert des charges financières).

Violence sexuelle

Sexualité forcée accompagnant les brutalités physiques et les menaces, rapports sexuels brutaux, contrainte à subir des scénarios pornographiques humiliants, des viols et viols collectifs, contrainte à se prostituer, obligation de prendre des positions dégradantes, coups sur les parties génitales et sexuelles, morsures des seins, du sexe, relations sexuelles devant témoins, relations imposées avec plusieurs partenaires etc. La violence sexuelle est celle qui est la plus difficile à révéler alors

qu'elle est extrêmement présente. Lorsqu'une femme cherche de l'aide et expose les violences dont elle est victime, c'est de la violence sexuelle qu'il lui est le plus difficile de parler. Les intervenants doivent encourager cette expression de façon solidaire et active.

La violence sexuelle conjugale peut revêtir des aspects psychologiques particulièrement dégradants : utilisation d'injures et insultes sexuelles *putain, salope, traînée*, comparaison avec les images, attitudes et comportements excitants et provocateurs de modèles pornographiques...

Violences psychologiques, violences verbales, violences physiques, violences économiques, violences sexuelles : ce rappel des diverses formes que prend la violence conjugale permet d'en percevoir la gravité, l'ampleur, et l'importance.

Le fait qu'une femme ne présente pas de blessures physiques ne signifie pas qu'elle n'ait été ni battue, ni violentée.

En effet, les violences exercées peuvent se circonscrire dans l'agression psychologique et économique sans développement dans le secteur de l'agression physique pendant de longues périodes. Alors que le constat immédiat est peu perceptible à un examen superficiel, il faut prendre en compte leurs caractéristiques gravement destructrices, à propos desquelles des auteurs récents ont parlé de *meurtre psychique* [15].

On observe par ailleurs que toutes les femmes qui sont victimes d'agressions physiques subissent également les autres types d'agression de la part de leur conjoint.

L'escalade de la violence

La violence s'installe progressivement dans le couple. Son évolution suit une courbe croissante qui va de la moindre à la plus forte dangerosité.

Cette évolution est rarement perçue de l'intérieur par la personne qui en est victime. Elle est perçue souvent *a posteriori*, quand cette victime considère le déroulement des faits au cours des mois ou années précédents.

Les *premières agressions* ne sont la plupart du temps jamais repérées comme des *violences*. À cette étape, l'agresseur met en œuvre des moyens efficaces pour réduire la gravité des faits et faire *excuser* ses agissements qui seront attribués à toutes sortes de causes externes, accidentelles, ne dépendant pas de sa volonté.

L'identification des violences perpétrées par un partenaire est d'autant plus tardive et difficile pour les personnes qui ont déjà subi un contexte de violence dans une période antérieure et notamment durant l'enfance.

L'escalade de la violence peut se représenter par un schéma à plusieurs paliers.

Agressions psychologiques

L'agresseur réduit la confiance personnelle de sa victime en lui adressant des messages négatifs sur elle-même, provoquant ainsi une diminution de l'estime de soi.

Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

Une enquête pilote réalisée auprès d'un échantillon représentant les femmes de 20 à 59 ans montre à quel point les violences envers les femmes sont sous-estimées.

L'enquête *Enveff*, demandée par le Service des Droits des Femmes du Secrétariat d'État aux Droits des Femmes et à la Formation professionnelle, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, est la première enquête nationale sur ce thème programmée en France.

À l'heure actuelle les statistiques disponibles portent sur les seules violences déclarées à la suite d'une démarche des femmes vers une institution. Ainsi, on connaît relativement bien les situations de violences vécues par les femmes (en général les plus démunies) qui s'adressent aux services d'écoute, d'aide, d'accueil, d'hébergement. Par contre on ignore presque tout des situations de violences vécues par les autres femmes.

L'enquête *Enveff*, qui s'adresse à l'ensemble des femmes résidant en France, quelles que soient leurs conditions de vie familiale et sociale, a pour but de donner une image de la réalité du phénomène dans l'ensemble de la population :

- cerner les divers types de violences personnelles qui s'exercent envers les femmes, à l'âge adulte, dans leurs différents cadres de vie (famille, travail, lieux collectifs), quels que soient les auteurs des violences ;
- étudier les réactions des femmes aux violences subies, leurs recours

auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels ;

- analyser le contexte familial, social, culturel et économique des situations de violences ;

- appréhender les conséquences de la violence sur le plan de la santé physique et mentale, de la vie familiale et sociale, et de l'usage de l'espace privé/public.

L'enquête *Enveff* est programmée en deux phases :

- en 1997-1998, l'enquête pilote (échantillon de 484 femmes) a permis de tester le questionnaire et la méthodologie de collecte, elle a été financée par le Service des Droits des femmes ;

- en 1999-2000, l'enquête nationale devrait être réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 7 000 femmes ; la recherche de financements complémentaires est en cours.

Le protocole de l'enquête *Enveff*

Enquête téléphonique (méthode Cati) sur un échantillon aléatoire de 7 000 femmes résidant en France métropolitaine et âgée de 20 à 59 ans.

L'enquête pilote

Elle s'est déroulée du 19 novembre au 14 décembre 1992 auprès d'un échantillon de 484 femmes, représentatif de

Ce processus va bloquer les capacités de la victime à revendiquer des droits personnels et à agir pour les défendre.

Installation des violences verbales

Cette phase constitue souvent l'étape qui précède l'agression physique. Cette violence prend des formes liées à la personnalité de l'auteur : injures, sarcasmes, railleries, insultes, coercition sur l'expression, obligation d'utiliser certains termes pour s'adresser à l'autre, ton, volume de la voix : tout peut être utilisé pour agresser, faire du mal, installer la terreur.

Agressions physiques

Les formes de cette agression s'aggravent avec le temps et peuvent aller jusqu'à l'homicide. En France, tous les quinze jours, 3 femmes sont assassinées par leur (ex-)conjoint ou (ex-)concubin.

L'escalade de la violence peut se développer sur de très longues périodes de temps. Il peut y avoir violence

psychologique et verbale pendant des années avant la première agression physique. Les récidives peuvent se produire en fonction d'un intervalle de temps plus ou moins long, surtout au début de l'installation du processus.

Dans la majorité des cas, le comportement du conjoint violent est de plus en plus dangereux et s'aggrave avec le temps. Par contre, la durée d'évolution varie selon les situations. Pour certains ce sera très rapide. Pour d'autres cela peut prendre des années.

Le cycle de la violence

Les tensions se construisent

Au début de l'histoire du couple, un homme et une femme sont désireux de vivre ensemble, de fonder une famille, amoureux l'un de l'autre : c'est la lune de miel.

Petit à petit, des tensions s'installent à partir de multiples occasions quotidiennes. Il s'irrite et lui reproche de ne pas faire les choses comme il le voudrait, lui.

deux régions : l'Île-de-France et la Bretagne.

En dépit de la durée d'interrogation (45 minutes) et du caractère très intime de certaines questions, l'ensemble du questionnaire a été bien accepté par les répondantes. Le caractère personnel de l'enquête a contribué à instaurer une relation de confiance entre les enquêtrices et les enquêtées et a montré l'existence d'une forte solidarité entre les femmes sur ce thème. Le numéro de *Femmes Info-Services*, qui leur était systématiquement communiqué en fin d'entretien.

Les apports de l'enquête pilote

Cette enquête pilote apporte des réponses aux problèmes méthodologiques que nous nous posions, mais elle ne permet pas d'estimer les fréquences des différentes types de violences, les contextes dans lesquels elles surviennent et leurs conséquences, avec suffisamment de précision. Le chiffrage des violences subies par les femmes n'était pas le but de l'enquête pilote, c'est l'objectif de l'enquête nationale. Cependant quelques indications provenant des données recueillies, au cours de l'enquête pilote méritent d'être retenues.

Une proportion très élevée de femmes ayant subi des violences, en ont, au

moment de l'enquête, parlé pour la première fois : environ la moitié pour les violences physiques et sexuelles, la proportion étant plus élevée pour les violences sexuelles.

Une très faible part des femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles ont porté plainte, elles ont plus fréquemment porté plainte dans le cas des agressions physiques.

La réaction des femmes interrogées et leurs réponses au questionnaire ont également mis en évidence l'importance des violences psychologiques et la nécessité de prendre en compte le continuum des violences.

Dans le cadre, neutre, de cette enquête anonyme, les femmes interrogées ont accepté de répondre à des questions touchant à leur vie intime — même si quelques unes ont pu, au début, exprimer une certaine gêne. Certaines femmes ont eu, au cours de l'entretien, une forme de prise de conscience qui les a amenées à reconsidérer des situations vécues qu'elles n'auraient pas d'emblée déclarées.

Il s'est opéré au fur et à mesure que l'entretien avançait une sensibilisation des enquêtées favorable à la déclaration des actes de violences qu'elles avaient subis.

La violence des femmes n'est pas

niée par les répondantes qui souhaitent pouvoir rendre compte de l'ensemble des agressions qu'elles ont subies, même si elles émanent d'autres femmes.

Dès à présent, un des grands enseignements de l'enquête pilote aura été de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent, et combien la réalité du phénomène échappe au système statistique français et reste méconnue. Le fait de mener une enquête auprès des femmes sur un sujet les concernant directement est déjà une marque d'intérêt, ajouté à cela les modalités de réalisation de l'enquête par téléphone (garantie d'anonymat, neutralité de l'enquêtrice) ; il semble que nous avons pu réunir les conditions qui permettent de réduire ce mutisme dans lequel s'enferme encore un trop grand nombre de femmes, et ainsi, de mieux cerner la réalité des situations de violence.

De plus, en constatant que l'on avait touché les femmes des divers groupes sociaux, l'enquête pilote confirme la nécessité et la faisabilité d'une enquête en population générale afin d'appréhender l'amplitude et la nature du phénomène dans l'ensemble de la population. ■

Incidents, querelles, conflits se multiplient. Les frustrations s'accumulent. Le manque de satisfaction s'installe dans ce couple. Dans les relations entre conjoints, conflits et divergences d'opinion existent et s'expriment. Ils provoquent des affrontements, des disputes et querelles mais leur aboutissement n'est pas systématiquement et toujours conforme à la volonté du même protagoniste. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui fait des concessions, qui modifie sa perception et révisé son opinion. Ces évolutions se font sur la base du respect de la personne et de l'autonomie de l'autre.

Il en est tout autrement dans un couple où un partenaire use de violence à l'égard de l'autre et par ce moyen impose sa volonté, ses opinions et décisions.

Le prétexte évoqué lors de la crise n'est qu'un déclencheur de la violence et non pas sa cause. Au commencement de la vie commune ce déclencheur est généralement externe à la vie familiale : surmenage, problèmes professionnels, stress. Mais, plus le cycle se répète au cours des années, plus le prétexte surgit

de la vie conjugale et familiale : finances, éducation des enfants, sexualité, cuisine, relations amicales etc.

La tension se manifeste de multiples façons : silences lourds et refus d'adresser la parole, absences imprévisibles et prolongées, irruptions de colère brève et de menaces, ton agressifs, regards méchants.

Redoutant l'explosion, la femme s'efforce de faire baisser cette insupportable tension. Dans un effort désespéré, elle cherche à ajuster le moindre de ses comportements aux désirs et à l'humeur de son compagnon, renonçant ainsi, peu à peu, à sa propre expression, à la satisfaction de ses propres besoins, bref à l'autonomie.

L'explosion, l'agression

Une fois que l'acte de violence est commis, la personne qui l'a subi se sent trahie, démunie, en danger.

Dans la plupart des situations c'est par la tristesse, le désespoir et l'abattement que la femme réagit, incapable d'exprimer une juste colère contre son agresseur,

colère qu'elle s'interdit, bloquée par la conviction de son impuissance et du risque auquel elle s'exposerait en s'opposant à son conjoint violent.

Lors des premières manifestations de violence elle a vraisemblablement réagi elle-même par le recours à la violence mais cette riposte a provoqué chez son partenaire une détermination plus brutale et une recrudescence rageuse des coups portés par lui à son encontre.

La femme confrontée à cette situation va ainsi faire l'apprentissage de l'impuissance ; elle va peu à peu se considérer comme incapable d'agir efficacement et il lui restera le réflexe de la soumission pour qu'il arrête, pour que la scène se termine, pour éviter le pire.

C'est souvent dans ce moment de crise, et juste après la crise de violence, que les femmes cherchent de l'aide. La douleur, la terreur et le choc libèrent pour un temps leurs réflexes de défense et de protection d'elles-mêmes.

Phase d'invalidation

Aussitôt après l'agression, l'homme violent invalide son comportement. Il essaye d'annuler ce qui s'est passé et de se soustraire à la responsabilité des actes commis. Il s'agit pour lui de minimiser les faits et leurs conséquences et de se réfugier dans des alibis divers : « j'avais bu et tu sais que quand j'ai bu... », « je ne voulais pas te casser un bras : je t'ai juste poussée », « c'est parti tout seul, mais ça n'est pas très grave ça ne saigne même pas »...

Si les coups ne sont pas très vulnérants, il accusera sa femme de dramatiser une simple dispute. Si elle a réussi à éviter une conséquence plus grave et qu'elle évoque ce risque il la traitera de folle, si elle évoque la terreur qu'elle a éprouvée il lui reprochera de ne pas lui faire confiance etc.

Ces dénégations et ces réactions culpabilisantes pour la victime la conduiront peu à peu à se considérer comme la véritable responsable de la violence de son conjoint. Elle pensera qu'en modifiant son propre comportement la violence disparaîtra. Plus le cycle se répète, plus elle se percevra elle-même comme *incompétente*, *inadaptée*, *nulle*, *incapable* d'assumer un couple et de gérer une vie familiale harmonieuse.

Cette auto-culpabilisation est renforcée par le contenu pédagogique de l'éducation prodiguée aux filles tout au long de leur enfance, éducation qui vise à rendre les femmes responsables de la vie affective et familiale et de l'épanouissement du couple conjugal.

Phase de rémission

Après l'explosion de cette crise, s'installe une période de rémission, *sursis amoureux*. L'agresseur craint de perdre sa partenaire, il minimise les faits, justifie son comportement, promet de ne plus recommencer et adopte une attitude « normale ».

Cet apaisement entretient chez la femme l'espoir que son conjoint ne sera plus violent si elle répond à

ses demandes. Durant cette nouvelle période, elle croit redécouvrir un compagnon calme et prévenant.

Il exprime ses regrets, cherche une réconciliation, il demande pardon, demande qu'on l'aide « tout va recommencer comme avant » « il ne se rendait pas compte, désormais ça n'arrivera plus jamais » « on repart à zéro » « tout ça c'est vraiment fini ». Il achète des cadeaux, promet des merveilles, redevient charmant et manifeste son attachement amoureux.

C'est un moment où il est très difficile pour les femmes de ne pas, une nouvelle fois, accorder leur confiance et de ne pas se laisser envahir par un indéfectible espoir, écho de ses projets familiaux et relationnels.

Dans ces périodes où le calme semble revenu, la femme se ressent comme de plus en plus incapable d'assumer la vie familiale, de s'assumer elle-même. Elle perd le contact avec ses aspirations et ses besoins personnels et l'emprise du conjoint violent se renforce.

Plus cette emprise sur la victime est forte, plus les périodes de rémission s'amenuisent. L'homme a de moins en moins peur de perdre sa compagne et n'a plus besoin de l'assurer aussi activement de son *amour*. Après un certain temps de l'évolution du couple, il n'y a plus de pauses de rémission.

À ce stade, la conjointe est exposée quotidiennement au contrôle, au mépris et aux agressions ; elle vit dans la peur, l'insécurité, elle s'ajuste aux besoins du conjoint, se centre sur ses humeurs.

Plus le cycle se répète, plus la femme se percevra elle-même comme incompetente dans sa vie de couple et dans sa vie personnelle, plus elle se culpabilisera de la violence de son partenaire, violence dont elle se sentira dès lors totalement responsable.

Dans la période de sursis amoureux les femmes n'engagent aucune procédure à l'encontre de leur partenaire. Mais les conflits n'ont pas été réglés, l'agresseur constate qu'aucune conséquence dommageable pour lui n'a découlé de ses actes violents. Il teste son impunité. Le climat de mécontentement se réinstalle, violences psychologique et verbale reprennent et le cycle recommence.

Pour un grand nombre de femmes, le domicile n'est plus un lieu de paix et de sécurité, mais l'endroit où elles sont quotidiennement confrontées au mépris et aux agressions.

Les violences conjugales se déroulent dans la majorité des cas au domicile du couple ; mais des faits de harcèlement ou d'agression sont également fréquents sur le lieu du travail de la femme, ou à son nouveau domicile, aux alentours de l'école des enfants, ou même sur la voie publique.

Vivre sous l'emprise d'un conjoint violent

Les femmes confrontées à la violence de leur partenaire mettent en place divers recours pour faire face et vivre. Ces stratégies ont été récemment étudiées dans une

Nouvelles dispositions de la loi

Dans l'ancien Code pénal, les violences commises par le conjoint ou le concubin n'étaient pas spécifiquement désignées. Elles relevaient des articles applicables aux « *voies de fait* » ou « *coups et blessures volontaires* », voire aux « *crimes* ». Aussi, dès les années quatre-vingt, les associations d'aide aux

femmes battues ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la gravité et l'ampleur de ces violences, en demandant que soit prise en compte la qualité de l'auteur.

La loi n° 92-683 du 22 juillet 1992, portant réforme des dispositions du Code pénal mentionne que la qualité de con-

joint ou concubin de la victime, constitue une circonstance aggravante des « *atteintes volontaires à la personne* ». Même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces faits de violence sont constitutifs d'un délit, donc passibles du tribunal correctionnel.

Aggravations mentionnées dans le Nouveau Code pénal (CNP) aux articles

222-3	actes de torture ou de barbarie	20 ans de réclusion criminelle
222-8	violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion criminelle
222-10	violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente	15 ans de réclusion criminelle
222-12	violences ayant entraîné une ITT pendant plus de 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende
222-13	violences n'ayant pas entraîné une ITT pendant plus de 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende

Certaines formes de la violence conjugale peuvent également tomber sous le coup d'autres articles du Nouveau Code pénal

221-1	meurtre	30 ans de réclusion criminelle
221-3	assassinat	Réclusion criminelle à perpétuité (cf. articles 222-7 à 222-14)
222-15	administration de substances nuisibles	
222-16	appels téléphoniques malveillants	1 an d'emprisonnement et 100 000 F d'amende
222-17	menace de commettre un crime ou délit	de 6 mois d'emprisonnement et 50 000 F d'amende à 3 ans et 300 000 F d'amende
222-18	menace de commettre un crime ou délit sous conditions	de 3 ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende à 5 ans et 500 000 F d'amende
222-23 et suivants	viol	20 ans de réclusion criminelle
222-27 et suivants	autres agressions sexuelles	
223-1	risques causés à autrui	1 an d'emprisonnement et 100 000 F d'amende
223-5 et suivants	entraves aux mesures d'assistance omission de porter secours	
224-1	séquestration	20 ans de réclusion criminelle

enquête réalisée en Suisse [14] qui a permis de caractériser et présenter les processus à l'origine de ces comportements.

Mécanismes permettant de se protéger d'une réalité difficilement supportable

Ce sont essentiellement des mécanismes d'ordre cognitif. Ils sont très fréquents et peuvent égarer l'intervenant non averti et qui ne décoderait pas le processus mis en place.

Déni

Déni à la fois de la violence, de la qualité d'homme violent attribuée à l'auteur de violence et de sa propre qualité de victime, femme battue.

Minimisation

Des faits de violence et de la souffrance occasionnée « finalement ça ne m'a pas fait tellement mal » « heureusement mon bras n'était pas cassé » « je ne suis pas restée longtemps à l'hôpital » ...

Banalisation

La violence physique est considérée comme un phé-

nomène courant, inévitable, explicable à la fois par l'absence de qualités de la personne-cible, ses défauts, ses insuffisances, par l'histoire biographique de l'auteur des violences, par le contexte événementiel.

Dissociation

La personne confrontée à la violence est comme divisée à l'intérieur d'elle-même, elle n'est pas la personne qui subit mais quelqu'un qui assiste en *spectatrice*. Cette forme de défense est fréquente dans les situations d'agression sexuelle, particulièrement chez les jeunes victimes. L'esprit se décompose du corps et fait du corps un objet extérieur à soi : « *Quand j'y repensais après, je n'avais pas l'impression que c'était moi qui avait vécu ça* ».

Disculpation de l'agresseur

Reconnaître que son conjoint est un personnage dangereux et violent remet en cause le choix amoureux initial et le projet mythique d'une famille heureuse. Il peut arriver pendant de longues périodes que les femmes violentées par leur conjoint développent toutes sortes de raisonnement pour expliquer et excuser les actes de violences.

Parmi ces raisonnements la disqualification personnelle de la conjointe, la surestimation de ses *défauts, manques, insuffisances*, issues de l'absence d'estime de soi et consécutives aux atteintes psychiques du partenaire ont une incidence sur la capacité à endurer et supporter les violences et humiliations « *une femme comme toi pour un homme comme lui ça n'est pas facile !* ».

Stratégies mises en place pour réduire les risques

Ce sont des stratégies décidées consciemment, élaborées par étapes à la suite des diverses phases de violence antérieurement subies. Elles visent à se protéger, se défendre, détourner le contrôle et la violence ou y échapper en se préservant des espaces d'autonomie. Quatre types de stratégies sont observables : stratégies de repli, stratégies de contournement, stratégies de résistance et stratégies de rupture.

Stratégies de repli

Redoutant les explosions de violence de leur partenaire, les conjointes choisissent de faire *profil bas* pour prévenir, diminuer le risque de recours à la violence.

Dans ce type de défense elles vont *laisser faire*, se soumettre à la volonté de l'autre. Elles s'imposent elles-mêmes des limites et censurent leurs paroles, leurs actes, leurs déplacements et renoncent à prendre des décisions.

Stratégies de contournement

Face au contrôle permanent de leur conjoint, les femmes usent de stratagèmes. Elles ont recours au mensonge, aux subterfuges, à la ruse pour déjouer la surveillance du conjoint et réaliser ce qu'elles veulent faire.

Il leur faut déployer une énergie considérable pour aller consulter un médecin, rendre visite à leur mère ou à une amie, faire des démarches, récupérer leur courrier personnel, etc.

Elles mentent et dissimulent pour limiter les cris et les crises. Elles apprennent à leurs enfants à ne pas dévoiler certaines de leurs actions, à ne pas dire « *qu'on a vu une telle* » « *que maman a pleuré* » « *que la travailleuse sociale est venue* »...

Stratégies de résistance

D'autres femmes, à d'autres périodes du déroulement de la vie commune, vont poser activement des limites à l'agression. Elles répliquent, en viennent aux mains, elles menacent d'appeler la police, d'engager une procédure de divorce, de partir avec les enfants, de chercher de l'aide auprès d'un service spécialisé.

Bien qu'elles supportent certaines manifestations de violence, d'autres dépassent leur seuil de tolérance et provoquent leurs réactions. Les femmes se permettent de résister quand elles se sentent dans leur bon droit, quand elles n'ont plus rien à perdre et qu'elles estiment que la relation avec leur conjoint ne peut plus s'améliorer.

Certaines femmes manifestent leur désaccord dès les premières manifestations qu'elles estiment graves, elles font appel à la police et à la justice « *quand il a dépassé les bornes* ».

Diverses recherches (en Amérique du Nord et récemment en Suisse) ont mis en évidence que les femmes qui usent de stratégies de ce type peuvent réussir à faire diminuer la violence physique mais que la violence psychologique perdure. ■

Viols et agressions sexuelles : le devenir des plaintes

Alors qu'en dix ans les plaintes pour viol ont augmenté de 150 %, la progression des condamnations a été deux fois moins élevée.

En 1995, une étude portant sur la totalité des affaires jugées par le Tribunal de Grande Instance de Créteil (exceptées celles des mineurs pénaux dont les dossiers n'ont pas été accessibles) a été réalisée avec l'accord du Garde des Sceaux.

Les 117 dossiers étudiés concernaient 66 plaintes enregistrées et instruites pour viols et 51 plaintes pour agressions sexuelles. Dix-sept ont été jugées en Cour d'Assises comme viols, 52 en Correctionnel (dont 16 déqualifiés en agressions sexuelles), 24 ont bénéficié d'un non-lieu et 24 ont été classées sans suite.

Au temps où les victimes gardaient le silence, les viols commis paraissaient une monstrueuse exception dont les auteurs méritaient d'être sévèrement punis. Il s'est avéré que les viols étaient très nombreux : en 10 ans, de 1985 à 1995, le nombre de plaintes pour

viol a augmenté de 150 % alors que la progression des condamnations était deux fois moindre.

Dans le département du Val-de-Marne, en 1995, 540 plaintes ont été déposées (contre 420 en moyenne les années précédentes) dont 230 pour viol et 310 pour agression sexuelle.

Il était donc intéressant de savoir comment les tribunaux appliquaient la volonté du législateur de réprimer plus sévèrement les viols et les agressions sexuelles et ce que l'étude du contenu des dossiers de Justice pouvait nous apprendre concernant les victimes et les agresseurs, sur les différentes phases des procédures et sur les condamnations.

164 victimes de 3 à 82 ans

Il est intéressant de noter les différences entre les 164

Simone Iff
Ancienne conseillère
au Cabinet d'Yvette
Roudy, ancienne
membre du Conseil
économique et social
**Marie-Claude
Brachet**
Médecin de santé
publique, fondatrice
du numéro vert
Enfance maltraitée

victimes selon qu'elles sont majeures ou mineures et de sexe féminin ou masculin. Pour les viols, les femmes sont majoritaires à 91 % (68 sur 74) et sont, en nombre égal, majeures ou mineures (37). Pour les agressions sexuelles, les victimes de sexe masculin augmentent (26 sur 90 contre 6 sur 74 pour les viols) et 91 % sont des mineurs (82 sur 90) contre 50 % pour les viols.

L'étude permet par ailleurs de préciser que dans les cas d'agressions sexuelles en milieu familial le nombre des victimes filles reste supérieur à celui des garçons et qu'il n'y a, par contre, aucune différence entre les garçons et les filles lorsque les agressions sexuelles ont lieu à l'extérieur de la famille, les pédophiles les agressant indifféremment.

Les délinquants

Les 144 mis en cause sont tous des hommes, pour la plupart des hommes ordinaires dont personne dans leur entourage ne soupçonne le comportement criminel (viol) ou délictuel (agression sexuelle).

Si les éléments recueillis dans leurs interrogatoires ou leurs expertises ne suffisent pas pour établir une typologie, ils permettent cependant de contredire certaines idées préconçues largement répandues. En effet :

- 52 % vivent en couple dont 41 % mariés et 11 % en concubinage,
- 48 % vivent seuls dont 34,5 % célibataires et 13,5 % divorcés ou séparés,
- 48 % ont des enfants,
- 65 % sont insérés dans la vie active ; ils ne sont majoritairement ni des marginaux ni des « malades » et agressent des personnes qu'ils connaissent.

On tente souvent d'expliquer les comportements déviants des agresseurs sexuels par les humiliations ou agressions qu'ils auraient eux-mêmes subies dans leur enfance. Mais seuls 9 des 144 mis en cause ont eu une enfance difficile.

Il est important de souligner aussi que dans les cas d'agression sexuelle en milieu familial, leur révélation n'a jamais servi de prétexte à des demandes de divorce, même si certains essaient de faire reposer la responsabilité de leurs faits sur des mésententes conjugales.

Au cours des premiers interrogatoires, les dires du suspect varient souvent : négations, minimisations, aveux partiels en reconnaissant certains faits de violence ou d'attouchements mais en niant les actes de viols.

Si parfois ils font des aveux complets ou expriment des regrets, ils minimisent les faits d'une manière générale.

Plusieurs éléments peuvent être à l'origine de leur comportement. D'abord quand les Officiers de Police Judiciaire (OPJ) posent des questions précises et relèvent des contradictions grâce aux détails précis donnés par la victime au cours des interrogatoires et aux éléments trouvés dans les perquisitions ou autres interrogatoires de l'entourage.

Ensuite, l'avocat, dont le rôle est de minimiser les faits, contribue à faire évoluer les déclarations des suspects.

L'argument le plus souvent avancé est le consentement de la victime (malgré les violences prouvées par les constats médicaux) ou de faire reposer la responsabilité des faits sur la victime dite malade, folle, etc. ou que les révélations des faits sont dues à une manipulation des parents (surtout de la mère) pour masquer un conflit conjugal, familial ou même culturel ! (soulignons que souvent on ne tient pas assez compte des contradictions des diverses déclarations du mis en cause).

Les expertises

Seuls les résultats des expertises médicales pratiquées dans les centres des Urgences médico-judiciaires (UMJ) sont reconnues par la Justice. Pourtant, des décisions de justice sont en contradiction avec ces résultats d'expertise.

Des éléments objectifs relevés par les expertises médicales confirmant qu'il s'agissait bien de « pénétrations sexuelles » ont cependant conduit les magistrats à déqualifier le viol en agression sexuelle dans cinq affaires.

Dans plusieurs affaires, les expertises médicales ont constaté des violences entraînant des interruptions temporaires de travail (ITT) de plusieurs jours qui prouvaient la contrainte confirmant les dires de la victime. Cependant six affaires ont été déqualifiées en simple violence, ou n'ont pas conduit le tribunal à les qualifier d'agressions sexuelles avec circonstances aggravantes.

D'une manière générale, qu'il s'agisse de prélèvements faits sur la victime ou sur le suspect (vêtements, objets divers) il semblerait qu'aujourd'hui toutes les possibilités de recherche d'ADN par poils, sang, sperme sec, devraient être beaucoup plus systématisées.

Ceci permettrait, comme pour les empreintes digitales, la constitution d'un fichier pour repérer les récidivistes et confondre certains agresseurs.

Les expertises psychiatriques prévues par le Code de procédure sont de personnalité pour les agresseurs et de personnalité et de crédibilité pour les victimes.

Pourquoi cette différence de traitement ?

En imposant une expertise de crédibilité aux victimes seulement, le législateur semble supposer que leurs paroles pourraient être mises en doute et que l'agresseur dirait toujours la vérité ! Ce n'est pas une boutade car nous avons constaté dans plusieurs dossiers que les paroles des agresseurs, même s'ils se contredisaient, l'emportaient sur les dires des victimes et qu'ils bénéficiaient alors d'un non-lieu ou d'un classement sans suite.

Il ne faudrait pas utiliser les expertises de personnalité des agresseurs pour excuser ou minimiser l'importance de leurs actes.

Faut-il juger l'acte en lui-même ou à la lumière des antécédents de l'agresseur ?

Les expertises ne sauraient avoir un poids prépondérant par rapport à tous les éléments de l'enquête.

Au nom du principe du droit français de l'égalité devant

la loi, seules les expertises de personnalité devraient être ordonnées pour les victimes comme pour les agresseurs. Il est nécessaire d'en expliquer leurs raisons d'être.

Les déqualifications

Un viol est un crime, une agression sexuelle un délit.

Deux affaires instruites comme « atteintes sexuelles » et requalifiées « viol » par le tribunal correctionnel devraient faire jurisprudence pour montrer que pénétration digitale, vaginale ou anale, fellation, sodomie, imposées par violence, contrainte, menace ou surprise sont bien des actes de pénétration sexuelle donc de viols.

Si le Code pénal est strictement appliqué, on ne peut pas confondre un viol et une agression sexuelle. Pour déqualifier un viol, le Parquet doit modifier les faits admis comme tels pendant toute l'instruction en les transformant en « agression sexuelle », « atteintes sexuelles » ou « sévices s'étendant aux parties génitales ».

L'analyse de 16 affaires de déqualification de viol en agression sexuelle nous permet de préciser et de refuser les arguments souvent avancés par les magistrats :

- un procès d'Assises serait plus traumatisant pour les victimes et ferait encourir plus de risque de divulgation d'identité ou de faits,
- la durée des procédures serait beaucoup plus longue. (alors que l'on constate en réalité une durée moyenne de 26 mois en Correctionnel et de 26 mois et demi aux Assises !),
- la crainte d'un acquittement sans possibilité d'appel (nous avons constaté 12 % de relaxe aux Assises et 25 % en Correctionnel),
- une certaine méfiance à l'égard des jurés qui seraient plus sensibles aux personnes qu'aux faits,
- enfin, l'argument sans doute exact de l'encombrement des tribunaux mais qui vaut aussi bien pour les procès en Assises ou au tribunal correctionnel.

Précisons qu'aucune justification de la déqualification du viol n'est donnée à la victime qui se sent flouée de voir dénaturé le préjudice subi.

Déqualifier le viol en agression sexuelle en dénature la portée et est en opposition avec l'esprit du législateur qui en a fait un crime et non un délit.

Continuer à ne pas reconnaître le viol le maintient dans la loi du silence ; ce n'est ni aider les victimes à dénoncer le viol ni les agresseurs à se sentir coupables.

Des plaintes aux condamnations

Deux remarques s'imposent :

- l'écart entre le nombre de plaintes (420 en moyenne) et le nombre d'affaires (117) déférées au Parquet, soit seulement 28 % !
- l'écart entre le nombre de mis en cause (144) et celui des condamnés [79], soit 54,8 %.

Plus surprenante encore est la différence entre les peines infligées et celles prévues par le Code pénal qui prévoit : 15 ans de réclusion criminelle pour le viol simple, 20 ans de réclusion criminelle pour le viol aggravé, 30 ans s'il a entraîné la mort et la réclusion criminelle

à perpétuité s'il est accompagné d'actes de barbarie ou torture.

Pour les agressions sexuelles simples : 5 ans de prison et 500 000 F d'amende ; avec circonstances aggravantes : 7 ans de prison et 700 000 F d'amende ; pour les mineurs de moins de 15 ans ou personnes vulnérables : 7 ans et 700 000 F d'amende et avec circonstances aggravantes sur des mineurs de moins de 15 ans : 10 ans et 1 million d'amende.

Les 24 responsables de viol ont (sans tenir compte du sursis éventuel) été condamnés à 6 ans de prison en moyenne et les 55 responsables d'agression sexuelle en moyenne à 1 an et 9 mois pour les viols déqualifiés et à 1 an et 11 mois pour les autres agressions sexuelles.

Par ailleurs, si l'on tient compte des 27 personnes bénéficiant d'un non-lieu et des 25 classements sans suite prononcés, on constate que 19 plaintes sur 100 font l'objet d'une condamnation ! Donc l'auteur d'un viol ou d'une agression sexuelle ne court le risque d'être condamné que 19 fois sur 100 !

Si l'on ajoute au nombre réduit des condamnations le faible quantum des peines infligées, il est légitime de s'interroger sur la manière dont les tribunaux appliquent la volonté du législateur de réprimer plus sévèrement les crimes et délits sexuels. Sans souscrire à l'exemplarité de la répression, ne peut-on craindre une certaine banalisation du viol surtout lorsqu'il s'agit de personnes majeures puisque nous avons constaté que si les trois quarts des plaintes des mineures sont sanctionnées, à l'inverse les trois quarts des plaintes des majeures ont abouti à un non-lieu ou à un classement sans suite.

La question se pose donc : comment enquêtes et instructions des plaintes devraient-elles rassembler assez d'éléments de preuve pour aboutir à une plus grande prise en compte de la réalité des faits ?

Il est évident que l'attitude à l'égard des victimes et la place qui leur est reconnue pendant toute la durée des procédures sont déterminantes non seulement pour des condamnations équitables, mais aussi pour que la Justice joue un rôle positif envers la victime et l'auteur.

Tant que tous les intervenants de l'instruction (policiers, magistrats et experts) ne seront pas profondément convaincus que leur principal allié est la victime, beaucoup de crimes et délits sexuels resteront impunis.

Pour que justice soit faite

Pour qu'une victime puisse apporter les preuves de son agression et de son non-consentement elle doit être incitée à parler de tout ce qui lui est arrivé ; un climat de confiance, sans suspicion, est indispensable. Pour cela et dès le premier entretien les intervenants doivent croire tout ce qu'elle dit sans aucune restriction et l'aider par des questions à préciser les détails qu'elle préférerait taire. Elle devient ainsi une alliée de la Police pour retrouver le suspect ou des éléments précis de preuve. En collaborant à ces recherches, elle ne se sent plus « objet » mais redevient « sujet ».

Quoique les interrogatoires et les enquêtes de police

Viol femmes informations La permanence téléphonique

Le 8 mars 1986, grâce à l'appui du ministère des Droits des femmes, le Collectif féministe contre le viol a ouvert une permanence téléphonique : Viols femmes informations 0 800 05 95 95. En 1997, 2 032 viols et autres agressions sexuelles ont été dénoncés à Viols femmes informations, les données qui suivent proviennent de l'analyse statistique de ces appels.

Âge des victimes

(au moment de l'agression, pas nécessairement au moment de l'appel)
Adultes (plus de 18 ans).....26 %
Adolescents (15-18 ans).....15 %
Enfants (moins de 15 ans).....51 %
Âge indéterminé.....8 %

Sexe des victimes

(tous âges confondus)
Sexe féminin.....91,5 %
Sexe masculin8,5 %

Statut socio-économique des victimes majeures

(base de référence : 498 agressions)
Une grande diversité de statuts socio-économiques est représentée (primaire, secondaire, tertiaire/ouvrier, employé et cadre).

Âge des agresseurs

(base de référence : 256 agresseurs)
De 11 à 14 ans6,6 %
De 15 à 18 ans24,2 %
De 19 à 59 ans59,4 %
Plus de 60 ans9,8 %

Sexe des agresseurs

Les agresseurs sont en majorité quasi absolue de sexe masculin. Ces données concordent avec les statistiques du ministère de la Justice relatives aux personnes condamnées pour viols et autres agressions sexuelles en 1996 : 99 % d'hommes pour 1 % de femmes.

Statut socio-économique des agresseurs

Ils sont des hommes « normaux », intégrés à la société, souvent mariés

avec des enfants. Tous les statuts socio-économiques sont représentés. De façon surprenante, on observe un fort pourcentage d'agresseurs sexuels dans les professions suivantes (base de référence : 230 agresseurs majeurs) :

- professions médicales et paramédicales23,0 %
- métiers de l'enseignement et de l'animation.....17,0 %
- métiers à responsabilité d'encadrement (PDG, ingénieur, gérant d'immeuble, inspecteur de permis de conduire, entrepreneur, chef de service...).....13,5 %
- métiers de la loi et de l'ordre (policier, surveillant de prison, militaire, légionnaire, gendarme, agent des douanes, avocat, politicien...).....10,4 %

paraissent satisfaisants, l'enregistrement des premières déclarations des victimes devrait être utilisé pour que la parole des victimes participe davantage à l'établissement de la vérité.

Il est d'autre part important que les victimes — surtout les enfants — soient aidées à comprendre et à accepter que ce n'est pas ce qu'elles ont dit qui a provoqué l'incarcération de l'agresseur, mais ce qu'il a fait.

Une autre condition essentielle est l'information permanente des victimes.

De plus, toute décision de justice non expliquée aux victimes (non-lieu, classement sans suite ou autre) entraîne de graves et durables conséquences.

Comment limiter les crimes et délits sexuels qui dénaturent les rapports de sexe ?

On ne peut conclure cette étude posant la question de la répression sans évoquer l'aspect culturel des racines des rapports de domination et sans insister sur l'urgence d'instaurer une éducation non sexiste, exigeant le respect absolu du consentement de l'Autre.

Quand le viol est utilisé comme arme de guerre, il démasque collectivement son vrai visage de domination, d'humiliation et de négation de l'autre.

Les délinquants sexuels ne sont pas tous des pervers, bon nombre d'entre eux utilisent un rapport de force en leur faveur pour s'approprié quelqu'un d'autre, souvent

sans même avoir conscience de commettre un crime... Ce sont des personnes qui n'ont pas de repères sociaux en ce qui concerne le rapport aux autres en matière de comportement sexuel.

Si pour en marquer l'interdit, la délinquance sexuelle doit être réprimée et punie, il faut aussi aider les délinquants à prendre conscience de l'atteinte faite à autrui pour qu'ils puissent acquérir d'autres comportements. C'est la raison pour laquelle on ne peut séparer la réflexion de la prise en charge psychologique des délinquants de celles des victimes.

Il resterait à envisager des recherches longitudinales sur l'origine du comportement des violeurs, sur la reproduction, ou non, du phénomène de l'agressé sexuel devenu agresseur ; ainsi que des recherches sur l'évolution d'enfants agressés qui ont pu être soutenus et aidés par une thérapie appropriée.

Les batailles menées depuis des années par les victimes et par ceux qui les ont écoutées ont abouti à des améliorations législatives importantes, en particulier la loi Guigou du 17 juin 1998 (n° 98-468) relative à la prévention et à la répression des infractions pénales ainsi qu'à la protection des mineurs et sa circulaire sur la politique pénale d'aide aux victimes (13 juin 1998) qui confirment notre certitude de la place prépondérante que les victimes doivent avoir dans le déroulement d'un procès pénal pour que Justice soit faite. ■

Les maltraitances institutionnelles

S'il arrive que des violences au sein d'institutions soient révélées, elles restent mal connues. L'organisation, le mode de fonctionnement et un contrôle de la qualité de la prise en charge peuvent garantir la protection des usagers.

Michèle Créoff
Inspecteur principal
des Affaires sani-
taires et sociales
chargée du dossier
enfance maltraitée,
direction de l'Action
sociale, ministère de
l'Emploi et de la Soli-
darité

Le constat de l'existence des violences dans les structures d'accueil et de soins ne date pas d'hier. Déjà, Saint Vincent de Paul dénonçait les conditions de recueil des orphelins et des enfants abandonnés qui entraînaient une mortalité de plus de 90 %. De la description de l'hospitalisme chez le jeune enfant à la critique de la psychiatrie asilaire, depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les analyses et les mouvements de pensée ont mis en lumière les facteurs de carence dans les institutions. Avec la mise en évidence des mauvais traitements à enfant s'est développée la reconnaissance des processus de violence au sein des institutions chargées de les soigner et de les protéger. Cette notion de violence institutionnelle a été présentée en 1982, à l'occasion des travaux menés par Stanislaw Tomkiewicz et Pascal Vivet [24] au 4^e Congrès international des enfants maltraités et négligés.

Depuis, la connaissance et l'analyse des violences institutionnelles s'affinent, l'action des pouvoirs publics se confirme dans ce domaine.

Une tentative de définition et d'appréhension des violences en institutions

La question de la définition des violences en institution est centrale et permet de définir un acte ou un comportement comme tolérable ou non. Cette définition est nécessairement évolutive en fonction de la mission de l'institution et de la tolérance générale du droit et de la société vis-à-vis des différentes contraintes supportées par l'individu. Les auteurs de « aimer mal, châtier bien » parlent de violences légitimes et de violences illégitimes au regard de l'évolution sociale et législative.

Actuellement la violence en institution est généralement définie par ses conséquences, pour la personne qui

la subit, en termes de souffrance et d'entrave à son développement, son bien-être.

« *J'appelle violence institutionnelle* » écrit Stanislaw Tomkiewicz, « *toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure* ».

Éliane Corbet [5] élargit encore cette définition de la violence institutionnelle à « *tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant* ».

La violence institutionnelle recouvre donc un champ large, comportant aussi bien des actions que des omissions, elle se définit par ses conséquences sur le bien-être de la personne accueillie dans l'établissement. Elle vise aussi bien les violences en « creux », les discontinuités et les mini ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées.

Les connaissances actuelles résultant de l'analyse de la vie institutionnelle permettent de concevoir que faute d'inscrire son action dans la recherche de qualité, incluant une dimension thérapeutique, toute institution ne peut être que maltraitante.

De plus la dimension supposée éducative ou thérapeutique d'actes ou de comportements contraignant et/ou violents ne permet plus de justifier des pratiques professionnelles. Ainsi la chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt du 2 décembre 1998 considère que des traitements dégradants imposés à des êtres humains ne peuvent être considérés comme des mesures éducatives. En l'espèce, les traitements visés consistaient en privation de repas, enfermement dans un placard, douche froide, obligation de ramassage d'excréments que subissaient des adultes autistes dans un établissement spécialisé.

Les juridictions précédemment saisies avaient considéré que de tels traitements étaient justifiés dans la gestion des crises, en réponse au comportement des adultes handicapés. La décision de la cour de cassation s'oppose résolument à de telles justifications et redéfinit les violences en institution au regard de la notion de traitements dégradants et d'atteinte à la dignité de la personne humaine.

On peut ainsi supposer que des pratiques professionnelles comme par exemple des contentions ou des maintiens prolongés dans les lits, dans des fauteuils, des manques de soins d'hygiène etc. suite à des insuffisances d'effectifs ou des qualifications des personnels recevraient la même qualification.

La violence en institution recouvre également le passage à l'acte isolé commis par des professionnels ou d'autres résidents dans l'institution, sans que nécessairement le fonctionnement de l'établissement puisse être mis en cause.

Le recensement des violences en institution est quasiment inexistant, les chiffres relatifs à la maltraitance et aux violences subies par les mineurs et les personnes vulnérables ne distinguent pas cette catégorie particulière ni en termes d'auteurs présumés des violences ni en termes de caractéristiques des infractions commises.

Le service national d'accueil téléphonique à l'enfance maltraitée recense cependant que 3 % des auteurs de mauvais traitements signalés à ce service appartiennent à des institutions à vocation éducative ou de santé dans lesquelles l'enfant est accueilli.

Deux initiatives récentes permettent un recensement systématique des violences commises au sein des structures scolaires et dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des mineurs présentant des handicaps ou des inadaptations.

En effet suite à l'instruction ministérielle concernant les violences sexuelles du 6 août 1997 du ministère de l'Éducation nationale, il a été recensé au cours de l'année scolaire 1998-1999, 115 affaires de violences sexuelles dans le cadre scolaire, 61 agents ont été suspendus, 75 personnels ont été condamnés pénalement.

La circulaire du 5 mai 1998 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité demande aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales d'informer l'administration centrale de toutes les affaires de violences commises dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs handicapés.

En 1998, 81 affaires ont ainsi été recensées dans 44 départements et dans 62 établissements, soit près de 3 % des établissements du secteur concerné. Les deux tiers des agressions sont à caractère sexuel. Les victimes de la maltraitance en institution sont majoritairement les garçons mineurs (53 %). Les auteurs présumés sont majoritairement les professionnels (62 %). Dans 70 % des cas, les Ddass relèvent des dysfonctionnements institutionnels en matière d'organisation, d'effectif ou de qualification du personnel.

Cette première ébauche d'observatoire des violences

en institution dans le secteur social et médico-social, doit être relativisée. En effet le dispositif de protection de l'enfance échappe totalement à cette observation, puisque les établissements et les placements familiaux concernés relèvent soit des conseils généraux, soit de la protection judiciaire de la jeunesse.

Par ailleurs, les situations signalées aux Ddass sont des actes relativement graves, constitutifs le plus souvent d'infractions pénales. Les violences quotidiennes constituées d'abus et de négligences moindres, de pratiques professionnelles inadaptées ne sont pas encore ressenties et analysées comme des violences avérées et signalées à ce titre aux autorités de tutelle. De plus la pression de la loi du silence est encore à l'œuvre.

Il est ainsi évident qu'un chiffre noir existe et que les recensements récents sont loin d'être exhaustifs. Ils sont cependant suffisamment symptomatiques pour nous alerter sur le phénomène des violences en institution.

Acteurs et processus en jeu

Pour cerner les contours et les risques liés à la vie institutionnelle, il convient d'analyser les processus en jeu dans la production des violences. Ainsi les facteurs relatifs à la personne accueillie dans la structure, aux professionnels qui prennent soin d'elle, à l'organisation de l'institution vont principalement concourir à l'émergence de la violence.

La personne accueillie, enfant, jeune, adulte handicapé, personne âgée va présenter une vulnérabilité particulière. Ses troubles, sa souffrance la rend plus dépendante du professionnel. Les soins corporels, l'accompagnement affectif induisent un investissement plus intime des soignants et des éducateurs. La vulnérabilité du résident va également le rendre moins acteur de sa propre protection : difficulté à comprendre, à dire, à trouver la personne secourable.

Dans certains cas, la personne accueillie va remettre en scène dans l'institution, un passé souvent fait de souffrance, parfois de violence et d'exclusion. Ces crises vont solliciter en retour la violence du personnel dans une tentative de reproduire un fonctionnement antérieur qui est son seul repère.

Face à ces difficultés de prise en charge, il devient tentant d'analyser le handicap, les troubles, le comportement, l'âge, voire la violence du résident comme un obstacle insurmontable. Mais lorsque le sujet est résumé à ses symptômes, qu'il est à ce point déshumanisé dans la représentation du professionnel, la prise en charge peut se figer dans des actes de gardiennage ou de routine. Dans ce contexte, le risque de production des violences est majeur, le discours professionnel se construit autour de l'ineffectivité des actions entreprises, de l'absence de toute sensation voire de sentiment. On peut ainsi attacher la personne, la peigner violemment, la gaver, la recoudre à vif etc. puisqu'elle ne sent rien.

Le fait de s'occuper d'enfants, de personnes adultes

L'intégralité de la circulaire du 5 mai 1998 est reproduite en annexe p. 65.

vulnérables met en jeu une dimension émotionnelle particulière chez le professionnel. Celui-ci va devoir négocier entre sa position professionnelle et son implication affective renforcée par la souffrance et la dépendance de la personne accueillie.

Ces particularités du travail social, éducatif et psychologique nécessitent que l'institution soit extrêmement vigilante aux régulations de toutes ces interférences, pour éviter l'envahissement personnel et institutionnel ainsi qu'en réaction, une trop grande distance émotionnelle, qui abandonne à sa solitude et son désarroi la personne accueillie.

L'organisation institutionnelle est également un facteur important dans l'analyse des violences en institution.

L'institution est souvent constituée à partir de principes fondateurs faisant référence. Ce mythe fondateur, utile

en soi pour donner un sens à la vie institutionnelle, peut devenir un dogme intangible qui ne permet plus l'évolution de l'institution en fonction de la réalité des besoins de la personne accueillie. Ces dérives liées à l'utilisation dogmatique d'un cadre théorique peuvent devenir source de grande violence.

L'organisation de l'institution s'inscrit dans le concept du projet d'établissement et du projet individuel. Une trop grande contradiction entre ces deux projets constitue une violence certaine ainsi que la trop grande distorsion entre les moyens attribués et les objectifs à atteindre. L'indifférenciation des publics ne permet pas d'adapter les moyens existants aux besoins de chacun. De même un projet d'établissement trop strict n'autorise pas l'aménagement nécessaire des services à la situation individuelle.

Un guide pour lutter contre les violences en institution

*Présentation du guide **Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes, dans les institutions sociales et médico-sociales.***

Dans le cadre de la vigilance à l'encontre des violences en institution, la direction de l'Action sociale a confié à un groupe de travail l'élaboration d'un guide méthodologique.

Le guide « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes, dans les institutions sociales et médico-sociales » est l'aboutissement d'un an de travail de ce groupe piloté par la Das.

Ce groupe de travail sur les violences en institution a réuni des représentants des Ddass (médecins inspecteur, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, conseillères techniques en travail social), des représentants de l'administration centrale, des sous-directions concernées, des directeurs d'établissements, un représentant de l'École nationale de la santé publique (ENSP), des experts reconnus pour leur travaux de recherche, d'analyse sur l'organisation et le fonctionnement des institutions.

Ce livret s'organise autour de trois chapitres.

● **Le champ institutionnel**

Ce chapitre présente l'évolution du champ institutionnel visé qui, depuis près d'un

siècle, tente d'introduire de plus en plus d'humanité dans les structures chargées de soigner, rééduquer, accompagner les enfants et les jeunes.

Les institutions sociales et médico-sociales accueillant des enfants et des jeunes en dehors de leur milieu familial sont plus particulièrement étudiées dans le cadre de ce guide.

La prise en charge, à temps complet, d'un enfant, d'un jeune implique que s'y exercent des fonctions habituellement assurées par les parents.

La mise en œuvre de cette suppléance familiale induit un investissement émotionnel des professionnels, qui les renvoie à leur propre enfance et à leur propre parentalité. Ce concept de suppléance familiale est au cœur de l'organisation institutionnelle. Ce guide se propose d'analyser ce concept et ses traductions dans la réalité pour repérer comment l'exercice de cette suppléance influe sur l'organisation de l'établissement et du service, pouvant y générer des tensions, des confusions, voire des violences. La suppléance familiale doit donc être particulièrement reconnue et organisée en lien avec les missions de soins et d'éducation, pour éviter la survenue de violences.

La violence en institution sera définie par rapport à ses conséquences au regard de l'enfant comme toute action ou omission qui cause à l'enfant une souffrance physique et psychologique et qui entrave son évolution ultérieure.

Dans ce champ ainsi délimité, des acteurs et des processus vont interagir nécessitant des régulations, des élaborations.

Les jeunes accueillis présentent une vulnérabilité due à leur trouble, leur souffrance, à la séparation de leur milieu familial. Ils vont être particulièrement dépendants du professionnel. Ils vont parfois être violents, remettant en scène dans l'établissement, les violences subies.

Du côté des professionnels, cette vulnérabilité, cette souffrance va provoquer une implication affective complexe et parfois ambivalente.

Enfin l'organisation de l'institution va également intervenir fortement dans ces interactions, au niveau de la mise en œuvre des projets d'établissement et des projets individuels, du respect des enfants accueillis dans l'organisation collective, de l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur.

L'internat doit donc tenir compte de ces processus pour rompre le huit clos institutionnel générateur de violences.

● **Les bases légales du contrôle des établissements et services**

Le guide rappelle les textes fondant l'intervention des Ddass dans le contrôle et le suivi des établissements. Deux types de contrôle sont prévus. La surveillance habituelle des établissements et services, qui s'exerce dans le cadre des procédures d'autorisation et de tarifica-

Le « tout institué » induit une violence institutionnelle dès lors qu'il n'offre qu'un moule unique à des sujets accueillis tous différents.

L'organisation institutionnelle va également se confronter au respect de l'intimité de la personne accueillie. Si tout se déroule au vu et au su de tous, le milieu d'accueil s'approprie tout le sujet, le chosifie. Paradoxalement, l'organisation de la vie quotidienne doit cependant éviter que des abus, des mises en danger se produisent, parce que réalisés à l'insu des professionnels responsables. Le juste équilibre entre le respect de l'intimité et le nécessaire suivi quotidien de la personne accueillie est difficile à trouver et en constante négociation.

La dynamique institutionnelle se traduit par la vie du groupe qui intègre et dépasse les projections individuelles. Elle nécessite un travail constant de régulation des

tensions et de définition des fonctions. La clarification des rôles de chacun est primordiale. Sinon, la dynamique institutionnelle s'inscrit dans la confusion des places, source de violence.

De même, la tendance naturelle des établissements à privilégier un fonctionnement autarcique qui paraît *a priori* plus commode et pragmatique, peut rapidement dériver vers un huis clos institutionnel. Les pratiques professionnelles ne sont alors évaluées que par ceux qui les mettent en œuvre et la règle institutionnelle remplace peu à peu la loi. L'institution va fonctionner dans des démarches d'exclusion et de repli. Dans certaines situations extrêmes, ce huis clos institutionnel peut se transformer en huis clos « incestuel » et favoriser toutes les dérives.

La capacité d'ouverture de l'institution vers l'extérieur,

tion. Ce suivi doit être l'occasion d'une véritable prévention des violences en institution, en instaurant un dialogue continu avec les établissements et services sur leur fonctionnement. Le deuxième contrôle, est celui de l'Ordre public.

Les Ddass interviennent alors, missionnées par le Préfet, lorsque la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation des enfants et des jeunes accueillis sont menacées. Cette mission de contrôle pourra se conclure par la fermeture de l'établissement et du service, si la sécurité des enfants et des jeunes le nécessite.

● La mise en œuvre de la mission d'inspection

Ce chapitre détaille les questionnements nécessaires pour analyser le fonctionnement de l'établissement. Ainsi l'accueil de l'enfant et du jeune devra être respectueux de son information, de son accompagnement. L'organisation des lieux d'accueil, en respectant la nécessaire intimité, la mise en œuvre d'un vrai projet individuel, la participation de l'enfant à la vie collective, la prise en compte de son expression personnelle, de la vie du groupe d'enfants seront autant de critères de qualité de la prise en charge.

La place des professionnels, leur rôle, leur compétence, l'organisation du travail vont être un autre critère dont il faudra questionner l'application pour évaluer la qualité de l'accueil et du suivi de l'enfant.

Enfin l'organisation institutionnelle, doit garantir un accueil de qualité, et la réalisation de ses missions de soins, d'éducation, de réadaptation dans un contexte respectueux et compétent vis-à-vis de l'enfant. L'organisation devra être interrogée dans toutes ses composantes (projets, organisation des fonctions, de l'emploi du temps des professionnels, de son organigramme, de ses règlements, de sa capacité d'ouverture) pour vérifier que l'intérêt de l'enfant et du jeune est bien au centre des choix organisationnels.

La mission d'inspection sera également mise en œuvre dans les situations de crise lorsque des violences ont été perpétuées. Ce guide détaille, comment identifier la crise, quels sont les signaux concordants qui annoncent ou signent la crise.

Il propose également un protocole d'intervention dans ce contexte de crise qui permette à la mission d'inspection d'observer et d'analyser avec professionnalisme et le plus d'objectivité possible le fonctionnement institutionnel. Un traitement de la crise est décrit, permettant un accompagnement de la communauté des enfants, des professionnels, une information régulière des parents.

Dans le cas d'une agression caractérisée, l'éloignement de l'agresseur présumé est recommandé, afin que le ou les enfants agressés soient reconnus et protégés.

La fermeture de l'établissement sera

prononcée dès lors que la sécurité et la santé des enfants ne sont plus assurées. Cette fermeture doit s'accompagner de toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité de la prise en charge des enfants et des jeunes et éviter ainsi que ne se constitue une nouvelle violence par la rupture brutale de repères et de liens établis.

En conclusion, ce guide confirme que le contrôle des établissements et services, rappelé dans l'article 3 de la Convention Internationale des droits de l'enfant, procède d'un fonctionnement démocratique d'une société qui doit garantir la sécurité des citoyens face à des pouvoirs institutionnels qui peuvent être arbitraires et violents.

Il s'agit d'une mission fondamentale des Ddass qui ont en charge le suivi et le contrôle des institutions accueillant des personnes particulièrement dépendantes et vulnérables.

Cette mission doit s'élaborer dans une démarche de partenariat avec les autres instances de contrôle, avec les établissements. Des principes d'actions doivent ainsi être définis à partir d'objectifs et d'analyses communs dans la mise en œuvre d'une véritable « Clinique » de l'inspection. ■

Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales.
Rennes : Éditions ENSP, 90 F

à l'altérité, va être significative de sa capacité à remettre en cause ce huis clos. La venue dans l'institution de personnes extérieures, l'organisation d'activités extérieures, la capacité de liaison avec les partenaires, la richesse de la vie associative, seront des antidotes efficaces à cette clôture institutionnelle.

L'action des pouvoirs publics

L'action des pouvoirs publics, État, collectivités locales, organismes sociaux, va mettre en œuvre trois niveaux d'intervention pour lutter contre les violences en institution ; la prévention, la protection des usagers, la répression des délits et crimes commis dans les institutions et par les institutions

Le contrôle des institutions procède d'un fonctionnement démocratique d'une société qui doit garantir la sécurité des citoyens face à des pouvoirs institutionnels qui peuvent être arbitraires et violents. Le suivi des institutions est d'autant plus nécessaire que les personnes accueillies peuvent difficilement conquérir seules leurs droits et garantir leur sécurité. C'est une protection pour les institutions elles-mêmes, confrontées à des processus internes, générateurs de violence.

C'est donc prioritairement par le biais de ce contrôle que les pouvoirs publics vont impulser la politique de lutte contre les violences en institution.

Dans le cadre de son champ habituel de contrôle, l'administration doit instaurer une vigilance et un dialogue continu avec les établissements et services. Cette démarche d'accompagnement et de contrôle constitue une prévention et un dispositif de repérage des risques de violence. Ceci suppose que le contrôle ne se polarise pas sur les seuls aspects budgétaires ou de planification mais s'intéresse au plus près à la qualité de la prise en charge. L'analyse de celle-ci doit prioritairement être axée sur la place de la personne accueillie, les professionnels et l'organisation institutionnelle. Chaque étape du suivi de la structure, de la demande d'ouverture à la campagne budgétaire annuelle devrait permettre de questionner le fonctionnement institutionnel.

La protection des usagers sera assurée par le contrôle au titre de l'ordre public, qui intervient lorsque « la santé, la sécurité, la moralité, le bien être moral et physique » de la personne accueillie sont menacés. Le préfet exerce à ce titre des pouvoirs importants, assurant la protection de la personne, en permettant que l'état de danger ne soit pas initié ou prenne fin. Ainsi les pouvoirs publics peuvent s'opposer à l'ouverture d'un établissement. De même, par le biais des injonctions, les autorités publiques peuvent exiger les modifications nécessaires pour assurer la sécurité des résidents. Ces injonctions s'accompagnent d'un délai impératif d'exécution.

Enfin la fermeture de l'établissement pourra être prononcée dès lors que la santé, la sécurité, ou le bien être physique ou moral des usagers sont compromis ou menacés par les conditions d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service.

En parallèle à cette mission de protection, un certain

nombre de dispositions légales organisent la saisine de l'autorité judiciaire également dans un objectif de répression des crimes et des délits.

Ainsi l'article 434-2 du nouveau Code pénal, prévoit des peines d'emprisonnement et d'amende pour toute personne qui n'informe pas les autorités judiciaires ou administratives, des mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne vulnérable, en raison de son âge, de son handicap, de sa maladie, de son état de grossesse. Les personnes tenues au secret professionnel sont dispensées de cette obligation. Mais elles peuvent cependant se libérer de leur secret professionnel pour remplir cette obligation, en vertu de l'article 226-14 du Code pénal. Cette levée du secret professionnel, qui est donc autorisée, sera souvent le seul moyen de remplir l'obligation d'assistance à personne en danger, sous peine de poursuite pour non assistance au titre de l'article 223-6 du Code pénal. L'articulation de ces trois dispositions du Code pénal infléchit fortement la commande sociale vers l'obligation de signalement à l'autorité judiciaire. Cette tendance est renforcée par l'application de deux autres dispositions.

L'article 40 du Code de procédure pénale prévoit que tout fonctionnaire qui a connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en informer sans délai le procureur de la République. Ainsi les autorités de tutelle des établissements et services doivent systématiquement saisir l'autorité judiciaire lorsque des violences commises dans des structures peuvent constituer des crimes ou des délits.

Au niveau de la législation sociale, l'article 69 du Code de la Famille et de l'Aide sociale prévoit l'obligation pour le président du conseil général, qui doit mettre en place un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités, d'aviser sans délai l'autorité judiciaire de ces situations

De même, la répression pénale est aggravée, lorsque la victime est un mineur ou une personne particulièrement vulnérable. Lorsque l'auteur de la violence est une personne qui abuse de son autorité que lui confère ses fonctions, la peine prévue par le Code pénal est également plus lourde.

Le domaine d'application de ces deux dispositions cumulées concerne particulièrement les violences commises dans les institutions ainsi que dans les familles.

L'évolution de l'action des pouvoirs publics dans la lutte contre les violences en institution s'inscrit dans un mouvement général de revendication du droit de l'individu, du sujet face aux pesanteurs, aux archaïsmes, aux contraintes et à l'arbitraire des organisations sociales. Et ce, dans un contexte européen et international, où la primauté des droits les plus fondamentaux de l'homme et de l'enfant commence, dans les discours et dans les instruments juridiques, à être reconnue. ■

Maltraitements : une notion floue, des réalités incontournables

Le terme de maltraitance a un caractère flou et normatif. Il existe pourtant de nombreux modèles théoriques selon les types de maltraitance. Une approche intégrée de ces diverses formes de maltraitance pourrait conduire à une avancée de la prise en charge

Paul Durning

Professeur de Sciences de l'éducation, EA 1589, Université de Paris X-Nanterre

A lors que l'expression d'enfants maltraités figurait dans l'intitulé de la loi du 24 juillet 1889, celui de « Maltraitance » est beaucoup plus récent. Francis Alfordi note, dans une recherche en cours, qu'il apparaît sur le terrain à la fin des années quatre-vingt et est recensé dans les dictionnaires quinze ans plus tard : dans le *Robert* en 1996, le *Larousse* en 1998 et le dictionnaire publié par Flammarion en 1999 [1]. Le même auteur souligne qu'il a surtout été utilisé pour évoquer des situations dans lesquelles les victimes étaient des enfants. Cette livraison regroupe cependant, sous le titre de « Maltraitements » une diversité de formes de violences et de mauvais traitements. On constate en outre une généralisation de ce terme quelle que soit la victime : enfants ou adultes « vulnérables » (personnes âgées, handicapées, en institution). Relevons toutefois que l'usage de l'expression « maltraitements » pour dénommer les violences à l'égard des femmes apparaît aujourd'hui encore tout à fait rarissime, il n'est d'ailleurs pas utilisé dans le sommaire de ce dossier.

Cette tribune tentera une réflexion sur ce nouvel usage, large, du terme de maltraitance. Nous montrerons que l'utilisation d'un même vocable n'exclut pas de recourir à une riche palette de modèles théoriques selon les types de maltraitance, mais pourrait peut-être faciliter la prise en compte, dans une action coordonnée, de différentes modalités de maltraitance.

Maltraiter c'est traiter mal

Aristote soulignait que l'extension et la compréhension sont inversement proportionnel-

les, en d'autres termes, que plus nombreux sont les objets désignés par un même concept, moins nombreuse, les caractéristiques communes définissant celui-ci.

En premier lieu, l'expression maltraitance est utilisée comme synonyme de violences, elle permet d'en intégrer toutes les formes : psychologiques, institutionnelles, sexuelles, le terme inclut en outre les négligences, que les Américains appelleraient des abus par omission dont l'importance est considérable. Les négligences lourdes en direction des enfants constituent en effet la forme de maltraitance la plus fréquente et la plus nuisible pour leur développement physique, cognitif et socio-affectif. Les séquelles sont les plus graves et fréquemment irréversibles : après quelques années, leurs conséquences ne pouvant être palliées par une prise en charge psychothérapeutique, ni par un environnement plus adéquat. C'est dire l'importance d'intégrer les négligences lourdes (parentales comme institutionnelles) dans une définition de la maltraitance en particulier en direction des enfants.

Dans ce sens élargi, la maltraitance correspond au terme américain d'« *abuse* », et est très clairement connoté négativement. Dès lors que l'expression recouvre toutes les formes de mauvais traitements et toutes les victimes possibles (enfants, personnes vulnérables, femmes, usagers des services publics, salariés, etc.) l'élément déterminant de la définition est assurément le préfixe « mal ».

Cet adjectif, note opportunément André Lalande, est un « terme universel de l'appréciation défavorable ; (qui) sert à caractériser

tout ce qui est un échec ou encore une désapprobation dans n'importe quel ordre de finalité ». Il rappelle que, selon Leibniz, on distingue trois formes : le mal métaphysique (l'imperfection), physique (la souffrance) et morale (le péché) [19]. Nous délaissions ici l'imperfection métaphysique de la condition humaine, pour considérer tout d'abord le mal physique défini comme préjudiciable au bien-être psychique ou au développement du sujet. Cette référence psychologique constitue le principal critère des chercheurs et des intervenants pour tenter de caractériser une situation de maltraitance, notamment en direction des enfants, et de justifier une intervention, le cas échéant contrainte. Le mal dans une acception morale renverra aujourd'hui à la loi mais aussi au jugement moral, personnel et surtout social, plus qu'au péché.

Définir comme maltraitance toute action mauvaise envers autrui soulève immédiatement la question du poids respectif de la gravité, de la conséquence sur autrui, de l'intention de l'auteur et de la perception de la victime. Pincer les doigts de son enfant dans une porte par mégarde, ou délibérément, sont deux actes différents au regard de l'intention de l'auteur mais la perception de l'enfant n'est pas nécessairement congruente avec celle de son parent. Outre la blessure physique, l'amplitude de la maltraitance psychologique sera associée au fait que l'enfant est, ou non, persuadé que son parent l'a fait exprès ou encore que sa négligence traduit, ou non, une hostilité à son égard.

Plus largement, l'acte de maltraitance sera le plus souvent jugé tel en fonction du contexte : ainsi isoler, empêcher de sortir un enfant ou une personne âgée ou handicapée est une maltraitance, alors qu'enfermer un délinquant dans une prison sera, au contraire, considéré par la plupart de nos concitoyens comme une sanction légitime.

Des normes en évolution

La question devient celle de distinguer ce qui est bien de ce qui ne l'est pas, ou plus. L'utilisation de la roulette sans insensibilisation était considérée comme parfaitement légitime il y a peu. Aujourd'hui, le non-recours à l'anesthésie locale serait perçu par beaucoup comme maltraitant. Fesser son enfant pour le punir est dans certains pays considéré comme une maltraitance manifeste. Bien que banale dans notre pays, la correction éducative apparaît de plus en plus contestée notamment à cause des conséquences à long terme des punitions corporelles sur le développement

des enfants, en matière de reproduction de cette pratique et, enfin, du fait de ses liens avec la violence conjugale [11].

Ces exemples soulignent que le statut de la douleur a beaucoup évolué au sein de nos cultures, perdant toute connotation positive jadis associée à une idée de rédemption (accoucher dans la douleur). Bien des mères violentaient leurs enfants sévèrement pour qu'ils s'en souviennent et évitent, pensaient-elles, de se remettre en danger en traversant sans prudence, en se penchant par la fenêtre, etc. Un tel usage de la violence est aujourd'hui contesté, ou interdit, sans que les auteurs n'aient toujours conscience de mal agir.

La maltraitance est porteuse de la structure dyadique auteur/victime : si l'expression « enfant cas social », utilisée précédemment, imputait la responsabilité de la situation au contexte social et à la misère, l'expression « enfant maltraité » souligne aujourd'hui la responsabilité des parents abuseurs. Le vocable souligne (à juste titre) que tous les enfants de milieux défavorisés ne sont pas maltraités mais en gomme les lourdes déterminations sociales du processus.

La prise en compte de toutes les maltraitements favorise une prise de conscience des violences entre enfants en milieu scolaire mais aussi familial. La répression accrue envers les enfants maltraitants confirme que le passage peut être rapide entre le statut de victime et celui d'abuseur. Les jeux sexuels d'hier sont parfois considérés aujourd'hui comme des abus sexuels. Plus sérieusement, les mineurs sont plus nombreux à être emprisonnés et la durée des peines imposées à de très jeunes adultes s'accroît notablement. Ceci éclaire le caractère ambigu de certains discours militants en faveur de la protection de l'enfance, qui appellent avant tout à lutter avec plus d'efficacité contre toutes les violences et maltraitements quels que soient auteurs et victimes. À la peur des classes dangereuses succède la peur des individus maltraitants (dont l'âge, alors, importe peu).

Le champ de la maltraitance est donc culturellement déterminé par l'évolution du droit, l'état des connaissances socialement reconnues et plus largement par un consensus social plus large intégrant notamment le seuil d'acceptation de la douleur. Cependant, même si les limites de la maltraitance sont historiquement et géographiquement variables, il n'en reste pas moins essentiel de noter l'importance qu'un comportement soit ou non défini comme maltraitant par une société donnée, dans un contexte déterminé.

Une multiplicité de modèles

Alors que le terme de maltraitance recoupe des réalités nombreuses et diversifiées, les modèles théoriques mobilisés ne rendent compte que d'une partie de l'extension large que prend le vocable en privilégiant une catégorie de victimes ou certains types de mauvais traitements. Ainsi les modèles sociologiques, pour leur part, rendront plus facilement compte des violences que des abus sexuels, les éthologues mettront l'accent sur le passage à l'acte d'agression. Plus proches de nous, certains auteurs proposent une explication des différentes violences familiales en considérant toutes les victimes en milieu familial, d'autres explorent les liens complexes entre violence et éducation et prennent alors en compte les violences en direction des enfants élevés en institution mais délaieront celles envers les personnes âgées.

Le modèle féministe, par exemple, construit sur le rôle de « l'oppression patriarcale » [25], rend compte de la violence aux femmes en contexte familial, certes, mais aussi dans les relations amoureuses entre adolescents, la vie professionnelle, la publicité, etc. Cette conceptualisation ne se préoccupe par contre guère de rendre compte de la violence en direction des personnes âgées ou handicapées, ni du fait que les violences aux enfants soient majoritairement le fait de leurs mères (qui passent considérablement plus de temps que leurs conjoints en interaction avec eux).

Le modèle psycho-éducatif pour sa part privilégie incontestablement les maltraitements aux enfants appréhendés comme une stratégie de punition inappropriée et permet aussi de rendre des conditions et des conséquences des négligences graves. Il n'éclaire guère les situations incestueuses ni les violences en direction des personnes âgées par exemple. Les approches psychopathologiques, enfin, privilégient les violences sexualisées et certaines formes extrêmes de violences physiques ou psychologiques quelle que soit la victime. Les violences plus ordinaires ne sont pas prises en compte.

Si de nombreux auteurs se réfèrent à plusieurs modèles pour comprendre les processus qu'ils étudient, une analyse détaillée de la littérature scientifique confirmerait, croyons-nous, l'absence d'une conceptualisation commune à l'ensemble du champ identifié sous le terme de maltraitance.

Des interventions encore peu intégrées

Un examen des pratiques d'intervention [2] confirme que les intervenants se centrent

aussi, le plus souvent, sur une seule modalité de maltraitance. Deux exemples issus de la littérature contemporaine permettront, pour conclure d'illustrer ce point.

Dans les actions éducatives en milieu ouvert (Aémo), la présence de violence conjugale, notée d'emblée ou repérée en cours de mesure, peut certes constituer un élément de diagnostic, cependant, les intervenants socio-éducatifs ne développent pas d'action visant la violence entre les parents. Dans un article récent, Andrée Fortin [10] souligne que les intervenantes animant les refuges nord-américains pour femmes violentées par leurs conjoints, ne proposent pas d'action spécifique centrée sur les violences pourtant très fréquentes de certaines de ces mères en direction de leurs propres enfants. Chaque dispositif ne considère qu'une seule forme de maltraitance et rappelle ainsi que l'usage de ce concept conduit à opposer les statuts de victime et d'abuseur en occultant les liens entre les différentes interactions violentes au sein de la famille.

Enfin, les intervenants ne centrent que rarement leur action sur certaines conduites, comme la consommation excessive de drogues et d'alcool, qui sont pourtant fréquemment associées à de multiples formes de violences mais aussi de négligences graves. L'absence de toute coordination entre les intervenants en toxicomanie, alcoologie et maltraitements familiales constitue ici un frein important à une action intégrée. De plus, l'évocation de l'importance de l'alcool constitue un lourd tabou : les militantes féministes craignent qu'il constitue un facteur d'atténuation de la responsabilité et, plus généralement, les hommes et femmes politiques savent trop bien les risques associés à toute évocation des liens entre alcool et maltraitance dans notre pays.

La diversité des dimensions prises en compte par les modèles théoriques comme la quasi-absence d'actions intégrées sont cohérentes avec le caractère flou, englobant et essentiellement normatif du terme de maltraitance. Pourtant des pistes d'intégration pourraient être proposées à condition peut-être de privilégier les proximités les plus évidentes entre certaines formes de maltraitements notamment intra-familiales. ■

La résilience

La résilience est la capacité de résister aux chocs, rebondir, aller de l'avant après un traumatisme. Elle fait appel à la reconnaissance et à la mise en œuvre des compétences des individus touchés. Cette notion vient contrebalancer l'association « vulnérabilité/fatalité »

Stanislaw Tomkiewicz
Psychiatre infanto-juvénile,
directeur de recherche
honoraire à l'Inserm

La résilience est au carrefour de la clinique, de la recherche et de la pratique dans des disciplines variées : sciences humaines surtout, mais aussi génétique, biologie, médecine...

On connaît depuis toujours des enfants, des adolescents, des familles qui, confrontés à des risques sérieux, à des événements déstabilisants, réagissent positivement et réussissent leur vie alors que d'autres, dans la même situation, perdent pied et s'enfoncent. La résilience nous convie à positiver notre regard sur autrui et à modifier nos pratiques, en commençant peut-être par mieux observer, identifier, utiliser les ressources propres de ceux dont nous avons à prendre soin.

Le succès du concept de résilience semble issu des abus des concepts de « vulnérabilité » et « population à risque » qui, depuis des décennies, ont dominé le travail médico-psycho-social.

Trop de professionnels ont mal compris la nature statistique de ces notions : ils ont confondu risque et fatalité et en arrivent à des jugements péremptoires trop pessimistes et à des pratiques nocives et excluantes. Le concept de vulnérabilité incite à trop regarder la moitié vide de la bouteille, la résilience invite à en regarder la moitié pleine.

Un concept optimiste

La « mère » de la résilience, Emmy Werner, a suivi pendant trente ans une cohorte de 700 enfants nés en 1955 dans l'archipel de Hawaï. Sur 200 de ces enfants considérés, à l'âge de 2 ans, à risque élevé de troubles du comportement, 70 ont évolué favorablement sans aucune intervention thérapeutique et

sont devenus de jeunes adultes compétents et bien intégrés. Ils ont su « rebondir » à partir d'une enfance difficile et rester invaincus dans leur parcours existentiel. À côté de cette résilience aux souffrances d'origine familiale, privée, on a décrit celle aux traumatismes et aux situations extrêmes de nature « historique » (la guerre, les camps, les exodes, les génocides). La résilience a été décrite ainsi chez les enfants des rues, dans des situations de maltraitance, de handicap ou de maladies graves, de violence, d'alcoolisme, de toxicomanie, de pauvreté, de deuil, de séparations... Les enfants sont affectés directement ou du fait de la pathologie sociale et/ou mentale dont souffrent leurs parents.

Le terme résilience exprime la résistance aux chocs, du latin « salire », (sauter, rebondir) le préfixe *re* indiquant la répétition. Résilier, c'est rebondir, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter, résister, puis dépasser les épreuves pour continuer à vivre le mieux possible. Parmi les nombreuses définitions assez convergentes, consensuelles, voici celle de S. Vanistendael « *la résilience est la capacité à réussir de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ».

Ces définitions indiquent toutes que la résilience n'est pas une simple résistance, mais implique une évolution positive de longue durée, voire de toute l'existence. Ce serait une possibilité de rebondir, de construire une vie heureuse, malgré les aléas graves du sort. Cependant elles ignorent les conditions de vie où cette existence va se dérouler, et son prix éventuel à payer en souffrance psychique.

Le terme « acceptable par la société » ignore les évolutions « favorables » mais asociales, comme celles des enfants des rues qui développent des stratégies de survie tout à fait hors la loi.

Les définitions ne précisent pas qu'on n'est jamais résilient seul et dans l'absolu ; un entourage tant soit peu favorable est indispensable pour donner libre cours à la dynamique individuelle et aux interactions qu'elle implique.

La résilience n'est jamais absolue et définitive. Elle est modulable par les circonstances de la vie et par le vécu psychologique et elle peut être débordée à tout moment.

Les auteurs nord-américains ont tenté de décrire les caractéristiques d'un enfant résilient : meilleur niveau socio-économique de la famille, bonne santé et absence de déficits organiques, n'ayant pas été victime de pertes ou de séparations précoces, QI élevé, efficacité à résoudre les problèmes, *self-control* élevé, tempérament facile, qualités d'empathie et, bien sûr, sens de l'humour. Sont considérés comme facteurs favorisants : des parents compétents, une relation chaleureuse avec au moins une personne et un bon réseau relationnel. Tous ces traits de la personnalité et de l'environnement évoquent le vieil adage : « *Mieux vaut être riche et bien-portant que pauvre et malade* ». Ils permettent aussi de se demander à quoi sont-ils résilients tous ces enfants si bien nantis par la nature et par la vie ? Il vaut mieux à notre avis distinguer une résilience structurelle liée à des situations défavorables, durables et une résilience conjoncturelle répondant à des événements brutaux déstabilisants.

Pour Emmy Werner, les enfants résilients étaient issus de familles relativement peu nombreuses, avaient pris tôt des responsabilités intrafamiliales (les filles) ou établi des liens affectifs extrafamiliaux (les garçons). À l'école, même si la scolarité était médiocre, l'adaptation et le comportement demeuraient corrects. Ces enfants induisaient des réponses positives de la plupart des adultes qui les décrivaient comme affectueux, faciles et équilibrés. Ils dérangent peu et trouvent des adultes qui les soutiennent. Pour beaucoup d'auteurs c'est le maintien d'une bonne estime de soi qui donne la clé de la résilience.

Plutôt que composée de facteurs additifs génétiques et environnementaux, la résilience se tisse, se « tricote » (B. Cyrulnik) tout au long de l'enfance sur les bases que l'enfant possède à la naissance et à travers les rencontres avec les « tuteurs de développement », qui

permettent de vaincre, d'éviter, de passer à travers les événements défavorables, tout en modifiant à leur tour les caractéristiques réputées intrapsychiques. Cette vision dynamique et dialectique nous permet de relativiser les différents catalogues des traits de personnalité notés au moment de l'examen chez les enfants réputés résilients, traits considérés sans preuve comme préexistants aux situations traumatisantes, voire comme innés et permanents.

C'est sur une base génétique modulée par la vie intra-utérine que les événements de l'existence, des relations où le hasard joue certainement un rôle trop méconnu, viendront tisser les résiliences, tout comme les vulnérabilités. Car il n'y a pas une résilience, mais des possibilités de rebondir qui varient tant selon la nature et l'intensité des traumatismes que suivant le moment où ils agissent dans le développement de l'individu. Ainsi au cours de la grossesse, les nuisances infectieuses, toxiques, métaboliques peuvent fragiliser l'embryon et le fœtus, mais le vécu réel et aussi fantasmatique de la mère peut lui aussi — mais par quels canaux ? — les affermir ou les rendre plus susceptibles. On connaît mieux l'influence capitale du stress de la naissance et des interrelations et interactions des premières années de la vie. Longtemps considérées surtout, voire uniquement, comme facteurs de vulnérabilité, elles sont maintenant regardées aussi comme des facteurs de résilience. Se trouve ainsi « réhabilitée » une certaine dureté de l'environnement qui, dit-on, agirait comme un vaccin contre les aléas de la vie ultérieure.

La main tendue ou l'importance d'une relation positive

On conçoit que pour démêler la complexité infinie de la vie qui implique la biologie, la psychologie mais aussi la sociologie, les études populationnelles empiriques nord-américaines avec leurs appareils statistiques sophistiqués sont plus trompeuses qu'instructives. Cependant de trop rares études des cas pointent toujours et partout le rôle protecteur d'une relation positive, fut-elle unique, qui correspond à ce que les braves gens ont appelée « la main tendue ». Elles permettent de comprendre comment les événements néfastes tant privés (deuil, séparation, agression sexuelle) que publiques (guerres, catastrophes) font d'autant plus émerger la résilience que le vécu antérieur a mieux formé la personnalité de l'enfant. On comprend mieux aussi l'importance capitale de ce tuteur,

fut-il unique, qui soutient et guide l'enfant pendant et après ces épreuves.

Cet impact du passé est encore plus prégnant chez les adolescents. Dénonçons ici la vanité des études sur la « résilience des jeunes délinquants » qui prennent comme seul critère la non-récidive des comportements anti-sociaux. Ces études ne disent rien du passé de ces jeunes qui les a amenés vers la délinquance. Elles ignorent superbement la « résilience antisociale » qui se manifeste par une réussite (mesurée en argent, en conquêtes sexuelles et en pouvoir sur les autres, y compris le pouvoir de nuire) dans un milieu considéré comme immoral, voire criminel, mais curieusement parallèle et malgré tout toléré par la société officielle. Enfin, plus que les facteurs individuels de la résilience, elles pointent les qualités pédagogiques et thérapeutiques des institutions où elles ont été pratiquées. Leurs « trouvailles » apparaissent un peu comme des truismes : les résilients sont intelligents, réussissent bien en classe, sont relativement indemnes de signes de pathologie mentale et ont tendance à se démarquer des comportements malsains de leur famille (alcool, toxicomanie, etc.). On ne sait manifestement pas si ce sont là des facteurs d'émergence ou des signes même de la résilience.

La résilience de certains adultes a été magistralement décrite dans les conditions extrêmes des camps de concentration par Bruno Bettelheim et Primo Lévi. Si les explications du premier apparaissent pour le moins subjectives, Primo Lévi préfère y renoncer. Il insiste seulement sur ses limites qui se manifestent d'une façon brutale et comptable : plus les conditions de vie deviennent cruelles, plus le nombre de « résilients survivants » tend vers zéro.

On ne peut aussi qu'admirer plutôt que comprendre la merveilleuse résilience de ces adultes qui font face et arrivent à construire une nouvelle existence humainement valable quelle que soit l'intensité des traumatismes existentiels ou corporels.

L'étude des facteurs de la résilience est d'autant plus ardue que le même, selon les circonstances, peut devenir facteur de risque ou facteur de protection. Citons, avec M. Rutter, l'entrée à l'école, véritable trauma pour un petit surprotégé jamais sorti des jupes de sa maman, mais véritable planche de salut pour un enfant intelligent, mais négligé dans un milieu pauvre économiquement et affectivement. Plus tard, le service militaire, tant craint par certains fils de bonne famille, permettait

une excellente insertion sociale aux jeunes illettrés. Cette ambivalence de certains facteurs est d'ailleurs bien connue des médecins et des biologistes : citons en exemple la drépanocytose, responsable d'une anémie hémolytique mais aussi facteur de protection contre le paludisme.

On parle volontiers de la résilience au « stress ». Pour Selye c'est là un ensemble des réactions spécifiques de l'organisme faisant suite à une agression. Dans cette optique une bonne aptitude au stress est un excellent facteur de résilience et on parlera de « strain » (épuiement) lorsque ces mécanismes sont débordés. On parlera aussi des « maladies du stress » lorsque ces mécanismes dépassent leur but de défense et engendrent à leur tour des maladies dites de système. Ces phénomènes biologiques trouvent facilement un parallèle dans le monde psychologique. C'est le « prix à payer » pour une résilience efficace : une bonne adaptation sociale chez un enfant issu d'un milieu carencé, celle d'un jeune qui a surmonté de graves adversités personnelles ou « publiques », s'accompagnent souvent d'une souffrance psychique tenue volontiers secrète ou bien des traits dits « caractériels » qui font souffrir les proches et le sujet lui-même : tendances obsessionnelles, perfectionnisme, méticulosité et/ou psychorigidité, mépris de ceux qui « n'ont pas réussi à s'en tirer », une morale plus stigmatisante que charitable.

Notons que l'on décrit aussi une « résilience au stress » plutôt que de dire simplement « résilience au traumatisme ». Cet abus de langage sème la confusion.

Il est temps de récapituler et de compléter ici les critiques faites tout au long de cet essai à la résilience pour terminer en montrant ce qui nous paraît malgré tout un apport très positif de cette notion à la compréhension des êtres humains et à la pratique médico-psycho-sociale préventive et thérapeutique.

- La résilience comprend mais dépasse les notions plus anciennes et plus statiques de *résistance*, de *coping* et d'*invulnérabilité*. Elle comporte en plus l'idée d'un départ pour une existence nouvelle, un projet de vie, voire un certain enrichissement de la personnalité soumise aux épreuves et aux traumatismes.

- Plus sérieuse apparaît la critique portant sur l'application pratique de cette notion, qui reste encore trop floue dans sa définition, qui confond trop souvent les facteurs d'émergence et les caractéristiques des personnes résilientes, qui simplifie dangereusement les critères de succès, trop réduit à une conformité aux

normes de la « bonne société » des classes moyennes.

- Nous avons déjà mentionné ses limites dans le temps : Primo Lévi et Jules Renard cités souvent comme exemples-phares de la résilience à la maltraitance familiale ou « historique » se suicident de longues années après « avoir surmonté » les adversités dont ils ont été victimes. Nous avons vu aussi qu'elle varie dans son amplitude et ne recouvre toujours pas tous les domaines de la vie : on peut être résilient à l'école et vulnérable à la maison ou dans la rue ou l'inverse...

- La critique de loin la plus sérieuse, bien exprimée par Alice Miller (comm. personnelle) est d'ordre éthique, voire politique : c'est le risque de sa récupération ultraréactionnaire. En effet, elle peut donner prétexte au blâme de ceux qui n'en font pas preuve. Elle peut fournir aux responsables administratifs et politiques qui financent les programmes d'aide sociale — voire à certains professionnels — des arguments pour opposer enfants et familles « qui s'en sortent », et donc n'auraient pas besoin des services et prestations à ceux et celles qui, non résilients, sont jugés irrécupérables et que l'on va tôt ou tard abandonner à leur sort. Ces jugements dépréciatifs, dévalorisants, stigmatisants — souvent véritable « blâme de la victime » — cet éventuel désengagement des pouvoirs publics, des services, constituent des risques réels. Les responsables ne doivent à aucun prix prendre prétexte de la résilience pour se désengager de leurs responsabilités. Bien au contraire, reconnaissant les ressources individuelles et collectives, ils doivent orienter leurs programmes et leurs activités en faveur des enfants, des familles et des groupes en difficulté pour aider à l'émergence et à la mise en œuvre de leurs compétences.

La résilience se substitue à la fatalité

Au total, le concept de résilience a pu apporter un souffle d'air frais dans l'univers médico-psycho-social et psychiatrique trop longtemps soumis à une véritable dictature du concept de vulnérabilité de plus en plus dévoyé de sa fonction préventive pour en arriver à devenir un facteur iatrogène d'exclusion. En effet, oubliant complètement la nature probabiliste de ce concept, les travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres confondent vulnérabilité et fatalité et voient un futur délinquant, un parent maltraitant, un névrosé, un assisté éternel dans chaque enfant à risque. Outre l'effet pathogène du mauvais pronostic auto-réalisé par le fait même du regard délétère

d'un tiers représentant la Loi et la Société, ce mésusage entraîne des mesures « préventives » (séparation, contrôle suspicieux) qui font plus de mal que de bien en dévalorisant l'entourage présumé nocif et en démolissant le peu d'estime de soi du sujet protégé. Or le bon usage de la notion de résilience nous invite à faire confiance, à ne jamais baisser les bras même devant un spectacle affligeant et à ne pas condamner (même dans nos têtes) irréversiblement et définitivement la victime « vulnérable ». Cette modification de l'attitude mentale doit aller de paire avec une pratique qui cherchera ce qui « reste de bon, de sain, de dynamique », tant chez le sujet que dans son entourage. On développera, comme dans certaines rééducations des handicapés, des stratégies visant plus à développer le respect de soi-même et les tendances dynamiques qu'à supprimer les symptômes gênants, fussent-ils socialement déplaisants. Et enfin on recherchera activement des tuteurs de résilience (Cyrułnik). Si l'on n'en trouve pas dans l'entourage, on en cherchera chez l'un de nous qui deviendra alors tout autre chose que le « référent » actuel trop souvent perçu comme un bureaucrate au service de l'administration. ■

De la maltraitance à la bientraitance

Si l'on parle de maltraitance, il faut réfléchir à ce qu'est la bientraitance. Prévenir les difficultés le plus précocement possible c'est mettre l'accent sur les capacités individuelles, familiales et sociales des enfants et des parents. Mais c'est aussi reconnaître et soutenir les professionnels

Michel Manciaux
Professeur émérite
de pédiatrie sociale et
de santé publique,
Université de Nancy 1

« **L**orsque je rédige un signalement à propos d'un enfant maltraité, je m'astreins à passer autant de temps, à laisser autant de place pour décrire ce qui ne va pas et justifie le signalement, que pour lister ce qui paraît, au moins potentiellement, positif et sur quoi on va pouvoir s'appuyer pour tenter d'améliorer la situation ». Voilà, dans une ambiance de maltraitance, la bientraitance définie, au moins empiriquement. Et dans le même temps voilà une démarche éthique remarquable dans sa simplicité.

Pourtant, les puristes objectent : si la pratique existe bien, le mot n'est pas français. « Traitance » n'a longtemps été utilisée que dans le mot composé sous-traitance. La maltraitance n'a fait que récemment une timide apparition dans les dictionnaires, remplaçant le mot maltraitement (« action de maltraiter ») qui, lui, a disparu. La langue évolue, et bientraitance sera probablement bientôt admise par les linguistes. Ce serait là réparer une injuste dissymétrie, car si malfaisance et malveillance ont leur antonyme positif, ce n'est pas encore le cas pour maltraitance. Et, sans vouloir jouer sur les mots, maltraiter peut se décomposer et retourner en traiter mal — ce qui en élargit le sens et le champ — ; on aimerait, à l'inverse, disposer d'un substantif, et peut-être d'un verbe, qui désignent le fait de traiter bien un enfant.

Cela ne résoudra pas complètement le problème car, au-delà des mots, il y a le concept qui en détermine le sens. Et, comme le soulignent Jean-Pierre Pourtois et collaborateurs : « la notion de bientraitance est liée au contexte historique et socio-culturel : elle est soutenue par les représentations, voire les

idéologies concernant la famille et l'enfant, en vigueur dans la société étudiée ou dans le groupe familial interrogé ». Et ces auteurs signalent le risque normatif de définitions simplistes, qui est de stigmatiser les pratiques s'écartant des usages socialement admis, et le danger de limiter la bientraitance à la satisfaction des besoins matériels des enfants. Il est vrai que l'on a mis du temps à admettre la réalité des mauvais traitements dans les familles aisées et à reconnaître l'existence et la gravité de la maltraitance psychologique.

Étudier les conditions d'une éducation familiale réussie

Alors, pourquoi vouloir introduire ce concept de bientraitance, difficile à cerner et non dépourvu d'ambiguïté ? Paul Durning répond qu'une telle démarche « contribue à éviter une polarisation sur les seuls « mauvais traitements » en ouvrant le champ à l'étude des conditions d'une éducation familiale réussie ». Mais il serait simpliste, dit-il, de considérer que « ce qui ne serait pas bientraitance serait maltraitance ». Outre le fait que maltraiter un enfant est « fortement marqué par sa référence juridique », on ne saurait « fonder une problématique de recherche sur l'opposition morale fondamentale entre le bien et le mal ».

À mon avis, cette insistance actuelle sur la bientraitance procède d'un courant de pensée — et aussi d'action — qui tend à changer le regard professionnel et social porté sur les enfants et les familles, y compris ceux et celles autrefois considérés uniquement sous l'angle d'enfants et de familles à problèmes. La découverte des compétences précoces — précocissimes dit Serge Lebovici — du bébé

et de l'importance des interactions mère-enfant, parents-enfant a, de ce point de vue, joué un rôle essentiel, bien relayée qu'elle a été par une vulgarisation médiatique de qualité. La réhabilitation, au sens fort du terme, des familles du quart-monde, la mise en évidence de leur savoir, de leur recherche de reconnaissance sociale, de dignité y a aussi contribué. Et l'accent mis aujourd'hui sur l'accompagnement de la parentalité va dans le même sens.

Il en est résulté, pour les professionnels mais aussi pour les pouvoirs publics responsables des politiques de l'enfance, une triple inflexion qui, si elle n'est pas toujours traduite dans les pratiques, semble du moins largement admise. C'est d'abord l'importance, désormais reconnue, de la prévention précoce des difficultés et des problèmes auxquels sont confrontés tant de parents dans leur tâche d'éducation, rendue plus difficile de nos jours par l'instabilité familiale ambiante et par la précarité qui touche tant de foyers. C'est ensuite l'accent mis sur les capacités, les compétences individuelles, familiales, communautaires, associatives : autant de ressources, au moins potentielles, longtemps inexploitées, et que les professionnels essaient aujourd'hui de faire émerger, s'appuyant ensuite sur elles pour accompagner dans la durée enfants et familles en difficulté, en souffrance. C'est enfin la prise de conscience que les problématiques sociales — la maltraitance entre autres — sont complexes et d'origine plurifactorielle : en conséquence, seules des interventions plurisectorielles peuvent y répondre.

Changer les pratiques

Il reste cependant à inscrire ces progrès des idées dans la pratique quotidienne, à compléter la prévention des maltraitances envers les enfants par la promotion de la bientraitance à l'égard des enfants, des familles... et des professionnels. C'est, au moins pour les deux premières catégories de bénéficiaires, le sens et l'esprit des lois du 12 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, et du 19 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Décrets d'application, circulaires et autres textes réglementaires ont, depuis, balisé la route vers la bientraitance mais, comme le rappelle Marceline Gabel dans « *Histoire et vicissitudes des textes législatifs relatifs à la maltraitance* », légiférer ne suffit pas quand il faut changer pratiques et mentalités. Il y

faut aussi du temps, et une véritable volonté politique et sociale.

Dans un ouvrage collectif intitulé « *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels* » paru en avril 2000, ont été recensées une série de bonnes pratiques illustrant la bientraitance des enfants et des familles par des institutions, des associations et des professionnels bien traitants. Un telle approche répond à plusieurs ordre de raisons :

- les familles, quelles que soient leurs formes, sont à l'évidence les premières instances de protection des enfants ;
- les enfants ont en général d'autant plus de chances d'être bien traités que leurs parents l'auront été ou le sont eux-mêmes par les différents acteurs et institutions impliqués dans la construction et l'accompagnement de leur parentalité ;
- en d'autres termes, des parents mieux respectés, mieux reconnus et mieux soutenus dans leurs compétences et leurs responsabilités pourront être des parents plus respectueux et plus protecteurs de leurs enfants ; et ceux-ci se forgeront des images et des références parentales qui les rendront à leur tour plus respectueux et plus protecteurs à l'égard de leurs propres enfants ;
- la politique familiale actuelle entend s'attacher non seulement à faire évoluer le système d'aides financières aux familles dans le sens d'une plus grande justice sociale et à faciliter la vie quotidienne des familles, mais aussi à conforter les parents dans leur rôle éducatif. Il importe, en s'inspirant des expériences en cours, d'accompagner ces déclarations de principe de recommandations concrètes et d'incitations utiles pour les pratiques qui entendent s'en inspirer.

Agir avec les parents

Pour autant, il ne saurait être question de faire porter aux seuls parents le poids et la responsabilité de ces dysfonctionnements éducatifs ou relationnels que l'on se complait trop souvent à analyser et à mesurer dans les seuls registres emblématiques de la maltraitance et/ou des conduites délinquantes des mineurs. Si un certain nombre de mineurs sont actuellement considérés — comme ils l'ont été à la fin du XIX^e siècle — comme simultanément ou successivement en danger et dangereux, c'est l'ensemble des adultes, à savoir les parents et leur environnement social et institutionnel, qui doit continuer à être interrogé sans exclusive à ce propos. Les parents étiquetés comme « démissionnaires » n'ont-ils pas été souvent « démissionnés » par

les institutions qu'ils fréquentent au sujet de leurs enfants ou de leurs difficultés familiales ? Les professionnels de ces institutions sont-ils vraiment aidés à aider ces parents, et formés à agir avec eux plutôt qu'à leur place pour chercher et trouver des solutions aux problèmes qu'ils soulèvent ensemble ? Comment les uns et les autres sont-ils encouragés à aborder les questions d'éducation et plus encore de coéducation des enfants autrement qu'en termes de contrôles, de contraintes, de conflits — même si ces dimensions sont substantielles à tout projet éducatif ? Comment reconnaître, développer, mobiliser les compétences des uns et des autres dans une véritable démarche de bientraitance ?

Un telle démarche consiste idéalement :

- à modifier en profondeur le regard des acteurs sociaux et des décideurs sur les enfants, les parents, les familles, les institutions en difficulté et désireux d'en sortir ;
- à rechercher systématiquement chez chacun des partenaires les valeurs, les compétences et les ressources à promouvoir pour faire face aux carences et aux dysfonctionnements qui risquent de les victimiser ou de les stigmatiser ;
- à favoriser les interventions les plus précoces possibles susceptibles, aux différentes étapes de leurs cycles de développement, de les associer activement à une pédagogie du succès, et pas seulement au dépistage et au traitement des échecs ;
- à développer concrètement, au-delà des concepts, les attitudes professionnelles et civiques d'empathie, de confiance et de bientraitance.

Compétences des enfants reconnues précocement par les parents ; compétences des parents identifiées, soutenues et prises en compte par les professionnels ; compétences — mais aussi limites — des différents intervenants reconnues et respectées par chacun d'entre eux... La charge est lourde pour les professionnels dont les « nouveaux rôles », pour être prometteurs, n'en sont pas pour autant aisés à tenir. Et s'il n'est pas facile d'être parent aujourd'hui, les métiers éducatifs et sociaux ne vont pas de soi. Ils sont exigeants, parfois usants. Il est donc légitime de parler, avec Michel Lemay, de la bientraitance à l'égard des professionnels, qui se décline, d'après lui, selon les principes suivants :

- « la bientraitance à l'égard des professionnels passe par une reconnaissance de leur identité ;
- cette identité professionnelle ne peut

s'actualiser que si leur action peut prendre sens dans un milieu donné ;

- il n'est pas possible d'être « bien dans sa peau » si le milieu n'édifie pas un certain nombre de balises sans lesquelles toutes les dérives deviennent possibles ;

- les modes de soutien mis en place n'ont pas pour but premier de rendre heureux. Leur objectif est de créer une disponibilité intérieure qui permet de se bâtir sa propre zone de bonheur dans son lieu de travail ».

Et cet auteur conclut : « *La bientraitance, c'est avoir la sécurité, mais c'est aussi découvrir qu'un certain niveau d'incertitude génère l'énergie de l'esprit. On se pose des questions, on propose de nouveaux essais, on se confronte au doute afin de se bâtir momentanément un nouvel équilibre remis en cause autant par les apports extérieurs que par ses expériences. C'est dans un tel creuset qu'une équipe de travail peut sincèrement se dire : malgré les divergences et les tensions inévitables, nous sommes relativement satisfaits de ce que nous faisons, mais nous devons gérer aussi bien les sources d'insatisfaction que l'impression trompeuse d'être parvenus à nos fins. Il faut un peu « se maltraiter » pour déboucher sur la conviction d'être bien traités* ».

On peut sans doute émettre l'hypothèse que si la lutte contre les maltraitements faites aux enfants relève pour les professionnels d'une exigence à la fois déontologique et politique, la promotion de la bientraitance ressortit à un autre registre, qui est manifestement celui de l'éthique. De fait, la bientraitance peut prendre statut et rang d'un principe éthique qui en résume et sous-tend d'autres, universellement admis : le respect de la personne, de sa dignité, de son intimité ; la recherche de son consentement éclairé ; la notion d'utilité potentielle, de précaution, d'anticipation des risques potentiels de toute intervention ; les principes de responsabilité, d'empathie ; et, par-dessus tout, celui de « bénévolence », terme anglosaxon qui signifie le vouloir du bien d'autrui. Voilà qui donne du poids au concept de bientraitance, ce néologisme qui n'a pas fini de nous inspirer !

Les citations de cet article sont extraites de plusieurs chapitres de *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels* [12]. ■

Maltraitance à enfants au sein des établissements

Circulaire DAS/n° 98/275 du 5 mai 1998

La ministre de l'Emploi et de la Solidarité à Mesdames, Messieurs les préfets de départements, directions départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (pour application)

Objet : Prise en compte de situations de maltraitance à enfants au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Textes de référence : Article 14 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifié, Article 210 à 214 du CFAS, Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989

Une vigilance renforcée s'impose dans la prévention et le traitement des affaires de sévices et d'abus sexuels sur les personnes mineures. La protection des enfants concernés doit être une priorité absolue. Aussi, je vous demande de m'informer, dans les plus brefs délais, sous le timbre de la direction de l'action sociale, des actes ou tentatives d'agissements de cette nature ayant pu se produire au sein des établissements et services accueillant des mineurs et sur lesquels le représentant de l'État dispose du pouvoir de contrôle mentionné au 3^e alinéa de l'article 14 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Dès lors que de tels actes sont portés à votre connaissance, il vous appartient de recueillir l'ensemble des informations disponibles, notamment pour vous assurer qu'ils ne sont pas la conséquence d'un dysfonctionnement de l'établissement.

En effet, il est particulièrement inacceptable que des enfants soient maltraités dans des institutions qui ont pour mission d'assurer leur protection et de favoriser leur développement.

Il vous appartient de veiller à ce que les mineurs ainsi maltraités, ainsi que le cas échéant leur entourage familial, aient accès aux soins nécessaires.

J'insiste notamment sur le fait qu'il est de votre responsabilité personnelle de remplir vos obligations de saisine de l'autorité judiciaire.

Je vous rappelle également que le Code pénal impose à toute personne ayant connaissance d'un crime (par exemple le viol), dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles d'en commettre de nouveaux qui pourraient être empêchés, d'en informer les autorités judiciaires.

De même, toute personne ayant eu connaissance de mauvais traitement ou privations infligées à un mineur de 15 ans ou à une personne particulièrement vulnérable, en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, doit en informer les autorités judiciaires ou administratives.

Ces obligations légales sont renforcées pour

les fonctionnaires, qui dans l'exercice de leurs fonctions, ont connaissance d'un crime ou d'un délit. Ils ont l'obligation d'en aviser, sans délai, le procureur de la République, et de lui communiquer tous les renseignements, procès-verbaux et actes relatifs à ce crime ou délit.

Il convient donc que vous soyez attentif à une information rapide et circonstanciée de l'autorité judiciaire.

L'exercice de fonctions de service public s'accompagne d'une responsabilité civique particulière qui impose une vigilance et une rigueur exemplaires.

En 1996, 74 000 enfants ont été signalés dans le cadre de la protection de l'enfance et 21 000 ont été victimes de maltraitance dont 6 500 d'abus sexuels.

L'augmentation des prises en charge traduit un meilleur dépistage des situations de maltraitance, grâce à l'investissement de l'ensemble des acteurs institutionnels sociaux et médico-sociaux, qui doit être encore renforcé sans négliger pour autant les actions de prévention à long terme, seules susceptibles de faire reculer ce fléau de manière durable.

Parallèlement à l'obligation de dépistage et de signalement, il est nécessaire d'assurer une vigilance constante sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies en institution.

La mise en œuvre de ces instructions passe, pour être efficace, par une sensibilisation et une concertation avec les collectivités publiques et associations gestionnaires de ces structures. À l'égard des établissements médico-éducatifs dont le contrôle juridique et tarifaire est assuré par les Ddass, je vous demande que celles-ci, sous votre autorité et votre responsabilité, exercent une vigilance particulière.

Les Ddass veilleront :

- à la conformité des établissements aux réglementations existantes,
- à la formation et la qualification des professionnels concernés,
- à l'existence au sein des établissements d'un dispositif de régulation, de supervision et de soutien qui prenne en compte les difficultés inhérentes à ce travail auprès d'enfants en difficulté,
- à l'implication et la prise en compte des parents et des familles, dans le projet et la pratique des établissements,
- à l'information des enfants accueillis et au respect de l'obligation légale d'afficher les coordonnées du Snatem (Numéro vert enfance maltraité 119).

Martine Aubry

bibliographie

- Alföldi F. *Approches historiques et théoriques du concept de maltraitance*. mémoire de DEA de sciences de l'éducation. dir. P. Durning, 2000.
- Boutin G., Durning P. (1999), *Les interventions auprès des parents. Bilan et analyse des pratiques socio-éducatives*. Paris : Dunod, coll. *Enfances*, 208 p.
- Busby F. *Maltraitements et négligences envers les personnes âgées : Alma écoute, observe, informe et installe une prévention 1995-1997*. Grenoble : Alma, 1997.
- Code européen de bonnes pratiques pour prévenir la violence et les abus à l'égard des personnes autistes. Publié avec le soutien du Programme Européen Daphné, 1998.
- Corbet E. (coord.) *Violences en Institutions, 1. Repères, 2. Outils de prévention*. Lyon : Creai Rhône-Alpes, Centre Thomas More, 1992 (vol. 1), Médiasocial, 1995 (vol. 2).
- Durning P. *Éducation et suppléance familiale : psychosociologie de l'internat spécialisé*. Paris : CTNERHI, diff. PUF, 1986.
- Durning P. *Éducation familiale, acteurs processus et enjeux*. Paris : PUF, coll. *L'Éducateur*, 1999, 294 p.
- Durning P. *Toute institution accueillant et soignant des enfants est-elle potentiellement maltraitante ? in Maltraitements institutionnelles*, Gabel M. et all. *op. cit.*
- Eisenstat S. A., Bancroft L. *Domestic Violence* : New Engl. J. of Med. : 1999, 314 [12] : 886-892.
- Fortin A. *L'enfant en contexte de violence conjugale : témoin ou victime*, in *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1998, II [1] : 41-56.
- Fortin A., Durning P. *Les punitions corporelles : entre mauvais traitements et bienveillance ?* In Gabel et all. *Bien-traitemances... op. cit.*
- Gabel M., Jésus F., Manciaux M. *Bien-traitemances, mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus, coll. *Psychopédagogie*, 2000, 454 p.
- Gabel M., Jésus F., Manciaux M. et coll., *Maltraitements institutionnelles*, Paris : Fleurus, coll. *Psychopédagogie*, 1998, 305 p.
- Gillioz L., de Puy J., Ducret V. *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne : Éditions Payot-Lausanne, 1997.
- Hirigoyen M.-F. *Le harcèlement moral*. Paris : Syros, 1998.
- Hugonot R. *La vieilleuse maltraitée*. Paris : Dunod, 2000.
- Hugonot R. *Violences contre les vieux*. Paris : Erès, 1990.
- Kern M.-R. *Maltraitance des personnes âgées : à propos d'une enquête du Coderpa du Bas-Rhin*. Strasbourg : Université Louis Pasteur, 1995.
- Lalande, A. *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*. Paris : PUF, 1988.
- Manciaux M., Gabel M., Gironet D., Mignot C., Rouyer M. *Enfances en danger*. Paris : Fleurus, coll. *Psychopédagogie*, 1997, 775 p.
- Morvant C. *Thèse de médecine : Une enquête auprès des médecins généralistes sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales*. J. Lebas, directeur de thèse. Paris 6, 2000.
- Odas-Snatem. *Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux comprendre les dangers*. Paris : Odas-Snatem.
- Romito P. *La réponse des institutions sanitaires et sociales à la violence à l'encontre des femmes*. Trieste, Italie : Association Culturelle Féminine La Settima Onda et Initiative Européenne Daphné, rapport final, 1999.
- Tomkiewicz S., Vivet P. *Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*. Paris : Seuil, 1991.
- Walker L. E. A. *Psychology and Violence against women*. *American Psychologist*, 1989, 44 : 695-702.

adresses utiles

119 Allo Enfance maltraitée, numéro vert

Alma France

BP 251
38007 Grenoble cedex 1
Téléphone : 04 76 01 06 06
Télécopie : 04 76 51 15 21
Numéro national : 08 92 68 01 18
Service minitel : 3615 SOS Alma
Mél. : Asso-Alma@wanadoo.fr
Internet : perso.wanadoo.fr/asso-alma

Association

« **Contre les violences sexuelles** »
24, avenue Edison
75013 Paris

Autisme Europe

Avenue Van Becelaere 26B
Boîte 21 B
1170 Bruxelles, Belgique
Téléphone : 32 2 675 75 05
Télécopie : 32 2 675 72 70
Mél. : autisme.europe@arcadis.be

Enveff

Institut de démographie de l'Université de Paris I (Idup)

Centre Pierre Mendès-France
90, rue de Tolbiac
75634 Paris cedex 13
Téléphone : 01 40 77 46 46
Télécopie : 01 40 77 46 47
Mél. : jaspard@univ-paris1.fr

Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas)

37, boulevard Saint-Michel
75005 Paris
Téléphone : 01 44 07 02 52

Unapei

15, rue Coysvoix
75876 Paris Cedex

Violence conjugale femmes infos service

Téléphone : 01 40 33 80 60

Viols femmes informations

0 800 05 95 95

Toxicomanie

La substitution cinq ans après

Jean-François Bloch-Lainé
Membre du Haut Comité
de la santé publique

Après une acceptation difficile, la substitution est mise en œuvre depuis maintenant près de 5 ans. Si le bilan est globalement bon — près de 90 000 personnes sont traitées, il y a une baisse des surdoses, du VIH et du VHC — il existe des zones d'ombre liées à l'utilisation détournée du Subutex®.

La drogue, cela existe de tout temps, mais cela n'affecte un grand nombre de personnes en France que depuis les années soixante-dix, dix ans après les États-Unis d'Amérique, comme il en est souvent.

Dès le début du ^{xix}^e siècle, on consomme en Europe des poisons d'oubli et des produits qui font voyager. Nos chers « poètes maudits », ou ceux qui se prétendaient tels à la fin du ^{xix}^e, les demi-mondaines des années vingt, cerclées de colliers de fausses perles, puis les publicistes, de Paris ou de Milan, consommateurs d'hallucinogènes, de cocaïne et d'héroïne, tous ces gens étaient, en définitive, plus bavards et connus que nombreux. Leur consommation restait festive bien qu'elle fût, parfois, massive et dangereuse.

Depuis maintenant plus de trente ans, on voit croître indéfiniment le nombre de ceux qu'on nomme « toxicos ». Ces filles et ces garçons, toujours jeunes, consomment tout et n'importe quoi, des drogues illicites et des drogues licites comme le tabac et l'alcool, et aussi de nombreux médicaments détournés de leur usage thérapeutique.

Parmi ces personnes toxicomanes se recrutent près de 200 000 héroïnomanes. L'héroïne est habituellement injectée. Elle crée rapidement une dépendance, à la fois physique et psychique, qui asservit très vite celle ou celui qui en consomme.

L'accroissement du nombre des toxicomanes, et singulièrement celui des héroïnomanes à la fin des années soixante, aura conduit les responsables politiques français à réagir.

Le dernier soir de l'an 1970 — il y aura bientôt trente ans — les députés votent une loi qui réprime l'usage des drogues illicites et dispose que le juge peut proposer une alternative à l'emprisonnement de l'usager devenu délinquant. Cette alternative est appelée « injonction thérapeutique ». Le législateur constate que l'usage d'une drogue n'est autre que l'usage d'un médicament interdit, que cet usage demeure une délinquance, mais que cet usage relève aussi d'une sorte de pathologie que l'usager se voit enjoint de faire soigner s'il ne veut pas aller en prison.

De l'injonction thérapeutique à la substitution

Pendant vingt-cinq ans, le seul traitement que les médecins avaient le droit de proposer aux usagers délinquants et dépendants fut le sevrage. Le sevrage, cela consiste à priver brusquement une personne dépendante de la drogue dont elle est dépendante. Cette méthode de soin est souveraine lorsqu'elle est efficace. Le malheur est que le sevrage n'est réellement efficace que lorsque la personne sevrée n'est pas authentiquement dépendante. Le malheur est aussi que la rechute après sevrage expose dramatiquement à la mort par surdose. Le malheur est, enfin, que cette méthode de soin, habituellement vouée à l'échec et potentiellement dangereuse, fut exclusive de toute autre méthode pendant plus de vingt-cinq ans, et fut la seule que l'on pût mettre en œuvre dans le cadre de l'injonction thérapeutique.

Avec les médecins de ma génération,

nous avons tous la responsabilité d'avoir accepté que l'on imposât une méthode de soin exclusive de toute autre qui fût à ce point dénuée d'efficacité.

1995, la puissance publique, consciente des dommages causés aux usagers des drogues illicites, met en place les moyens nécessaires à l'utilisation raisonnée des médicaments dits de substitution. Cinq ans après, qu'en est-il ?

Que signifie, tout d'abord, soigner un toxicomane à l'aide de médicaments de substitution ?

Avant de définir cette méthode de traitement, il convient de dire clairement qu'elle ne peut s'adresser qu'à une seule toxicomanie, l'héroïnomanie, qui détermine une dépendance pharmacologique bien particulière, la dépendance opiacée. Les médicaments de substitution n'ont aucune utilité pharmacologique dans la lutte contre les autres toxicomanies.

La substitution consiste à gérer au moins mal une situation de dépendance dont on ne cesse de tenter de nier l'existence. Cela n'est pas glorieux. Le soigné n'a rien d'un héros et le soignant n'a rien d'un guérisseur. Chacun est humble et ne peut être efficace que dans la mesure où il respecte l'autre. On substitue un « opiacé sain » à un « opiacé malsain ». On remplace un « médicament interdit » par un « médicament autorisé ».

Alors, rien ou presque rien n'est fait, mais tout reste à faire et tout devient faisable : les médecins et les pharmaciens se sont donné les moyens de soigner ces personnes parties chercher ailleurs une identité nouvelle. En cherchant une identité d'emprunt ces personnes ont trouvé une authentique dépendance. Le devoir de tous ceux qui soignent ces personnes est de les accepter comme elles sont, là où elles en sont du parcours de leur vie.

Les toxicomanes substitués par les soignants médicaux peuvent accéder aux soins psychologiques et sociaux dans des conditions qui se rapprochent enfin des conditions ordinaires.

C'est ainsi que l'irruption de la substitution dans les stratégies de soin proposées aux toxicomanes bouleverse les prérequis habituellement admis avant toute aide apportée à une personne en péril du fait de sa toxicomanie. On ne demande plus à un toxicomane de ne plus être malade avant de commencer à le soigner. Cette évidence de soin paraît aller d'elle-même,

et, pourtant, en France, il nous aura fallu un quart de siècle pour en prendre conscience. Il nous aura été nécessaire de comptabiliser, pendant vingt-cinq ans, des milliers de cas de sida et d'hépatites avant de répondre à une demande de soin qui ne s'exprimait guère ou qui s'exprimait mal. Comment savons-nous y répondre en l'an 2000 ?

Cinq ans après !

Cinq ans après l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone,

Quatre ans après l'autorisation de mise sur le marché du Subutex®,

Où en est-on ?

Qu'en est-il en termes de santé publique ?

Tout d'abord, voici de bonnes nouvelles. Une vraie bonne nouvelle : les morts par surdose recensés par la police sont passés de 500 par an à moins de 100. Une autre bonne nouvelle : 80 000 personnes sont soignées, par leur médecin traitant, à l'aide du Subutex® et 8 000 par la Méthadone, dont 1 500 par leur médecin traitant.

Et maintenant, en voici de moins bonnes : en premier lieu, qu'en est-il du Subutex® ? En second lieu, qu'en est-il de la Méthadone ?

Grandeur et misère de la substitution

En premier lieu, le Subutex®. C'est un médicament étrange. Il s'agit de la buprenorphine. Cette molécule est commercialisée depuis longtemps sous le nom de Temgésic®. C'est sous cette appellation commerciale que ce médicament fut utilisé, hors toute autorisation de mise sur le marché, pendant près de dix ans, d'abord pour sevrer, puis pour substituer des personnes devenues dépendantes de l'héroïne. Beaucoup de nos patients étaient obligés d'absorber par voie sublinguale 20, 30, ou 60 comprimés de Temgésic®. Beaucoup ont pris, alors, l'habitude d'en injecter la plupart dans leurs veines. Ce médicament est étrange en ceci qu'il agit comme l'héroïne ou comme la morphine, mais qu'il leur interdit d'agir. C'est, à la fois, un « agoniste » et un « antagoniste » de la morphine. Pour être accepté par les récepteurs morphiniques que les pharmaciens nomment « récepteurs mu », il faut faire partie de la famille de l'héroïne. La morphine est la sœur modèle. L'héroïne est la sœur dévoyée. La Méthadone, c'est un peu la grande sœur dévouée et un peu

triste. La Buprenorphine joue, ici, le rôle de la cousine abusive. Elle fait partie de la famille, et elle est admise par les récepteurs, un peu par dérogation. Mais, puisqu'elle est antagoniste, elle empêche les filles légitimes de venir chez elles. La buprenorphine vient sur les récepteurs, ceux-ci la reconnaissent, l'acceptent comme faisant partie de la famille, et elle en profite pour chasser les autres. Cette capacité est bien souvent utile. Parfois, cette capacité est insuffisante à venir compenser la non apparence de la buprenorphine à la véritable « nature opiacée ». Cette incompétence opiacée partielle est-elle à l'origine du fait que ce médicament est souvent détourné de son usage ? Est-ce pour cela que, trop souvent, le Subutex® est injecté ? Ceci n'est pas une bonne nouvelle : on admet que 30 à 40 % de ces 80 000 personnes soignées à l'aide du Subutex® injectent les comprimés qui leur sont prescrits et délivrés.

En second lieu : la Méthadone. Cette molécule est brusquement passée du statut de stupéfiant dénué d'intérêt thérapeutique à celui d'un médicament miracle, réservé aux seuls malades soignés par des spécialistes. Au moins dans un premier temps ! En effet, la puissance publique a décidé, en 1995, que ce médicament devait être prescrit d'abord par un médecin exerçant dans un « centre titulaire d'un programme Méthadone », avant que le médecin traitant du patient ne prenne le relais de la prescription. La Méthadone est un agoniste pur de la morphine ; elle agit comme la morphine, elle agit fort et elle agit longtemps. Sa mise à disposition, en France, aura été entourée de multiples précautions. Je connais peu de cas où une décision d'autorisation de mise sur le marché fut l'objet de tant d'hésitation, de prudence et de réticence. Il fallut bien la détermination des responsables politiques et administratifs de l'époque pour abattre les barrières idéologiques des classiques « intervenants en toxicomanie ».

Alors survint, en 1994 ou 1995, une première révolution culturelle. Les décideurs n'avaient d'autre choix, pour faire admettre officiellement la « substitution », que de confier la molécule sanctifiée qu'est devenue la Méthadone aux seuls médecins spécialistes. On ne voit pas comment on pouvait faire autrement à l'époque, et cette révolution fut facilitée par le fait que la mise en place d'un « Programme Méthadone »

était accompagnée d'un budget nouveau et pérenne. Ainsi aura-t-on vu des médecins se convertir d'un jour à l'autre à la substitution, après avoir, des années durant, affirmé que cela consistait à donner de la drogue à des drogués, à installer ceux-ci dans une dépendance inacceptable, à transformer ainsi les médecins prescripteurs en « dealers en blouses blanches ».

Dans le même temps, les toxicomanes meurent moins souvent, ils sont moins souvent atteints par le VIH et par le VHC, et ils vont moins souvent en prison. Bref, les « toxicos », comme on dit, vivent un peu plus comme tout le monde.

Et pourtant, il est loin d'en être ainsi. En effet, 30 ou 40 % des personnes soignées à l'aide du Subutex® injectent dans leurs veines ces comprimés destinés à être absorbés par voie sublinguale.

Toutes ces personnes devraient bénéficier d'un traitement médical à l'aide de la Méthadone, mais elles ne peuvent, la plupart du temps, y accéder. Les médecins qui détiennent le pouvoir de la première prescription ne savent pas passer la main. Ont-ils peur de ce que les autres auraient la possibilité de voir de leurs œuvres ? Ont-ils peur de perdre une prérogative injustifiée ?

C'est là un vrai problème de santé publique, et on ne pourra le résoudre facilement. ■

alcoologie et addictologie

Alcoologie et addictologie 2000 ; 22 [2] : 101-180

Éditorial

- Entretien avec Nicole Maestracci

Mémoires

- La prise en charge des sans domicile fixe dans les centres spécialisés en alcoologie, *Françoise Facy, Myriam Rabaud, Sylvain Dally*
- À propos du déni de l'alcoolique. Regard sociologique, *Ludovic Gaussoit*
- Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris. Abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, *Viviane Kovess, Caroline Mangin-Lazarus*
- Consommation de tabac et autres psychotropes parmi une population admise à l'hôpital pour sevrage alcoolique, *Pascal Menezier, Roland Auberger, Laure Menecier-Ossia, Ouidad Hazhaz, Hala Maalouf*

Pratique clinique

- La place du tiers dans la relation parents-enfants, *Catherine Bénichou, Daniel Basso-Fin*
- Le groupe de parole, médiateur du lien thérapeutique, *Henri Gomez*
- L'alcoolique et l'argent, Jean Morenon, Martine Morenon

Congrès

- 14^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie, octobre 1999, Villejuif

Vie de la SFA

- Thérapies cognitivo-comportementales et addictions, 8 et 9 mars, Paris
- Prochaines réunions de la SFA. Groupes. Nouveaux membres

Informations

- Enseignement. Actualités. Livres. Agenda.

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
Téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

Le choix des priorités de santé publique en Europe

Diane Lequet-Slama

Chargée de mission sur les dossiers internationaux, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Apparues généralement avec les réformes des systèmes de santé, les priorités de santé sont déterminées de façon différente selon les pays, en associant à des degrés plus ou moins importants les usagers, les experts, les professionnels de santé ou encore les assureurs.

Le concept d'objectifs de santé a été explicitement mis en avant dans le domaine sanitaire en 1977 par l'OMS dans son document « Santé pour tous en l'an 2000 ». En 1984, l'OMS région Europe adoptait 38 objectifs pour l'an 2000, accompagnés d'un assez large éventail d'indicateurs à suivre.

Inspirés par ce document, plusieurs États, dont en premier les pays scandinaves, décidaient d'élaborer des programmes stratégiques de santé où ils arrêteraient leurs priorités.

L'analyse des politiques menées dans certains pays européens montre que les débats concernant les priorités de santé tournent autour de deux grands thèmes : la fixation d'objectifs de santé publique prioritaires, le classement des prestations dans le cadre d'une limitation de la couverture publique des dépenses maladie. Bien que forts différents dans leur inspiration, ces deux démarches ne s'en recoupent pas moins assez souvent.

Dans tous les pays européens, l'initiative a toujours été le fait des autorités gouvernementales généralement après consultation des professionnels et parfois des usagers. La plupart des réformes actuelles tendent désormais à associer davantage experts et usagers à la détermination des priorités en matière de santé. C'est le cas en Suède où a été mise au point à partir du début des années quatre-vingt-dix, une procédure de consultation des experts et des usagers à travers des commissions *ad hoc* pour toutes les décisions majeures qui impliquent des réformes législatives.

Il est intéressant de rappeler la démarche lancée en 1989 en Oregon, par les autorités sanitaires dans le cadre d'un élargissement de la prise en charge des soins offerts par les programmes fédéraux comme Medicaid. Les usagers ont été associés étroitement aux décisions concrètes concernant l'étendue du panier de biens et services et la hiérarchisation des pathologies à prendre en charge.

La Finlande, des choix décentralisés

En Finlande, l'essentiel des pouvoirs en matière de distribution des soins, de santé publique revient aux municipalités, au nombre de 455 et couvrant une population allant de 1 000 à 100 000 habitants. Les régions ne sont qu'un simple échelon administratif du gouvernement central et jouent un rôle assez réduit en matière sanitaire.

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, avant la grave dépression économique subie par le pays, la Finlande n'a pas connu de réel débat sur les choix et priorités en matière de santé.

Les objectifs généraux de l'action sociale et de la santé publique ainsi que les dispositions nécessaires pour y parvenir sont fixés dans le programme qui est adopté et entériné lors de la constitution de tout nouveau gouvernement. Ainsi, le Premier ministre, Paavo Lipponen qui a formé son gouvernement le 15 avril 1999, a énoncé dans son discours programme, des priorités générales : réformer le système de protection sociale finlandais pour l'adapter

aux ressources, le rendre plus efficace et aussi développer la participation des usagers...

La préparation, l'exécution et le contrôle du programme gouvernemental sont assurés par un groupe d'orientation composé de représentants de l'Association finlandaise des Autorités locales et régionales, des institutions de recherche et des organisations non gouvernementales.

Depuis 1995, le gouvernement s'est engagé à fournir tous les deux ans au Parlement, un rapport décrivant l'état de santé de la population ainsi que les développements souhaitables en matière de santé publique et de protection sociale.

Ce rapport a pour objectif de définir les orientations prioritaires qui seront ensuite retenues dans le cadre du programme politique du gouvernement. Le dernier rapport retient ainsi six axes prioritaires : la recherche de l'équité dans l'accès aux soins, la promotion de la santé des jeunes, le développement des services de santé, la coordination de l'ensemble des soins au sein du service national de santé, l'amélioration de la participation des usagers à la promotion de la santé.

Le rapport au Parlement est accompagné d'une analyse des disparités observées entre municipalités rédigée par l'Institut national de santé publique (KTL), composé pour moitié de chercheurs. Il est également accompagné d'une analyse de la protection sociale maladie, publiée par le Centre national de recherche et de développement pour la santé et la protection sociale (Skates), qui joue un rôle très important dans le débat public sur les priorités.

L'association des municipalités, qui joue un rôle reconnu d'expertise et de diffusion, participe aux discussions sur les priorités de l'action gouvernementale et au suivi des objectifs. On peut donc penser que les municipalités sont généralement en phase, pour la plupart d'entre elles, avec les choix effectués. Il est probable que dans un tel système les usagers peuvent relativement aisément faire entendre leur voix, l'essentiel des décisions étant prises à un niveau très décentralisé

La Suède s'appuie sur ses experts

En Suède, le service national de santé est également très décentralisé dans son fonctionnement et sa gestion. Il est géré par des conseils élus à tous les niveaux, national, régional et local. Sa tutelle est

exercée par le ministère de la santé et des affaires sociales.

Les priorités en matière de santé sont en principe élaborées par le ministère. Toutefois, si les choix sont particulièrement importants ou en cas de réforme, celui-ci n'agit pas seul. La préparation de réformes ou de textes devant être votés au Parlement s'accompagne en effet de la mise en place de groupes d'experts, qui constituent en général une commission d'enquête. Les priorités qui donnent ainsi lieu à consultation peuvent concerner la protection sociale, les réformes du service national de santé mais aussi la constitution de pôles d'excellence au détriment éventuel de soins de proximité, la liberté de choix dans l'accès aux soins, le rôle des autorités sanitaires, le degré de décentralisation. La commission d'enquête constituée a un large degré de liberté pour poursuivre ses enquêtes et recherches. Les discussions sont en général fermées au public mais ouvertes à la presse.

L'Allemagne, des initiatives dans les régions et les caisses maladie

En Allemagne, l'idée de définir des priorités en matière de santé publique n'a jamais été réellement évoquée au niveau national. En revanche, certains Länder ont développé des stratégies de soins incluant des objectifs très concrets. Ainsi, en 1995, la région Nord Westphalie a publié un programme politique incluant dix objectifs concrets à atteindre. Ces objectifs ont été qualifiés de « participatifs » dans la mesure où ils ont été conçus avec la participation de la population. À Berlin, l'approche a été différente, essentiellement basée sur des rapports scientifiques. Plusieurs autres régions sont en train de développer à leur tour des plans stratégiques de santé.

Un exemple intéressant est la procédure qu'a mise en place un des régimes publics d'assurance maladie avec la constitution d'un groupe de travail destiné à réfléchir de façon très concrète sur les objectifs prioritaires en matière de santé. Ainsi, s'agissant d'une des plus sévères maladies chroniques, le diabète, une expérience est actuellement tentée. Il s'agit de déterminer quels objectifs seraient envisageables si tous les malades étaient soignés selon des standards de qualité. Ces standards ont été consignés dans un protocole de soins que doivent suivre des médecins spécifiquement qualifiés. Le point essentiel

pour la caisse d'assurance maladie est, bien sûr, le remboursement des soins qui ne devrait, dans un second temps, concerner que les patients traités par ces médecins qualifiés et selon le protocole arrêté.

Cette expérimentation est sans doute intéressante dans la mesure où elle peut influencer dans un sens positif tant le comportement des patients que celui des médecins.

Les Pays-Bas, une réflexion sur les services de santé nécessaires

Aux Pays-Bas, la réforme du système de santé et de protection maladie a joué un grand rôle dans les débats politiques néerlandais depuis la fin des années quatre-vingt.

En août 1990, dans le cadre de la réforme Dekker, un comité sur les choix en matière de santé, dit Comité Dunning, du nom de son président, a été créé.

Ce Comité a présenté son rapport au gouvernement en novembre 1991. L'établissement de priorités est fondé sur l'exclusion de certains services de santé et soins de la couverture maladie, l'utilisation de protocoles ainsi que la sélection individuelle des patients par le corps médical. Selon ce rapport, quatre critères doivent guider les choix à effectuer en matière de prise en charge des soins et donc d'établissement d'un panier de biens et services : la nécessité du soin, l'efficacité, l'efficience et la responsabilité.

Pour distinguer les services nécessaires des autres, le Comité Dunning propose une approche fondée de prime abord sur un consensus concernant les valeurs sociales (justice sociale, égalité d'accès aux soins, solidarité...). C'est ainsi que, selon lui, trois groupes de services peuvent être distingués : les services utiles à tous les membres de la communauté et qui garantissent un fonctionnement normal de la société (nursing homes et soins aux personnes handicapées mentales par exemple), les services utiles à tous les membres de la société pour les maintenir capables de participer à l'activité sociale (services d'urgence, prévention des maladies transmissibles et services de psychiatrie) et enfin les services dont la nécessité est déterminée par la sévérité de la pathologie ainsi que par le nombre de patients souffrant de cette affection.

Concernant les soins devant ressortir

de la responsabilité individuelle, le Comité considère que les limites à la solidarité sont le coût élevé des soins et la faiblesse de leurs chances de réussite.

C'est sur la base de ces critères, qui ont guidé pendant plusieurs années les responsables politiques dans leurs choix, que le Comité a, par exemple, demandé l'exclusion du panier de biens et services, des soins dentaires aux adultes et réclame en revanche l'intégration dans la couverture maladie, de la fécondation *in vitro*. Sur ces deux points, après de vifs débats au sein des comités d'usagers et au Parlement, le comité Dunning a été désavoué, ce qui montre bien la difficulté d'établir des critères simples de choix en matière de protection sociale santé.

Les associations d'usagers sont très importantes aux Pays-Bas et leurs interventions pèsent en réalité assez fortement sur les choix qui peuvent être arrêtés au niveau national. Par ailleurs, en cas de réformes importantes, la population est généralement consultée au moyen d'enquêtes d'opinion.

Le rapport Dunning a eu un impact important aux Pays-Bas et dans d'autres pays européens comme la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni. C'est ainsi qu'en 1996, s'est tenue à Stockholm, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, une conférence européenne pour discuter des méthodes d'élaboration des choix et de leurs conséquences.

La Grande-Bretagne : des consultations de professionnels et d'usagers

En Grande-Bretagne, le gouvernement a encouragé les autorités de santé, depuis le début des années quatre-vingt-dix, à interroger les usagers sur leurs priorités en matière de santé. Le dernier Livre Blanc publié à la fin de l'année 1998 est issu de la consultation d'un grand nombre de groupes professionnels et de consommateurs. Souvent inspirées par l'exemple de l'Oregon, quelques autorités de santé ont, par ailleurs, développé des procédures de consultation des usagers : jurés citoyens, consultations à large échelle par voie postale, mise en relation de petits groupes. La plupart des consultations d'usagers ont été effectuées par voie d'enquêtes ou de questions adressées à des associations locales de consommateurs.

Les résultats de ces enquêtes montrent

non seulement des différences importantes selon les régions mais mettent aussi en lumière des écarts révélateurs dans la perception des médecins et des patients quant au fonctionnement du service national de santé (NHS) et surtout quant au classement des priorités. Or, l'élaboration de listes de priorités est un sujet politiquement sensible au Royaume-Uni, en raison des difficultés de fonctionnement chronique du NHS et des trop faibles ressources qui lui sont accordées.

Bien que le rationnement des soins et l'élaboration de priorités de santé constituent deux débats différents, l'opinion britannique se focalise toujours sur le premier sujet. Il est vrai que dans certains cas, les autorités locales de santé rationnent de façon explicite l'accès à certains soins en se fondant souvent sur des enquêtes d'opinion et sans contrôle ou sanction de la part du pouvoir central.

Arrêter des choix et des objectifs en matière de santé n'est pas une question simple. Les expériences menées à l'étranger montrent qu'il n'y a guère de méthode infaillible pour y procéder. Une des questions essentielles concerne le ou les décideurs. Qui en effet doit décider et dans quels domaines particuliers ? la population dans son ensemble, les patients, les professionnels de santé, les assureurs (publics ou privés), des experts, le gouvernement ? Sachant que toutes ces catégories développent généralement des points de vue assez divergents sur la question. ■

La santé en Finlande

Geneviève Guérin
Secrétaire général adjoint
du Haut Comité
de la santé publique

L'Institut national de santé publique et le ministère des Affaires sociales et de la Santé de Finlande ont publié en 1999 un rapport *Health in Finland*, dont cet article présente les grandes lignes.

La Finlande a vu sa population augmenter de façon régulière de quelque 250 000 habitants tous les dix ans au cours du xx^e siècle, pour atteindre actuellement 5,2 millions. Cette population a non seulement augmenté mais également vieilli, en raison de la baisse du taux de fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie. On estime qu'au cours des deux prochaines décennies la part des personnes de plus de 65 ans dans la population passera de 14 à 20 %.

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie des Finlandais a rapidement progressé depuis les années soixante-dix et s'établit en 1998 à 73,5 ans pour les hommes et 80,8 pour les femmes. La mortalité périnatale est une des plus basses du monde avec un taux de 0,5 pour mille naissances. L'augmentation moyenne de l'espérance de vie est principalement due à une forte diminution des maladies cardio-vasculaires et des cancers et à la décade, depuis le milieu des années quatre-vingt, des décès imputables aux accidents et à la violence. En revanche, la mortalité due à l'alcoolisme a considérablement augmenté. La surmortalité masculine affecte tous les groupes d'âge à partir de 15 ans, et augmente régulièrement jusqu'à 70 ans.

Les différences interrégionales d'espérance de vie sont sensibles (2 à 3 ans pour les hommes, 1 à 1,5 ans pour les femmes) entre la côte Ouest et l'Est et le Nord-Est du pays. La surmortalité de l'Est finlandais ne concerne que la popu-

lation adulte, et est principalement due aux maladies cardio-vasculaires. Dans la population masculine, les décès causés par l'alcool, les conduites violentes et le cancer du poumon sont aussi plus fréquents que dans les régions de l'Ouest.

Le statut socioéconomique est, en Finlande comme dans les autres pays de l'Union européenne, un déterminant important de l'espérance de vie : à 35 ans, entre les cadres salariés et les ouvriers, l'écart est de 5,5 ans pour les hommes, de 3 ans pour les femmes. Il en va de même du niveau d'éducation : à 25 ans, la différence est de 6,7 ans pour les hommes, de 3,7 ans pour les femmes. Pour pratiquement toutes les causes de décès la mortalité est plus importante chez les ouvriers et les personnes de faible niveau d'éducation. Ces différences sont particulièrement marquées pour les morts violentes (notamment le suicide), les décès causés par les maladies respiratoires ou l'alcoolisme, auxquels viennent s'ajouter pour les hommes les cancers du poumon. Les autres facteurs de différence concernent le statut marital, le statut professionnel et la langue maternelle : la mortalité des Finlandais vivant en couple est plus faible que celle des célibataires, veufs et divorcés ; les personnes ayant un emploi meurent moins que les chômeurs, et la population de langue suédoise présente un taux de mortalité moindre (jusqu'à 20 % de différence chez les hommes, moins sujets aux maladies cardio-vasculaires, aux accidents et aux morts violentes que leurs compatriotes de langue finnoise).

Santé perçue

Le nombre de personnes qui estiment que leur état de santé est peu ou pas satisfaisant est plus élevé en Finlande que dans les autres pays scandinaves, et augmente avec l'âge après 45 ans. Plus de 40 % des adultes déclarent souffrir de maladies chroniques. En termes de fonctionnalités de la vie quotidienne, 6,5 % des hommes, 8,5 % des femmes de plus de 30 ans déclarent éprouver des difficultés, ils sont respectivement 19 et 27 % parmi les plus de 65 ans. 11 % des hommes et 6 % des femmes âgés de 30 à 64 ans se déclarent dans l'incapacité permanente de travailler. Par ailleurs, les différences selon le sexe, la région et le niveau d'éducation citées plus haut se retrouvent dans l'appréciation plus ou moins positive que les personnes portent sur leur état de santé.

Principales pathologies

Les quatre principaux problèmes de santé qui se posent à la Finlande sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies musculo-squelettiques et les problèmes de santé mentale.

Les **maladies cardio-vasculaires**, malgré une diminution de 60 % depuis la fin des années soixante, sont encore responsables de près de la moitié des décès toutes causes avec, par ordre décroissant, les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux et l'hypertension. Viennent ensuite

les **cancers**, dont une personne sur quatre est affectée au cours de sa vie, et dont l'incidence est d'environ 20 000 cas par an. En baisse chez les hommes : les cancers VADS, et depuis 1970, celui du poumon. En hausse, les mélanomes, les cancers du colon, de la vessie et de la prostate. Chez les femmes, l'incidence du cancer du poumon augmente avec le développement du tabagisme, les cancers du sein, de l'utérus et des ovaires sont aussi en progression. Les **maladies musculo-squelettiques** sont la cause la plus fréquente de douleur et d'incapacité de travail en Finlande, et affectent plus d'un million de personnes. Dans la population de 30 ans et plus, 17 % ont un mal de dos chronique et 10 % souffrent de douleurs dans la région du cou et de l'épaule ; 3 % des femmes et 1,5 % des hommes souffrent de polyarthrite. Les problèmes de **santé mentale** semblent affecter davantage les groupes socio-économiques les plus modestes. Plus de 2 % de la population souffrent de psychose, et environ 13 % de névrose, celle-ci étant plus fréquente chez les femmes.

Populations spécifiques

La mortalité des **adolescents** liée à la maladie a diminué dans les années soixante-dix, mais au cours des dernières années la mortalité liée aux accidents a enregistré une nette progression chez les garçons et les hommes jeunes. Les maladies chroniques les plus fréquentes chez les jeunes sont

l'asthme et les allergies. Environ 10 % des adolescents déclarent avoir une maladie ou une blessure qui affecte leur vie quotidienne, et 7 % consomment des médicaments prescrits. Les habitudes alimentaires se sont assainies, mais en 1995, un quart des adolescents âgés de 14 à 18 ans fumait quotidiennement et environ un cinquième consommait de l'alcool au moins une fois par semaine, ce qui est élevé par rapport aux autres pays européens. La prévention du tabagisme et des conduites d'alcoolisation à risque représente un objectif prioritaire de la promotion de la santé dans cette population.

Plusieurs indicateurs suggèrent que la santé des **travailleurs** est moins bonne en Finlande que dans les autres pays scandinaves. Les maladies chroniques, la mortalité prématurée et l'incapacité de travail y atteignent des taux plus élevés (45 % de la tranche d'âge 50-64 ans sont en pension d'invalidité, contre 25 % en Suède, Norvège et Danemark). L'âge moyen de la retraite est de 58 ans, alors que l'âge légal est 65 ans. Le risque d'incapacité est particulièrement élevé chez les travailleurs du secteur forestier, de la construction, et dans certains métiers de l'industrie alimentaire. Environ un sixième de la population active est au chômage, et des études indiquent qu'un quart des chômeurs de plus de 50 ans est dans l'incapacité de travailler.

En conclusion

Au terme de ce bref panorama des points forts et des points faibles de la santé en Finlande, il faut souligner que les enjeux de santé publique de ce pays présentent des traits communs à la plupart des pays de l'Union européenne : réduire les inégalités sociales et interrégionales de santé, répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante, diminuer les risques liés à certains facteurs environnementaux et comportementaux, garantir la qualité et l'accessibilité des services de santé, développer la promotion de la santé et enfin développer les systèmes d'information sur la santé et ses déterminants. ■

La Finlande



La Finlande est une république, membre de l'Union européenne depuis 1995. Sa population actuelle atteint 5,2 millions d'habitants et la capitale Helsinki a une population de 546 000 habitants. La densité démographique n'est que

de 17 habitants au kilomètre. 65 % des Finlandais habitent dans des agglomérations urbaines tandis que 35 % résident dans un environnement rural.

La Finlande compte environ 1,5 million de familles qui ont en moyenne 1,8 enfant, contre 2,27 en 1960. En 1998, les femmes représentaient 48 % de la population active, soit 2,5 millions de personnes. Elles gagnaient en moyenne 81 % du salaire moyen des hommes. Aux élections législatives de 1999, les femmes ont obtenu 73 des 200 sièges du parlement national.

Source : www.info-finlande.fr, site francophone du ministère des Affaires étrangères de Finlande.

Référence : National public health Institute and Ministry of Social Affairs and Health. *Health in Finland*. Aromaa A., Koskinen S., Huttunen J. eds, 1999, 270 p.

Éthique et recherche dans les pays en voie de développement

Fabienne Dorlencourt
Directrice administrative
et financière

Dominique Legros
Directeur
Epicentre, Paris

Très encadrées dans les pays occidentaux, du point de vue juridique et éthique, les enquêtes épidémiologiques et la recherche biomédicale posent des problèmes spécifiques dans les pays en voie de développement.

La conduite des enquêtes épidémiologiques et de la recherche biomédicale dans les pays en voie de développement (PVD) ne bénéficie pas de cadres juridique et éthique aussi précis que ceux définis pour les pays européens, et notamment la France. Pourtant, la pratique de l'épidémiologie de terrain et de la recherche biomédicale dans les PVD pose des problèmes spécifiques qui ne peuvent être résolus en appliquant simplement des principes éthiques et moraux forgés par, et enracinés dans une culture occidentale.

Cet article se propose de faire le point sur les textes encadrant la recherche réalisée dans le domaine de l'épidémiologie, et sur les questions spécifiques posées par la pratique dans les PVD.

Les textes fondateurs et de référence

Le **Code de Nuremberg** constitue le premier code international d'éthique. Edicté en 1947 à la suite des expérimentations « médicales » pratiquées par les nazis pendant la seconde guerre mondiale, il posait les premiers jalons encadrant la recherche pratiquée sur des êtres humains, en insistant sur le nécessaire consentement volontaire des individus enrôlés dans la recherche.

La **Déclaration d'Helsinki**, adoptée en 1964 par la 18^e Assemblée médicale mondiale puis révisée en 1975, 1983 et 1989, est le texte fondamental toujours en vigueur. Ce document représente un guide éthique pour la recherche biomédicale impliquant des êtres humains et stipule que l'objectif de cette recherche doit être l'amélioration

des procédures diagnostiques, thérapeutiques et prophylactiques, et la compréhension de l'étiologie et de la pathogénèse des maladies.

Enfin, le **Pacte international** relatif aux droits civiques et politiques, adopté en 1966 par l'assemblée générale des Nations unies, stipule dans son article 7 que « Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique ».

En France et en Europe

En France, les épidémiologistes regroupés au sein de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) ont défini les bonnes pratiques en épidémiologie (BPE) [1], qui ont notamment été examinées par la Commission nationale informatique et libertés et le Conseil national de l'ordre des médecins. Les BPE ne sont pas un guide d'éthique, mais un ensemble de recommandations générales que tout épidémiologiste devrait respecter, quels que soient son mode d'exercice et son statut personnel, et quelle que soit la structure (publique ou privée) au sein de laquelle il travaille.

En France, toute recherche impliquant des sujets humains est soumise aux directives de la loi Huriet-Sérusclat [2], qui rend notamment obligatoire la soumission des protocoles de recherche à un Comité consultatif pour la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale

(CCPPRB). En Europe, les essais cliniques sont soumis à l'application des Bonnes pratiques cliniques (BPC), qui constituent une norme internationale de qualité éthique et scientifique [3].

Dans les pays en voie de développement

Le Conseil international des organisations en sciences médicales (CIOMS, Council for international organizations of medical sciences) est une organisation non gouvernementale créée en 1949 par l'Unesco (United nations educational, scientific and cultural organization) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le CIOMS est à l'origine des « Propositions de directives internationales pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains » publiées en 1982, qui se veulent une application, particulièrement dans les pays en voie de développement, des principes de la Déclaration d'Helsinki. Elles seront reprises ultérieurement dans deux guides, l'un publié en 1991 concernant l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques [4], l'autre publié en 1993 concernant l'examen éthique de la recherche sur des sujets humains [5]. Les guides du CIOMS se basent sur les quatre principes généraux d'éthique : respect de l'individu, action bénéfique, non-malfaisance, équité.

Les principes d'éthique appliqués à l'épidémiologie sont développés sous la forme de cinquante-trois recommandations, et concernent le *consentement éclairé* des sujets impliqués dans la recherche, la nécessité *d'accroître leurs avantages au maximum* et de *réduire les nuisances au minimum* et de *garantir la confidentialité* des informations. Le CIOMS recommande que les projets d'enquêtes épidémiologiques soient soumis à un examen éthique indépendant, sauf lorsque l'urgence de la situation (flambée épidémique par exemple) rend cette démarche caduque.

Les principes d'éthique appliqués à la recherche sont décrits dans quinze recommandations. Ils concernent le *consentement éclairé des sujets*, et notamment celui de sujets appartenant à des groupes considérés comme vulnérables (enfants, prisonniers, femmes enceintes, etc.) ; la *sélection des sujets de l'étude* ; la *confidentialité des données* ; le *droit des sujets à compensation* en cas de préjudice. Le CIOMS recommande que les protocoles soient soumis à un comité de revue éthique et scientifique

indépendant, dont la composition et les responsabilités sont clairement définies. La dernière directive du CIOMS concerne la recherche parrainée de l'extérieur, et insiste sur la nécessité de soumettre les protocoles de recherche à deux comités d'éthique, l'un dans le pays du promoteur de la recherche, l'autre dans le pays hôte.

En France, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a émis cinq recommandations concernant la coopération entre équipes françaises et équipes de PVD dans le domaine de la recherche biomédicale [6, 7]. En particulier, le CCNE recommande que tous les projets soient soumis à un comité spécialisé (Comité consultatif français de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale dans les pays en voie de développement ou CCPPVD), et, indépendamment, à un comité d'éthique du pays ou de la région où doit se dérouler l'étude.

Ces recommandations vont dans le même sens que celles du CIOMS, mais l'examen éthique des protocoles de recherche est limité par le fait que les CCPPVD restent à créer, et par l'absence de comité d'éthique adéquat. En France en effet, l'éthique au plan institutionnel et officiel est représentée par le seul CCNE. Les comités locaux dits « d'éthique », créés de façon spontanée au sein des hôpitaux ou des grands instituts au cours des années quatre-vingt, sont devenus des « comités cliniques » à la suite de la création des CCPPRB en 1988. En outre, le texte révisé en 1994 de la loi de 1988 précise que « les CCPPRB ne sont ni des comités scientifiques, ni des comités d'éthique », mais des comités de protection des personnes [8]. Ils ont cependant la possibilité de donner un avis sur des protocoles de recherche concernant les PVD, bien que cet avis n'ait aucune forme légale.

Questions spécifiques posées dans les pays en voie de développement

Epicentre est une association créée en 1987 par Médecins sans frontières (MSF), qui réalise régulièrement des enquêtes épidémiologiques et des projets de recherche opérationnelle dans les PVD. Notre pratique et notre engagement au sein de MSF nous amènent à penser que l'application des principes éthiques dans notre domaine d'activité doit également prendre

en compte les éléments plus complexes de l'environnement sanitaire spécifique dans lequel nous évoluons.

En effet, le contexte social, culturel, politique et juridique dans lequel nous travaillons dans les PVD est très différent de celui des pays industrialisés, et l'équilibre entre les besoins de santé et l'offre de soins est inversé entre PVD et pays industrialisés. Tandis que les habitants de ces derniers surconsument médicaments et examens diagnostiques, ceux des pays les plus pauvres n'ont souvent pas accès aux soins de base. Dans le même temps, on constate aujourd'hui un arrêt quasi total de la recherche et du développement pour de nouveaux traitements en médecine tropicale ; de ce fait, des pathologies telles que la leishmaniose viscérale ou la maladie du sommeil souffrent déjà de recours thérapeutiques réduits [9].

Le développement de projets de recherche opérationnelle conçus pour une mise en œuvre dans les PVD, doit donc être stimulé dans le domaine de la médecine infectieuse tropicale. Dans ce cadre, nous considérons comme indispensable le recours à un avis éthique qui ne devrait pas se limiter à celui du comité d'éthique des pays industrialisés, mais devrait comprendre systématiquement la présentation du protocole de recherche devant un comité d'éthique national.

Les recommandations précises éditées par le CIOMS en termes d'éthique de la recherche clinique pour la pratique de l'épidémiologie dans les PVD devraient servir de référence aux comités d'éthiques nationaux et européens. Il est clair néanmoins que leurs opinions risquent de diverger. Quel avis faudra-t-il alors privilégier ? On peut penser que les comités d'éthique des PVD seront plus réceptifs à des arguments tels que l'absence de traitement existant pour certaines maladies affectant exclusivement leurs pays, arguments auxquels les membres des comités d'éthique européens pourraient être moins sensibilisés. On pourrait donc imaginer des situations dans lesquelles l'aspect « non éthique » d'un projet de recherche serait volontairement ignoré devant l'argument de l'urgence des résultats de la recherche. Dans tous les cas, nous pensons que certaines questions méritent d'être posées, dont voici deux exemples : doit-on systématiquement multiplier les essais de phase II avant de passer aux essais de phase III, lorsque

BRÈVES EUROPÉENNES

20 mars 2000

Rapport sur la santé des jeunes européens

La Commission européenne présente un bilan positif sur la santé des 15-24 ans, même si certaines maladies chroniques (asthme, allergies, diabète) augmentent. Ce rapport analyse leurs comportements face à la consommation de drogues, d'alcool, de tabac, face aux MST et étudie leur santé mentale. Les accidents de la route sont la première cause de mort chez les jeunes, les suicides arrivant en seconde position.

20 mars 2000

Lève-toi et marche

La Commission européenne cofinance pour 1,5 million d'euros un projet intitulé « Lève-toi et marche ». Une équipe de scientifiques a présenté les résultats de son projet au commissaire chargé de la recherche Philippe Busquin. Réalisée à l'Université de Montpellier, l'opération consiste à rendre partiellement à un patient paraplégique sa capacité de pouvoir marcher. Le réseau européen de centres de rééducation Calies a conçu un programme d'entraînement auquel participent six pays européens : Allemagne, Danemark, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni. Une nouvelle PME française, Neuromedics, est à l'origine de la création de cet implant électronique.

15 mai 2000

Accès au lieu de travail

Cette communication de la Commission a pour but d'améliorer l'accès des personnes handicapées au travail et à la vie sociale. L'accessibilité aux transports et aux locaux de la Commission, la suppression des obstacles sur les lieux bâtis, la réduction de la « fracture numérique », le développement de l'information sur les personnes handicapées sont les principaux thèmes de travail. En outre, elle propose au Conseil de faire de 2003 l'Année européenne des citoyens handicapés.

28 mars 2000

Les anorexigènes dangereux

La Commission européenne interdit la mise sur le marché des médicaments contenant des substances anorexigènes, utilisés pour traiter l'obésité. Les sept substances interdites sont l'amfépramone, la phentermine, le clobenzorex, le fenproporex, le mefénorex, la norpseudoéphrine et la phendimétrazine. Les États membres ont 30 jours, à compter du 9 mars 2000, pour faire appliquer cette décision.

27 avril 2000

Médicaments orphelins : nouvelles perspectives de traitement

La Commission a défini les critères d'application du règlement n° 141-2000 relatif aux médicaments orphelins : depuis le 28 avril 2000, il est possible de demander à l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (AEM) de désigner certaines substances comme médicaments orphelins. L'inauguration du comité, instauré par le règlement, a eu lieu le 17 avril dernier. Il permettra aux représentants des patients de participer aux décisions sur la pertinence de ce type de médicament.

27 avril 2000

Réunion d'experts en biotechnologie

Le commissaire européen à la recherche, P. Busquin invite des scientifiques à venir aider la Commission à communiquer sur les implications des nouvelles technologies sur la santé. Ce groupe a pour mission de faire un bilan des connaissances en matière de biosciences et de biotechnologies, de conseiller la Commission sur les développements futurs et de préparer le sommet des biosciences de novembre 2000.

le médicament que l'on teste est appelé à devenir le seul recours thérapeutique ? Avec quelle insistance doit-on valider l'efficacité et l'innocuité d'un nouveau traitement avant sa mise sur le marché, s'il concerne une maladie hautement létale pour laquelle le seul recours thérapeutique restant devient inefficace en raison du développement des résistances ?

Enfin, plus généralement, en matière d'éthique concernant la recherche dans les PVD les questions suivantes restent posées : doit-on appliquer strictement les recommandations internationales, quel que soit le contexte de la recherche ? à quelle structure de référence soumettre les protocoles pour l'obtention d'un avis éthique en France sur des recherches menées dans les PVD ? ■

bibliographie

1. Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie : recommandations. Rev. Epidém. et Santé Publ. 1999, 47, 1S1-1S32.
2. Loi du 20 décembre 1988 modifiée sur la protection des personnes qui se prêtent aux recherches biomédicales : guide pratique. Paris : Doin, AP-HP, 1997, 137 p.
3. Les bonnes pratiques cliniques. Conférence internationale sur l'harmonisation des normes techniques relatives à l'enregistrement des médicaments à usage humain, 1996.
4. Ethics and Epidemiology : International Guidelines. CIOMS. 1991, Geneva.
5. Ethics and Research on Human Subjects : International Guidelines. CIOMS, 1993, Geneva.
6. La coopération dans le domaine de la recherche biomédicale entre équipes françaises et équipes de pays en voie de développement. Avis n° 41, décembre 1993, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
7. Barrier G. Éthique et communication face aux maladies émergentes. *Actualité et dossier en santé publique* n° 23, juin 1998, 39-43.
8. Erny I. Éthique et protection des personnes : Qui fait quoi ? *Actualité et dossier en santé publique* n° 22, mars 1998, 2-4.
9. Pécol B, Chirac P, Trouiller P, Pinel J. Access to essential drugs in poor countries : a lost battle ? *JAMA*, janvier 1999, 281 : 361-367.

Unité de recherche épidémiologie et sciences de l'information

Date de création

1996

Directeur

Professeur Alain-Jacques Valleron

Équipe

Chercheurs

Guiguet Marguerite, Larouze Bernard, Le Pont Françoise, Mary Jean-Yves, Massari Véronique, Pakdaman Khashayar.

Enseignants chercheurs

Carrat Fabrice, Chevret Sylvie, Flahault Antoine, Guidet Bertrand, Mestivier Denis, Nguyen Phong Chau Chau, Offenstadt Georges, Thomas Guy, Valleron Alain-Jacques, Vibert Jean-François.

ITA/Atos

Goderel Isabelle, Lesieur Sophie, Gropetis Georgios, Pannetier Grégory, Regnault Jacqueline, Regnault Nicolas, Renault-Bazin Danielle, Retel Olivier, Toubiana Laurent, Taki Gropetis Maria.

Appartenance

Inserm U 444

Université P. & M. Curie

(3 équipes appartiennent à l'Université Denis Diderot)

Formation

Responsable du DEA de Biomathématiques (Université Pierre et Marie Curie et Denis Diderot).

Co-responsable de certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales dans le domaine de la modélisation de la biostatistique et la méthodologie de la recherche clinique.

Responsable de diplômes d'Université (Pierre et Marie Curie) sur la méthodologie de l'évaluation des risques thérapeutiques et sur le traitement de l'information biomédicale.

Objectif

L'unité développe les ressources des sciences de l'information pour mieux connaître l'épidémiologie de la population générale et celle des patients suivis à l'hôpital, principalement dans le domaine des maladies infectieuses. Corrélativement, elle poursuit des recherches méthodologiques orientées par les besoins finalisés en épidémiologie et en santé publique.

Thèmes

Les recherches menées le sont avec le soutien de nombreux contrats publics et privés, français et étrangers. Le recueil de données peut-être coopératif, ou organisé spécifiquement par l'Unité pour certains programmes. En particulier, l'Unité a développé en son sein le réseau des médecins sentinelles dont les activités de surveillance épidémiologique sont effectuées en relation avec la DGS et l'InVS. Les travaux se regroupent dans 3 thèmes.

Épidémiologie

- Épidémiologie et de la modélisation de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites (principalement C et E). Ceci inclut des travaux de modélisation prédictifs, des travaux d'épidémiologie de terrain (notamment dans le bassin méditerranéen où l'U444 coordonne grâce à un soutien de l'Union européenne, une grande étude multidisciplinaire, en Afrique et en Asie du Sud-Est), et des travaux d'épidémiologie clinique (notamment évaluation de traitements dans le domaine du VHC dans le cadre d'essais ANRS).

- Modélisation et l'épidémiologie de la grippe et des syndromes grippaux.

- Deux thèmes d'épidémiologie à l'hôpital : la mesure de la performance d'une part, l'infection nosocomiale d'autre part. Par ailleurs, les membres de l'Unité ont une très forte implication en épidémiologie clinique, notam-

ment dans le domaine des essais thérapeutiques randomisés.

- Systèmes d'information en santé notamment en ce qui concerne la surveillance et l'alerte épidémiologique. À l'équipe traitant ce thème est adossé le « Centre collaborateur OMS pour la surveillance électronique des maladies » qui a développé et développe des systèmes d'information mondiaux sur la grippe, la rage, la résistance aux antibiotiques, la dengue, ...

Biostatistique

Les travaux de recherche méthodologique en biostatistique sont centrées particulièrement sur :

- La mesure et l'évaluation de la concordance entre examens diagnostiques.

- Le développement de méthodes bayésiennes dans les essais cliniques de phase 1 à 3.

- L'intersection biostatistique-modélisation : utilisation des démarches bayésiennes dans les

modèles épidémiques, développement des modèles statistiques ; plus généralement, problème du test des modèles.

Systèmes dynamiques

Deux équipes développent des recherches méthodologiques sur les systèmes dynamiques (systèmes évoluant au cours du temps).

- La première équipe est spécialisée dans le domaine de la modélisation des réseaux neuronaux, biologiques d'abord, formels d'autre part avec notamment des applications dans la modélisation de la dynamique de propagation des maladies infectieuses.

- La seconde équipe travaille dans le domaine de la modélisation des systèmes dynamiques complexes, susceptibles d'engendrer des comportements chaotiques. Les applications concernent certains systèmes physiologiques, mais aussi la modélisation des épidémies.

Quelques publications

- Carrat, F., Tachet, A., Rouzioux, C., Housset, B., Valleron, A. J. Evaluating clinical case-definitions of influenza : a detailed investigation of patients during the 1995-96 epidemic. Clin-Infect-Dis, 1999, 28 : p. 283-290.

- Chauvin, P., Valleron, A. J. Persistence of susceptibility to measles in France despite routine immunization : a cohort analysis. Am-J-Public-Health, 1999, 89 : p. 79-81. (O)

- Guiguet, M., Blot, F., Escudier, B., Antoun, S., Leclercq, B., Nitenberg, G., Severity-of-illness scores for neutropenic cancer patients in an intensive care unit : Which is the best predictor ? Do multiple assessment times improve the predictive value ? Crit-Care-Med, 1998, 26 : p. 488-93. (O)

- Mestivier, D., Chau, N. P., Chanudet, X., Bauduceau, B., Larroque, P., Relationship

between diabetic autonomic dysfunction and heart rate variability assessed by recurrence plot. Am-J-Physiol, 1997, 272 : p. 0002-9513. (O)

- Le Pont, F., Costagliola, D., Rouzioux, C., Valleron, A. J., How much would the safety of blood transfusion be improved by including p24 antigen in the battery of tests ? Transfusion, 1995, 35 : p. 542-7. (O)

jeune adulte

Le Cœur à l'explose Philippe Madral

Paris : Éditions Calmann-Lévy, 2000, 245 p., 99 F, 15,09 euros



Un rapport du HCSP sur la « Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » vient d'être publié. Face au désarroi des adolescents devant la difficulté de se construire et de se sentir aimés, il analyse l'angoisse des parents, les problèmes rencontrés par les éducateurs, les enseignants et les médecins. Dans les situations de grande violence, les psychiatres et

réalisations de toutes sortes imaginées dans plusieurs régions de France pour aider les jeunes en grande difficulté.

Le cœur à l'explose, roman de Philippe Madral, nous lance un défi. Il parle à la première personne et nous fait vivre la souffrance, la cassure de ses deux héroïnes, Séverine et Odile. Elles ont tout

les policiers se désolent d'avoir à intervenir trop tardivement.

Pour construire ce rapport, nous avons auditionné des professionnels « compétents », lu des rapports, analysé des

juste dix-huit ans, la rage au ventre et un désir fou d'aimer et d'être aimées. Elles renvoient autour d'elles une violence qui se nourrit des violences qu'elles ont subies depuis leur petite enfance. Malgré la galère, les foyers, les bandes, elles ont un formidable appétit de vivre. Au terme d'un parcours haletant, elles iront jusqu'au bout d'elles-mêmes et basculeront, chacune vers leur destin.

Lequel d'entre nous, éducateur, médecin, psychiatre serait apte à les écouter et à parler avec elles, et surtout à les comprendre ? Le langage est dur, bien loin des termes policés du rapport, mais c'est le langage de notre époque, celui des jeunes dont on parle et que l'on voudrait toucher.

Ce roman vient nous rappeler que des écrivains comme Philippe Madral, auteur de plusieurs romans, de pièces de théâtre, de scénarios de films, représentent une source d'information sur la société aussi riche et aussi forte que les rapports des professionnels que nous avons cités.

Un rapport du Haut Comité de la santé publique est une étape dans une réflexion sur un problème de société. Souhaitons qu'il puisse être un chaînon relié à des romans de la force, rare en France, de ce *Cœur à l'explose*, et devenir une source de connaissance pour tous ceux qui s'interrogent sur la souffrance psychique des adolescents.

Pierre Guillet, membre du HCSP

prévention

Risque et précaution

Bernard Chevassus-au-Louis, François Ewald, Olivier Godard, Jacques Lautman, Gilles Malaterre, Étienne Perrot, Jean-Pierre Worms

Paris : *Projet*, n° 261, 2000, 136 p., 78 F, 11,89 euros



varie, de la logique profane et qualitative du citoyen à celle quantitative et probabiliste des experts, et sa juste mesure prend en compte de multiples éléments.

Le principe de précaution vient opportunément rappeler qu'il est urgent de prendre des décisions même

en l'absence de certitudes scientifiques. Il donne aux pouvoirs politiques et économiques de nouvelles responsabilités.

Comme le rappelle Paul Ricœur, « entre la fuite devant la responsabilité des conséquences et l'inflation d'une responsabilité infinie, il faut trouver la juste mesure ».

Articuler risque et précaution révèle un enjeu pour la citoyenneté, où chacun ait sa place dans les choix à faire face aux aléas de demain.

Claudine Le Grand

MST

Maux secrets : MST, maladies taboues

Ouvrage dirigé par Fabienne-Andréa Costa

Paris : Autrement, collection *mutation*, n° 188, 1999, 198 p., 120 F, 18,29 euros

Si le péché et le sentiment de culpabilité sont des notions judéo-chrétiennes, la pudeur et les tabous liés au corps et au sexe remontent à l'Antiquité. Ce n'est qu'à partir du XVII^e siècle que l'Église insiste sur les « péchés de la chair » : les grands fléaux et les maladies deviennent la manifestation d'un châtement divin.

Cette « surculpabilisation » s'est atténuée au fil du temps, et pourtant certaines maladies — et tout spécialement les maladies sexuellement transmissibles — sont de nos jours encore considérées comme des mala-

dies taboues, telle que l'herpès, « dermatose rampante » connue depuis l'Antiquité, identifiée au XIX^e siècle. Si le traitement pour lutter contre cette MST a été découvert dès les années soixante, l'herpès reste encore très mal connu du grand public : comment se transmet cette maladie, quels sont les moyens de prévention ?

Les maladies sexuellement transmissibles sont encore marquées du sceau de la honte : maladies « psychosexuelles » qui atteignent l'homme dans sa chair et son esprit — car le risque auquel s'expose le corps est souvent lié à une fragilité de l'âme — maladies impudiques, maladies méconnues, maux secrets dont on n'ose pas parler.

Ce numéro de la revue *Autrement* a été écrit collégialement par des experts de spécialités différentes (virologue, sociodémographe, gynécologue-obstétricien, dermatologue...). Il a pour vocation de rompre le silence et l'ignorance qui règnent autour des maladies sexuellement transmissibles et d'améliorer l'information auprès des professionnels de la santé et du grand public.

François Rezki, professeur de sciences médico-sociales



maltraitance

Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels
Sous la direction de Marceline Gabel, Frédéric Jésus, Michel Mancaix

Paris : *Fleurus*, collection *psycho-pédagogie*, 1999, 454 p., 129 F, 19,67 euros

Ouvrage volumineux, richement documenté, il tente d'examiner les différentes formes de maltraitance infantile — de l'enfance en danger aux allégations d'abus sexuels, en passant par la maltraitance psychologique, institutionnelle — et à mieux comprendre les racines, les manifestations variées, les conséquences, avec l'objectif d'une prévention efficace afin de proposer une nouvelle approche, plus positive, de ce problème de société.

Mais cela n'est possible qu'au prix d'un constat objectif, sans complaisance, nuancé et non accablant faisant apparaître la pro-

blématique complexe de la maltraitance. C'est tout l'intérêt de ce travail qui est de proposer, au-delà d'un inventaire, une approche nouvelle des phénomènes de maltraitements. Cette appréhension est fondée sur plusieurs socles qui sont étroitement liés et concerne l'ensemble des acteurs sociaux en lien avec l'univers infantile. Tout d'abord, elle interpelle les pouvoirs publics et les professionnels de l'enfance dans la nécessité de mettre en place de véritables projets de soutien socio-éducatifs en direction des familles en difficulté. Ces projets doivent associer les enfants, les parents mais aussi le groupe familial élargi et le réseau relationnel des uns et des autres quand il existe. Autrement dit, il s'agit de repenser l'action sociale, par une association large des intervenants, dans le but de prévenir la survenue et la répétition des risques de maltraitements par des moyens et méthodes adaptés à la situation. C'est dire favoriser les interventions précoces afin de les associer activement à une

pédagogie du succès et non seulement au dépistage et au traitement des échecs. Par ailleurs, cette nouvelle approche souligne qu'il convient d'apporter un soutien plus accru à la parentalité par une redéfinition de la politique familiale et par une valorisation plus importante du rôle éducatif des parents. Enfin, il ne saurait être question de faire porter aux seuls parents le poids et la responsabilité de ces dysfonctionnements éducatifs ou relationnels. C'est à l'ensemble des adultes, à savoir les parents et leur environnement social et institutionnel, qui doit être interrogé sans exclusive : les parents étiquetés « démissionnaires » n'ont-ils pas été souvent « démissionnés » par les institutions qu'ils fréquentent au sujet de leurs enfants ou de leurs difficultés familiales ? Les professionnels de ces institutions sont-ils vraiment



soutenus pour aider ces parents et formés à agir avec eux, plutôt qu'à leur place ? Comment les uns et les autres sont-ils encouragés à aborder les questions d'éducation et plus encore de coéducation des enfants autrement qu'en termes de contrôles, de contraintes ou de conflits ?

Les auteurs posent encore d'innombrables questions auxquelles l'ensemble de la société doit apporter une réponse ou en tout cas y réfléchir. Ce questionnaire a le mérite de souligner que la bientraitance représente, au-delà d'actions concrètes mises en œuvre, une exigence éthique qui est basée sur la confiance et le respect mutuels entre tous les acteurs impliqués.

François Rezki, professeur de sciences médico-sociales

pauvreté

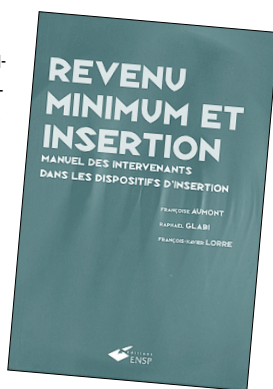
Revenu minimum et insertion : manuel des intervenants dans les dispositifs d'insertion

Françoise Aumont, Raphaël Glabi, François-Xavier Lorre
Rennes : *ENSP*, 2000, 181 p., 195 F, 29,73 euros

L'histoire récente de la lutte contre la pauvreté et les exclusions a été marquée par une évolution majeure : celle du dépassement d'une politique publique fondée sur la notion de « population cible », au profit d'une politique à la fois globale et personnalisée. En effet, le caractère multidimensionnel et complexe de l'exclusion a rendu inopérantes les politiques catégorielles qui dominaient l'action sociale jusqu'en 1980. L'exclusion et la précarité ne con-

cernent plus une population clairement identifiée (chômeurs de longue durée, personnes âgées, etc.). Les phénomènes d'exclusion et de précarité se révèlent comme la résultante de processus et de trajectoire individuels et collectifs. La vulnérabilité croissante des personnes vis-à-vis des risques de l'existence requiert des actions coordonnées sur l'ensemble des facteurs d'exclusion.

En mettant en place le revenu minimum d'insertion, les pouvoirs publics se sont dotés d'un outil original rompant ainsi avec l'approche traditionnelle du social. Cependant, dix ans après, les poches de précarité et d'exclusion persistent. Force est de constater



que le dispositif relatif au revenu minimum d'insertion reste encore lacunaire et oblige les pouvoirs publics à réinterroger leur approche de l'action sociale. Sous l'impulsion de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, le dispositif d'insertion a été complété afin d'optimiser le processus de réinsertion sociale et professionnelle. Toutefois, l'ensemble de ces mesures juridiques manque parfois de lisibilité et contraint les acteurs de l'action sociale à des efforts incessants de mise à jour des informations dont ils disposent. C'est à ce titre que l'ouvrage présenté ici nous paraît opportun. Il a pour vocation

de faciliter ce travail de documentation. Il collecte dans un document unique les outils essentiels de l'insertion, par une approche synthétique et technique des principaux dispositifs relatifs au RMI et aux différents domaines de l'insertion :

- le logement, avec de nombreux changements, dont ceux relatifs à la politique d'attribution des logements sociaux ;
- l'accès aux soins, avec l'instauration de la couverture maladie universelle et l'accent mis sur le rôle de l'hôpital ;
- la formation, l'insertion professionnelle et l'emploi, avec la redéfinition du secteur de l'insertion par l'activité économique

François Rezki, professeur de sciences médico-sociales

soins palliatifs

Mourir en société

Marseille : Prévenir, coopération d'édition de la vie mutualiste, 2000, n° 38, 253 p., 160 F, 24,39 euros

Dégager un résumé de cet ouvrage nous paraît difficile, tant il est constitué d'un ensemble d'articles soulevant des questions multiples en lien avec la mort.

Il ne s'agit pas de la mort perçue dans sa dimension métaphysique : qu'est-ce que la mort ? Qu'en est-il après la mort ? Au contraire, il s'agit d'une mort fondamentalement « concrète » et plus particulièrement d'une mort indexée à des pratiques sociales.

Notons que dans cette contribution collective, plusieurs points de convergences apparaissent : si la mort reste une singularité individuelle irréductible, il n'en

demeure pas moins que dans ses représentations symboliques collectives, dans les rites funéraires, elle reste un fait éminemment social.



Ainsi, le travail des auteurs se présente en trois parties :

- la première partie est consacrée à la présentation du « grand passage », en conjuguant les analyses de l'histoire et de la philosophie aux constats épidémiologiques et sociologiques ;
- la seconde partie concerne

le travail des soignants. La mort en établissement met en scène les soignants à des places et des rôles qui ne sont pas ceux vers lesquels les destinent généralement les modèles de la formation et de l'idéologie médicale dominante ;

- la troisième partie porte sur les liens sociaux et les rites entourant la mort. La personne en fin de vie et son entourage évoluent dans un système d'interactions complexes, lié à des filiations, des territoires, des représentations, des pratiques. Ce sont alors des arrangements personnalisés avec la mort, entre proches, qui tendent à donner sens à la ritualisation nécessaire de la place des morts. De ce fait, le deuil reste une expérience à la fois intime et sociale.

François Rezki, professeur de sciences médico-sociales

jeune adulte

Les enfants du périph : les anneaux de Saturne

Michel Croce-Spinelli

Paris : L'Harmattan, 1999, 271 p., 130 F, 19,82 euros

Voici les cités racontées au jour le jour par ceux qui y vivent... Engagé comme bénévole dans une association, l'auteur, écrivain, journaliste, grand reporter (Prix Albert Londres) a vécu pendant huit mois le quotidien des banlieues à Chanteloup-les-Vignes et au Havre, à la Mare Rouge appelée aussi la Main Rouge. De cette immersion, Michel Croce-Spinelli a décidé de nous livrer un témoignage poignant de l'histoire de gens ordinaires qui vivent dans les cités.

Les enfants du périph, parle des cités au-delà du périphérique et des jeunes qui y vivent. Il aurait pu s'appeler « Ville en cage, ville



en rage », ou encore « Les anneaux de Saturne » qui constituent les anneaux, les gravats de la planète mère. La planète mère, c'est nous, nous les gens « normaux » insérés dans une société

riche d'une culture séculière qui ignorons ou avons une image déformée de ce qui se passe de l'autre côté du périphérique, à deux pas.

Michel Croce-Spinelli nous invite à un voyage qui nous concerne directement. Celui de plonger dans la vie des habitants des cités au quotidien. Un quotidien fragilisé d'événements graves, un quotidien de violence, un quotidien d'ennui où chacun tente à sa façon de tordre le cou au désespoir. Est-ce le seul écho que nous renvoient

les cités ? Tout l'intérêt de ce livre est de nous faire découvrir les cités aux multiples facettes. Loin d'une approche unilatérale, l'auteur nous convie à porter notre regard sur le travail formidable et difficile que mènent les associations locales, les maîtres d'école, les assistants sociaux, les bénévoles... pour tenter d'endiguer la violence, de briser la spirale infernale de l'exclusion et de permettre de refaire surface à tout un pan d'une population vulnérabilisée par le chômage et par une politique déraisonnée de l'habitat.

Enthousiasme, émerveillement, découragement, lassitude jalonnent le travail entrepris par ses héros anonymes. Ils nous obligent au respect et à un regard plus lucide sur ce qui se passe de l'autre côté du périphérique qui ne peut se limiter au mieux à un discours de compassion ou au pire à un discours sécuritaire.

François Rezki, professeur de sciences médico-sociales

Et aussi...

système santé

La santé de demain : vers un système de soins sans murs

Jean-Pierre Claveranne, Claude Lardy (coord.)

Paris : Économica, 1999, 298 p., 200 F, 30,49 euros

information médicale

2000 Orphanet : annuaire des maladies rares, médicaments orphelins

Paris : Inserm, 2000, 773 p., 120 F, 18,29 euros

jeune adulte

Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Île-de-France : analyse régionale du baromètre CFES, santé jeunes 97/98

Paris : ORS Île-de-France, 2000, 136 p.

greffe

La greffe humaine, (in)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre

Robert Carvais, Marilyne Sasportes (dir.)

Paris : Puf, coll. Science histoire et société, 2000, 1000 p., 198 F, 30,19 euros

histoire

Histoire de l'immunologie

Bernard Genetet

Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 2000, 125 p., 40 F, 6,10 euros

handicap

Construction de soi et handicap mental : l'enfant et l'adulte dans leur environnement familial, social et institutionnel

Gérard Zribi, Jacques Sarfaty (dir.)

Rennes : ENSP, 2000, 223 p., 150 F, 22,87 euros

éducation du patient

De la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie : le cas des malades rénaux chroniques

Florence Douguet

Paris : L'Harmattan, coll. Le travail du social, 2000, 252 p., 140 F, 21,34 euros



hôpital

Traité de la coopération hospitalière : en deux volumes

Laurent Houdart, Dominique Larose, Stéphanie Barré

Paris : F. Houdart, collection santé, 2000, 1^{er} volume 384 p., 450 F, 68,60 euros, 2^e volume 207 p., 350 F, 53,36 euros

Cet ouvrage est un excellent traité pédagogique sur la coopération hospitalière. Trop longtemps la coopération hospitalière a été vécue par l'ensemble des acteurs de santé comme l'instrument des politiques pour faire aboutir coûte que coûte la restructuration.

Ce livre est un véritable outil de travail aussi bien juridique qu'opérationnel. Les auteurs clarifient la place de la coopération hospitalière par rapport à des sujets aussi essentiels que le devenir du système de la régulation hospitalière et l'enveloppe régionale unique, l'évolution des modes d'exercice, les relations avec le monde libéral... Nous comprenons enfin la différence entre coopération et réseaux de soins et surtout les enjeux. Édouard Couty, directeur des Hôpitaux a préfacé cet ouvrage :

« La coopération hospitalière est l'une des voies qui doit être impérativement empruntée pour assurer demain l'existence d'un système sanitaire performant, moderne et ouvert à tous où seront garantis les principes du service public au service des patients : égalité, qualité, continuité, mutabilité. C'est aussi un moyen de conforter le service public hospitalier dans sa vocation à mieux organiser l'accès aux soins, par sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles

de qualité, de sécurité et de rationalité. [...] »

« Certes, il ne suffit pas d'en admettre le principe, encore faut-il disposer des moyens et outils autorisant la réalisation des actions.

« Si les hospitaliers ne manquent pas de projets restructurants et de volonté de les voir aboutir, ils sont trop souvent encore désarçonnés par les difficultés et obstacles d'ordre financier, juridique ou fiscal qu'ils rencontrent. [...] »

« Les professionnels doivent mettre en œuvre de nombreux textes de lois, règlements, circulaires, souvent complexes et tenir compte des évolutions jurisprudentielles.

« Les auteurs, Laurent Houdart, avocat, spécialiste du droit de la

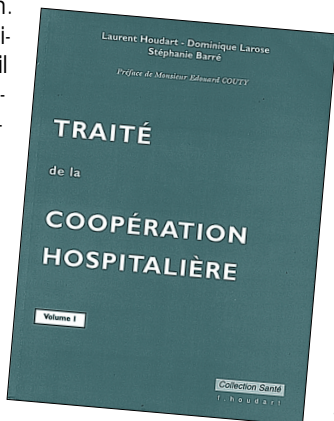
santé et conseil des établissements de santé, Stéphanie Barré, juriste, spécialiste de droit européen et de la fonction publique hospitalière et Dominique Larose, expert de droit hospitalier et fin connaisseur des questions financières et de coopération inter-

hospitalière réunissent à eux trois un très large éventail de connaissances théoriques et d'expériences pratiques.

« Cette force d'analyse et de proposition fait de cet ouvrage un précieux document pour tous les promoteurs d'action de coopération.

« Avec ce « traité de la coopération hospitalière » ; ils disposeront d'un document de réflexion sur l'environnement juridique et opérationnel, les fondements et les objectifs de la coopération hospitalière dans le système sanitaire mais aussi d'un véritable « outil de travail » qui doit leur apporter des éléments pratiques et des réponses aux questions qu'ils se posent.

Juan Viñas



recherche

Programmes de soutien des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses.

Circulaire n° DH/MRC/2000/186 du 31 mars 2000

Dans le cadre de la promotion du progrès médical, ce texte est un appel à projets relatif aux soutiens de certaines innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses. Ils doivent permettre, en aval de la recherche clinique, à des équipes hospitalières référentes sur l'innovation concernée, de procéder à une évaluation médicale et économique, préalable nécessaire à toute diffusion généralisée.

organisation

Attributions déléguées au secrétaire d'État à l'économie solidaire

Décret n° 2000-308 du 7 avril 2000

Guy Hascoët, en charge de la promotion et du développement de l'économie sociale et solidaire, prépare et propose les mesures intéressant la vie associative, la coopération, la mutualité, les nouvelles formes d'activité et de partenariat et l'innovation économique et sociale. Pour exercer ses attributions, il dispose de la Délégation interministérielle à l'innovation et à l'économie sociale. Si besoin est, il peut disposer de la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, de la direction de l'Administration générale, du Service d'information et de communication, de l'Inspection générale des affaires sociales. Il peut également faire appel à d'autres départements ministériels, notamment à la Délégation à l'aménagement du territoire et à la direction de la Jeunesse. De plus, il reçoit de la ministre délégation de signature.

organisation

Attributions déléguées à la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés

Décret n° 2000-307 du 7 avril 2000

Dominique Gillot exerce par délégation les attributions de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité relatives à la santé et aux handicapés ; elle assiste la ministre et connaît toutes les affaires qu'elle lui confie, notamment sur l'assurance maladie. Pour exercer ses attributions, elle dispose de la direction générale de la Santé, de la direction des Hôpitaux, du délégué interministériel aux Handicapés et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Si besoin est, elle peut disposer des directions ou services suivants : direction de l'Action sociale, direction de la Sécurité sociale, direction de l'Administration générale, Service d'information et de communication et Inspection générale des affaires sociales. De plus, elle reçoit de la ministre délégation de signature.

dépistage

Modification du Code de la sécurité sociale relative aux conditions de participation de l'assuré au titre des frais d'examen de dépistage organisé

Décret n° 2000-495 du 2 juin 2000

Ce texte supprime la participation de l'assuré pour les frais de dépistage aux maladies mortelles. De plus, il fixe la participation de l'assuré à 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens, en ajoutant les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

cancer

Financement d'actions visant à la prise en charge précoce de certains cancers

Circulaire n° DGS/SQ2/2000/305 du 5 juin 2000

Ce texte est un appel à projets pour des actions d'information, de sensibilisation, de dépistage et d'accompagnement de la population, notamment en situation précaire, sur le thème de la prise en charge précoce de certains cancers.

prestations

Modification du Code de la sécurité sociale

Accord national entre l'État et les organisations nationales représentatives des établissements de santé du 1^{er} mars 2000

Cet accord fixe le taux d'évaluation moyen national des prestations à 1,33 %, et un taux d'évolution moyen pour chaque région. Il fixe également pour chaque région le taux d'évolution moyen des tarifs d'obstétrique et la majoration des tarifs des prestations de chirurgie cardiaque. Un protocole est annexé à cet accord, rappelant le double objectif de maîtrise des dépenses et d'amélioration du service médical rendu. Il contient des actions de restructuration du secteur et de rééquilibrage des tarifs, notamment en faveur de certaines activités (obstétrique, chirurgie cardiaque, services d'urgence, de réanimation et de soins de suite). Les agences régionales de l'hospitalisation disposent de moyens pour moduler les taux d'évolution afin de réduire les inégalités intrarégionales. Les parties signataires entendent travailler à la construction d'un ensemble d'indicateurs statistiques relatif au secteur de l'hospitalisation privée.

tabagisme

Lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et renforcement ou création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

Circulaire n° DH/E02/DGS/2000/182 du 3 avril 2000

Ce texte s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Cette circulaire définit la mission et le rôle de l'hôpital dans la lutte contre le tabagisme. Des moyens financiers sont proposés pour renforcer ou créer des consultations hospitalières et des unités de coordination de tabacologie. Enfin, il est instauré un baromètre « soignants sans tabac », afin d'apprécier l'impact de la politique interne de l'hôpital. Un rapport d'activités sera adressé chaque année à la Drass.

Et aussi...

exportation d'organes

Modification du Code de la santé publique relative à l'importation et l'exportation d'organes, de tissus et leurs dérivés, de cellules du corps humain, à l'exception des gamètes, et de produits de thérapies génique et cellulaire

Décret n° 2000-1568 du 23 février 2000

officines de pharmacie

Modification du Code de la santé publique relative aux modalités de création, de transfert et de regroupement et aux conditions minimales d'installation des officines de pharmacie

Décret n° 2000-259 du 21 mars 2000

Europe



médicaments orphelins

Dispositions d'application des critères de désignation d'un médicament en tant que médicament orphelin et définition des concepts de médicament similaire et de supériorité clinique

Règlement de la Commission n° 847/2000 du 27 avril 2000

Ce règlement est destiné à faciliter l'interprétation du règlement n° 141/2000 par les promoteurs, le comité des médicaments orphelins et les

autorités compétentes. Il définit les règles spécifiques et la documentation à fournir en vue de démontrer la prévalence d'une affection dans la Communauté, de justifier des perspectives de rendement de l'investissement, et de démontrer l'existence d'autres méthodes de diagnostic. La procédure de désignation d'un médicament orphelin est précisée pour les promoteurs. Enfin, ce texte donne une définition des termes suivants : substance, bénéfice notable, substance active, médicament similaire, substance active similaire, médicament cliniquement supérieur.

déontologie de la sécurité

Création d'une Commission nationale de déontologie de la sécurité

Loi n° 2000-494 du 6 juin 2000

Ce texte crée une Commission nationale de déontologie, autorité administrative indépendante, chargée de veiller au respect de la déontologie par des personnes exerçant des activités de sécurité sur le territoire français. Elle est composée de 8 membres, nommés parmi les parlementaires et les hauts fonctionnaires. Toute personne, victime ou témoin de faits qu'elle estime contraire aux règles de la déontologie, peut demander qu'ils soient portés à la connaissance de la Commission, par le biais d'un parlementaire. La Commission recueille toute information utile, avec l'aide des pouvoirs publics et des personnes privées, sans intervenir dans des procédures judiciaires. Des amendes ou d'autres peines, pour non-présentation ou pour non-communication de pièces, peuvent être appliquées.

hospitalisation à domicile

Développement de l'HAD

Circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000

L'hospitalisation à domicile est relativement peu développée en France, alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patients a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les agences régionales de l'hospitalisation favoriseront le développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle, notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens, avec les établissements de santé et les services d'HAD publics ou privés.

Bourg-en-Bresse
Le 21 septembre 2000
L'adolescence, étape clé dans la construction de soi

Conférence débat organisée par la Fondation de France, le collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé et les associations départementales d'éducation pour la santé, dans le cadre du programme « Adolescences en devenir » destiné aux parents et aux professionnels concernés par l'enfance

Renseignements
Louisa Beyragued
Craes
Téléphone : 04 72 00 55 70
Télécopie : 04 72 00 07 53

Paris
Le 21 septembre 2000
Bronchiolite

Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson à la Cité des Sciences organisée à l'initiative de l'URML d'Île-de-France, l'Association confédérale pour la formation médicale, l'Association française de pédiatrie ambulatoire, l'Association de formation des spécialistes, l'Association française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, l'Association Respirer, la Fédération des amicales de médecins de Paris, la Société de formation thérapeutique du généraliste et l'Union des associations de formation médicale continue.

Renseignements
URML d'Île-de-France
104, boulevard du Montparnasse
75682 Paris Cedex 14
Téléphone : 01 40 64 14 70
Télécopie : 01 43 21 96 88
Mél. : Urml-idf@wanadoo.fr

Paris
Les 19 et 20 octobre 2000
Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse

Colloque Romeurope sur la santé des tsiganes réunissant des intervenants et participants politiques, institutionnels et associatifs de 20 pays d'Europe (les 15 pays de l'Union européenne et 5 pays de l'Europe de l'Est)

Renseignements
Michèle Mezard
Responsable du projet Romeurope
Médecins du Monde
62, rue Marcadet
75018 Paris
Téléphone : 01 44 92 15 15
Télécopie : 01 44 92 99 99

Niort
Du 25 au 27 octobre 2000
Des risques accrus par l'âge et les moyens de les prévenir pour conserver une meilleure autonomie

Troisième colloque européen de la prévention des risques organisé par le Centre européen de Prévention des risques

Renseignements
Murielle Bouin
CEPR
18, rue Marcel Paul
79000 Niort
Téléphone : 05 49 04 66 77
Télécopie : 05 49 04 66 76
Mél. : mb@cepr.tm.fr

Paris
Le 16 novembre 2000
Nouvelles familles, nouveaux adolescents

Conférence-débat autour de l'adolescence de la Fondation de France et de l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France animée par des professionnels d'horizons variés, praticiens ou chercheurs

Renseignements
Laurence Delannoy

EPE d'Île-de-France
Adolescence
5, impasse Bon-Secours
75543 Paris Cedex 11
Téléphone : 01 44 93 44 88
Télécopie : 01 44 93 44 89

Paris
Du 14 au 16 décembre 2000
Réduire les inégalités de santé en Europe

Congrès organisé par l'European public health association (EUPHA) et la Société française de santé publique (SFSP)

Renseignements
EUPHA 2000, Europa organisation
5, rue Saint-Pantaléon
BP 844
31015 Toulouse Cedex 6
Téléphone : 05 34 45 26 45
Télécopie : 05 34 45 26 46
Mél. : europa@europa-organisation.com

Sessions de formation continue de l'ENSP

Du 13 au 15 septembre 2000
Piloter des évaluations

Du 19 au 22 septembre 2000
Les politiques de lutte contre la pauvreté en France et en Europe

Du 18 au 22 septembre 2000
Les grands dossiers de la Sécurité sociale

Les 28 et 29 septembre 2000
Le management sanitaire et social des services de l'Union européenne

Du 16 au 20 octobre 2000
Évaluation dans le domaine de la santé

Renseignements
ENSP
Direction des formations
Avenue du P^r Léon Bernard
CS 74 912
35043 Rennes Cedex
Téléphone : 02 99 02 27 46
Télécopie : 02 99 02 26 26

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- France 245,98 F TTC 37,50 euros
- Europe 262,38 F TTC 40,00 euros
- DOM-TOM 265,66 F (H. T. avion éco.) 40,50 euros
- Autres pays 272,22 F (H. T. avion éco.) 41,50 euros
- Supplément avion 30,17 F 4,60 euros

- Le numéro 76,09 F 11,60 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 20 F

Ci-joint mon règlement :

- Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française
- Par carte bancaire

date d'expiration [] [] [] []

numéro [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Date

Signature

éditorial

1 Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique

Jacques Lebas

HCSP DIRECT

4 Pour une politique nutritionnelle de santé publique

8 Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

actualité

12 La place des usagers dans le système de santé

Comment mettre en œuvre la représentation et la participation des citoyens dans le système de santé ?
Étienne Caniard

15 CNS 2000 : bilan et perspectives

Cette année la Conférence nationale de santé réaffirme certaines orientations concernant les inégalités régionales de santé, la prévention et l'accès à des soins de qualité.
Marc Brodin



Haut Comité de la Santé Publique

MALTRAITANCES

Dossier coordonné par **Marceline Gabel** p. 19

20 Les concepts de violence et de maltraitance

Éliane Corbet

22 La loi et les personnes vulnérables

Myriam Quémener

26 La maltraitance faite aux enfants

Marceline Gabel

32 Le Snatem – 119 « Allo enfance maltraitée »

Bernard Derosier

34 Guide pour des interventions de qualité

35 La maltraitance et les personnes âgées

Françoise Busby

38 La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental

Alain d'Huyteza

41 Le guide Prévenir, repérer, agir

42 La violence masculine à l'encontre des femmes

Catherine Morbois, Marie-France Casalis

44 Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

47 Nouvelles dispositions de la loi

48 Viols et agressions sexuelles: le devenir des plaintes

Simone Iff, Marie-Claude Brachet

51 Viol femmes informations : la permanence téléphonique

52 Les maltraitements institutionnels

Michèle Créoff

54 Un guide pour lutter contre les violences en institution

tribunes

57 Maltraitements : une notion floue, des réalités incontournables

Paul Durning, Professeur de Sciences de l'éducation, EA 1589, Université de Paris X-Nanterre

60 La résilience

Stanislaw Tomkiewicz
Psychiatre infanto-juvénile,
directeur de recherche
honoraire à l'Inserm

63 De la maltraitance à la bientraitance

Michel Manciaux,
Professeur émérite
de pédiatrie sociale et
de santé publique,
Université de Nancy 1

66 Bibliographie, adresses utiles

rubriques

addictologie

67 Toxicomanie : la substitution cinq ans après

Cinq ans après, quel bilan fait-on des traitements de substitution mis en œuvre auprès des toxicomanes ?
Jean-François Bloch-Lainé

international

70 Le choix des priorités de santé publique en Europe

Comment les pays européens déterminent-ils leurs priorités en matière de santé ?
Diane Lequet-Slama

73 La santé en Finlande

Présentation des grandes lignes du rapport sur la santé en Finlande.
Geneviève Guérin

études

75 Éthique et recherche dans les pays en voie de développement

Dans quel cadre éthique mener enquêtes épidémiologiques et recherches biomédicales dans les pays en voie de développement ?
Fabienne Dorlencourt,
Dominique Legros

repères

18 organisme

Sources d'Europe

77 brèves européennes

78 recherche

Unité de recherche épidémiologie et sciences de l'information

79 lectures

82 lois & réglementation

84 calendrier

