

Travaux préparatoires à l'élaboration
du Plan Violence et Santé
en application de la loi relative
à la politique de santé publique du 9 août 2004

Rapport général
Annexes

Docteur Anne TURSZ
Mai 2005



Sommaire des Annexes

Annexe 1 : Liste des membres des Commissions

Annexe 2 : La question du genre

Annexe 3 : Les conditions favorisant le déclenchement et la conjuration de la violence en milieu de travail

Annexe 4 : État des lieux des connaissances sur la violence et ses relations avec la santé

Annexe 5 : Textes législatifs et réglementaires

Annexe 6 : Recommandations des 6 Commissions

Annexe 7 : Les CITTP (Centres d'investigation et de traitement des troubles psycho-socio-professionnels)

Annexe 8 : Commission d'éthique de l'Office de la Jeunesse de Genève (Suisse)

Annexe 9 : Rapport « Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité » (Contribution de Françoise Molénat au Plan « Périnatalité »)

Annexe 10 : Bibliographie générale

Annexe 1

LES MEMBRES DES COMMISSIONS PRÉPARATOIRES

I. Périnatalité, enfants et adolescents

François BAUDIER, Médecin de santé Publique, Directeur de l'URCAM Franche-Comté, Président de la Commission

Christine CASAGRANDE, Chef de projets en prévention, URCAM Franche-Comté

A. Experts transversaux

Marie-Christine Van BASTELAER, Chargée de projet, Éducasanté, Belgique

David MEDDINGS, Département de prévention des traumatismes et de la violence, OMS

Richard TREMBLAY, Professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, Université de Montréal, Canada

Paul BOUVIER, Médecin Directeur, Service de santé de la jeunesse, Office de la jeunesse, Genève, Suisse

Emmanuel FORICHON, Médecin de santé publique, Directeur adjoint, DRASS Midi-Pyrénées

François JACOB, Représentant régional de Madame la défenseure des enfants, Besançon

B. Experts Périnatalité

Mesdames Joëlle DESJARDINS-SIMON, Psychanalyste, Besançon

Irène KAHN-BENSAUDE, Médecin, Conseil national de l'ordre des médecins

Béatrice LAMBOY, Chargée de recherche et coordinatrice du programme « santé mentale », INPES

Véronique MIRLESSE, Médecin, Institut de Puéricultrice, Paris

Jacqueline PATUREAU, Médecin Inspecteur du ministère des Solidarités, de la santé et de la famille – Périnatalité, ministère de la Santé et de la Protection sociale

Hélène SIAVELLIS, Pédiatre, Délégation interministérielle à la famille

Elisabeth VERITE, Médecin inspecteur en santé publique, DRASS Nord-Pas-de-Calais

Messieurs Claude LEJEUNE, Pédiatre, Réseau périnatalité 92, Hôpital Louis Mounier, Colombes

Bertrand LORY, Responsable des actions contre les mauvais traitements envers les enfants, ministère de la Santé et de la Protection sociale

C. Experts Petite enfance

Mesdames Yvette BERTRAND, Commissaire divisionnaire, Chef de la Brigade de protection des mineurs de Paris

Sandrine BROUSSOULOUX, INPES

Michelle CREOFF, Directrice de l'enfance et de la famille au Conseil Général du Val de Marne

Annick DUMARET, Psychologue, Cermes - INSERM U502

Marcelle DELOUR, Médecin chef de Protection Maternelle Infantile, Direction de la famille et de la petite enfance, Paris

Luce DUPRAZ, Présidente de l'Association « Quand les livres relient », Lyon

Dominique FREMY, Pédopsychiatre spécialisée en victimologie, expert auprès du TGI de Besançon, Centre de thérapie familiale, CHS Novillars

Chantal FROGER, Chargée du dossier « santé des victimes de violence », ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Violette GARCIA, Attachée hospitalier – Droit des usagers et fonctionnement des établissements de santé, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Annie GAUDIERE, Directrice du SNATEM

Pascale GERBOUIN-REROLLE, Chargée de projets en santé publique, Recherche sur les morts suspectes de nourrissons, INSERM U 502

Paulette JACQUEMET, Vice-présidente Antenne petite enfance, Besançon

Odile KREMP Professeur de Pédiatrie, Chef de service, clinique de pédiatrie Saint-Antoine, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Lille

Brigitte LEFEBVRE et Catherine PACLOT, Médecins de santé publique, Bureau des maladies chroniques de l'enfant et du vieillissement, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Marie-Carol PARUIT, Pédiatre, sport et enfant, CHU de Nantes

Dominique PLUCHE-GALMICHE, Psychologue, Maison Verte de Besançon

Anne-Sylvie POISSON-SALOMON, Méthodologiste en évaluation, Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Sabine SHAEFER, Psychologue, Maison Verte de Besançon

Liliane TERRYIN, Professeur des écoles, Besançon

Jeanne-Marie URCUN, Médecin conseiller technique, ministère de l'Éducation nationale

Elisabeth WATTEL-BUCLET, Responsable du programme enfance, Paris

Messieurs Jacques FORTIN, Professeur de santé publique, Pédiatre, CHRU Lille

Roland ESCH, Procureur TGI de Mâcon

Patrick DANIEL, Médecin départemental de PMI, Le Puy-en-Velay

Michel ROUSSEY, Pédiatre, responsable de la cellule de lutte contre la maltraitance, Rennes

Hugues ZYSMAN, Psychanalyse, Maison Verte de Besançon

D. Experts Adolescence

Mesdames BARICHASSE, Psychologue, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Brigitte CADEAC D'ARBAUD, Responsable du plateau téléphonique, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, Paris

Marie-Christine FREIRE, Conseil national des missions locales, Saint-Denis-La-Plaine

Laurence LEVY DELPLA, Inspectrice pédagogique régionale, Délégation interministérielle à la famille, Paris

Suzanne MANETTI, Médecin inspecteur de santé publique, DRASS Aquitaine

Nadine NEULAT, Chef du Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention, ministère de l'Éducation nationale

Anne PASTOR, Conseillère technique au niveau social auprès du Recteur d'Académie d'Aix-Marseille

Caroline REY-SALMON, Médecin légiste, pédiatre, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

Anne-Marie SERVANT, Responsable du dossier santé des jeunes, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Nadia ZAGUI-ROSSI, Psychologue à la direction de la PJJ, chargée des questions de santé

Messieurs Patrice HUERRE, Psychiatre spécialiste de l'adolescence, Fédération santé des Étudiants de France, Paris

Paul BOUVIER, Médecin Directeur, Service de santé de la jeunesse, Office de la jeunesse, Genève, Suisse

Nicolas BRUN, Chargé de mission « santé », UNAF

Pascal CUENOT, Psychologue « Parenthèse à la Violence », Belfort

Christian LAVAL, Sociologue ORSPERE

Patrice VEY, Capitaine de police, Commissariat de Lons-le-Saunier

II. Personnes âgées et personnes handicapées

Marie-Ève JOËL, Professeur à l'Université Paris Dauphine, Présidente de la Commission

Odile DOUCET, Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, DGAS, rapporteur des travaux de la Commission

Bernard CASSOU, Chef de service gérontologie, hôpital Sainte-Perrine, Paris

Denis COLIN, Gériatre, Médecin des hôpitaux détaché au Centre régional de rééducation spécialisé de l'Arche du Mans

Arnaud DE BROCA, FNATH

Isabelle DONNIO, Directrice d'un Service de soins à domicile pour personnes âgées et handicapées, psychologue, chargée d'enseignement à l'École Nationale de la Santé publique

Judith DULIOUST, Interne de santé publique

Bernard DUPORTET, Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés

Bruno FABRE, Chargé de mission à la DRASS du Centre, Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, Responsable de la Mission d'inspection et de contrôle de la région Centre

Philippe-Karim FELISSI, Avocat, FNATH

Pascale GILBERT, Médecin de santé publique, DREES,

Laure GREGOIRE, Chargée de l'organisation des soins pour les personnes âgées, DHOS

Aliette GAMBRELLE, UNAPEI

Philippe GUILLAUMOT, Praticien hospitalier psychiatre, CH des Pyrénées, département de psychogériatrie

Benoît LAVALLART, Gériatre, DGS

Simone PENNEC, Maître de conférence à l'Université de Brest, formateur sur les questions de gérontologie et de handicap

Bruno POLLEZ, Praticien hospitalier de réadaptation, détaché à la DGS sur le thème des maladies invalidantes

Jean POUILLARD, Médecin retraité, Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Jean POITEVIN, Directeur de l'Institut du Val Mandé

Marc ROUZAUD, Ancien Directeur Général de l'Association des paralysés de France (APF)

III. Genre et Violence

Jacques LEBAS, Hôpital Saint-Antoine, Président de la Commission

Nicole MATET, Direction générale de la santé, rapporteur des travaux de la Commission

Vera ALBARET, Espace Solidarité, Fédération nationale des associations de réadaptation sociale (FNARS)

Maïté ALBAGLY, Secrétaire générale du planning familial

Solange ALIDIERES, Direction générale de l'action sociale

H. ANDRIAMANDROSO, Chef de projet, « Le Relais de Sénart », CHRS spécialisé dans les violences conjugales

Nathalie BAJOS, Socio-démographe, INSERM, U 569

Sophie BARON LAFORET, Psychiatre, CH Jean Grégory, Thuir

Colette BOUQUENIAUX, Directrice de l'association « Les compagnons de l'espoir », Douai

Catherine CAVALIN, Responsable de l'enquête événement de vie et santé, DREES

Maryvonne CHAPALAIN, Commandant chargée de la formation « référents violences conjugales » à la préfecture de Paris

Liliane DALIGAND, Professeur de Médecine légale au CH Lyon Sud, Psychiatre

Marie DESURMONT, Médecin légiste, pédiatre, Lille

Michelle FAVREAU BRETTEL, Service des droits des femmes et de l'égalité
Lionel FOURNIER, Unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu
Isabelle GAUTIER, Psychiatre, Secrétaire général adjoint du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris
Françoise GUYOT, Vice-procureur, tribunal de grande instance de Paris
Mme Sylvia GUYOT, Médecin inspecteur de santé publique, DGS
M. Alain LEGRAND, Psychologue et psychanalyste, Association de Lutte Contre les Violences.
Nicole MICHEL, Chef du bureau des droits personnels et sociaux, service des droits des femmes et de l'égalité
Marie-Odile MOREAU, DHOS, Bureau organisation générale de l'offre régionale des soins
Cécile MORVANT, Médecin hospitalier, Institut de l'Humanitaire
Christine SALOMON, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 88
Marie-Josèphe SAUREL, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 149
Marie-Dominique de SUREMAIN, Déléguée nationale de la Fédération nationale Solidarité Femmes
Eric VERDIER, Psychologue, Ligue des droits de l'homme

IV. Institutions, organisations et violences

Omar BRIXI – Médecin et enseignant de santé publique, conseiller à la Fédération des mutuelles de France, Président de la Commission

Bernard BELLIER, Directeur, Centre de détention de Villenaux-la-Grande
Gilles CAPELLO, ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire
Jacqueline CHARRE, Directeur d'hôpital, DHOS, sous-direction de l'organisation du système de soins
Boris CHATIN, Conseil de l'Ordre des Médecins
Chantal De SINGLY, Directeur, Hôpital Saint-Antoine Paris
Marc EMIG, Directeur, Direction centrale de la sécurité publique, bureau ordre public police générale
Marie-louise FIMEYER, Direction générale de la police nationale
Chantal FROGER, Santé et prévention des violences, DGS
Jérôme FLOQUET, Direction générale de la gendarmerie nationale, bureau de la police administrative
François ARSAC, Chef d'escadron, Direction générale de la gendarmerie nationale, bureau de la police administrative
Emmanuel FORICHON, Médecin de santé publique, DRASS adjoint, DRASS Midi-Pyrénées
Anne GUICHARD, INPES
Colette MENARD, INPES
Félix MONTJOUVENT, Directeur, Centre d'Action Educative (CAE)
Marie-Hélène MOUNEYRAT, Secrétaire générale, Comité consultatif national d'éthique
Isabelle ROUSTANG, Médecin, coordonnatrice UCSA au CJD, Fleury-Mérogis
Yves SIHRENER, Coordonnateur académique, Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, Lille
Jean-Dominique TORTUYAUX, Caisse autonome nationale de Sécurité sociale des Mines
Renée ZAUBERMAN, Sociologue, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP)

V. Violence et santé mentale

Anne LOVELL, Anthropologue, Directeur de recherche INSERM U 379, Présidente de la Commission

Evelyne BONNAFOUS, DHOS Bureau O2 (psychiatrie)
Marcel CALVEZ, sociologue, Université de Rennes, Maître de conférences, UFR Sciences Sociales & Département AES, Université de la Haute-Bretagne
Dr Piernick CRESSARD, Conseil National de l'Ordre des Médecins
Dr Christiane de BEAUREPAIRE, Psychiatre au SMPR de Fresnes
Elisabeth de LANGRE, Vice-Présidente de l'association « Phare enfants parents »
Dr Jacques GASSER, Historien, psychiatre, expert auprès des tribunaux pour les délits où il est question de maladie mentale
Thérèse HANNIER, Présidente de l'association « Phare enfants parents »
Dr Serge KANNAS, Psychiatre PH, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
Dr Christian KOTTLER, Responsable de l'UMD (unité pour malades difficiles) Henri Colin
Dr LESIEUR, Psychiatre, centre de polytraumatisés
Dr Nathalie PRIETO, Psychiatre au SAMU de Lyon CUMP
Murielle RABORD, DGS, bureau santé mentale
Dr Richard RECHTMAN, Psychiatre et anthropologue, Médecin-chef d'Établissement et chef du service de psychiatrie de l'adolescent de l'institut Marcel Rivière, chercheur au CESAMES (CNRS-INSERM-Université Paris V)
Hélène ROMANO, Psychologue au SAMU de Créteil (SAMU-CUMP 94)
Dr Frédéric ROUILLON, Psychiatre, cellule d'appui scientifique de la DGS

VI. Violence travail, emploi, santé

Christophe DEJOURS, Psychiatre, Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, Président de la Commission

Jean-Michel CHAUMONT, Sociologue Université de Louvain, Belgique
Jacques DANAN, Médecin inspecteur du travail, Adjoint au chef de service de l'inspection médicale du travail, ministère chargé du travail
Philippe DAVEZIES, Maître de Conférences, Lyon
Odile DOUCET, Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, DGAS
Dominique FOUGEYROLLAS, Chercheur en sociologie
Nicolas FRIZE, Président de la Commission "Prison" Ligue des droits de l'homme
Armelle GEORGE-GUITON, Médecin inspecteur de santé publique, DGS
Marie GRENIER-PEZÉ, Psychologue expert
Eric HAMRAOUI, Maître de Conférences CNAM
Bernard JOLIVET, Psychiatre
Françoise LE GAC, Membre du corps de l'inspection du travail, ministère chargé du travail
Pascale MOLINIER, Maître de Conférences CNAM
Marie-PASCUAL, Médecin du travail
Emmanuel RENAULT, Maître de Conférences, École Normale Supérieure, Lyon
Jean-Claude VALETTE, Psychologue du travail.

Annexe 2

LA QUESTION DU GENRE

I. Champ du travail de la Commission « Genre et violence »

Au cours des 15 dernières années, les résultats de plus de 50 études sur la fréquence des violences faites aux femmes, violences dites conjugales ou domestiques, ont été publiés dans le monde. Globalement, entre 10 % et 50 % des femmes ayant vécu en couple ont connu ce type de violence et entre 3 % et 52 % d'entre elles rapportent de telles violences physiques au cours de l'année écoulée¹.

En France, ce type de violence est resté longtemps sous-estimé malgré son ampleur. Le déni a fonctionné de manière efficace jusqu'à ces toutes dernières années. Elle constitue pourtant une véritable pandémie qui concerne toutes les sociétés, toutes les cultures, toutes les couches sociales. Elle se reproduit d'une génération à l'autre et constitue une part importante de la violence sociale. Elle ne doit pas seulement être abordée sous un aspect social, légal, voire anthropologique, mais doit également être considérée comme un fléau de santé publique. Selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses totales de santé annuelles chez les femmes².

Qu'elles se dénomment violences faites aux femmes, violences domestiques, violences conjugales, elles s'expliquent spécifiquement par les « rapports de genre », c'est-à-dire par la division historique des rôles entre hommes et femmes, basée sur des justifications philosophiques, politiques, biologiques ou sociales, qui ont varié au cours de l'histoire.

La Commission « Genre, santé et violence » a décidé d'introduire la question du « genre » dans l'étude d'une problématique située au croisement de réalités physiques et psychiques concernant la santé, et de réalités sociales concernant les violences.

Cela suppose d'abord que l'on reconnaisse qu'on ne peut comprendre et combattre ces dernières en faisant abstraction des caractéristiques des personnes qui exercent ou subissent les violences, en particulier le fait qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, car la variable « sexe de la victime » et « sexe de l'agresseur » fait partie de l'explication fondamentale de certaines violences. L'absence de cette variable conduit à biaiser les interprétations et même la construction des observations sur le phénomène lui-même.

Prendre en compte les différences entre hommes et femmes, leurs relations, les rapports de pouvoir et surtout expliciter et passer en revue les représentations sociales et culturelles qui sont en jeu dans les analyses des phénomènes à comprendre, est un exercice légitime, non partisan, une avancée que la science et la politique doivent à l'évolution des idées et aux progrès de l'égalité entre hommes et femmes qui apparaissent à la fin du XX^{ème} siècle.

La biologie et la médecine reconnaissent bien entendu les différences entre le corps des femmes et le corps des hommes, mais le plus souvent encore le paradigme du « corps humain » reste le corps masculin, tandis que le corps féminin est perçu comme une « variation » de ce dernier, plus ou moins mystérieuse ou compréhensible. L'histoire de la médecine en témoigne notamment dans la place et dans la présentation

¹ Watts C, Zimmerman C. *Violence against women : global scope and magnitude* . Lancet 2002 ; 359 : 1232-1237.

² Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. *Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more ?* J Fam Pract 1999 ; 48: 439-443.

qu'elle a pu faire des organes génitaux féminins et de leur rôle dans la reproduction humaine. Place qui a été tantôt dévalorisée, tantôt mise en exergue pour justifier la réduction des femmes à leur fonction reproductrice.

Les discriminations entre hommes et femmes sont ainsi parfois niées au nom de catégories supérieures – pensées à partir de l'expérience masculine marquée par une division historique des rôles. D'autres fois, les différences biologiques sont mises en avant pour justifier l'infériorité supposée des femmes, ou une limitation à des fonctions, des caractéristiques ou des aptitudes spécifiques qui les prédestineraient à des activités ou des comportements particuliers. Dans cet ordre d'idées, on trouve des travaux qui cherchent à prouver que les circonvolutions du cerveau des femmes ou leurs hormones expliquent leurs comportements sociaux, ces derniers d'ailleurs ayant une valeur sociale moindre que ceux qui sont attribués « naturellement » aux hommes.

Face à ces courants de pensées toujours plus ou moins en vigueur, sont nés d'autres courants théoriques à la suite de Simone de Beauvoir, qui a marqué la pensée féministe française par son fameux « *on ne naît pas femme, on le devient* ». Le courant universaliste considère que la définition de l'individu ne peut être réduite à ses particularités biologiques. Rien ne justifie que la différence anatomique des sexes fonde une différence de rôle social, caractérisée de surcroît par une asymétrie hiérarchisée. Il permet de mettre en évidence les discriminations, non seulement en produisant des connaissances sur les femmes, mais aussi et surtout en déconstruisant les concepts qui masquent les inégalités et les perpétuent. L'invisibilité des femmes est ainsi organisée par exemple par l'assimilation du travail domestique non rémunéré à du non-travail. Ce courant s'oppose au courant dit essentialiste qui aspire à la reconnaissance d'une spécificité féminine inhérente à la capacité reproductive des femmes, mais une spécificité qui doit pouvoir se libérer des diktats de la domination masculine.

Dans les années soixante, la société a évolué dans le sens de corriger ce qui dans la loi et les pratiques sociales cristallisait l'infériorité des femmes, le contrôle de leur sexualité et de leur fonction reproductrice, leur enfermement dans la sphère privée et le non-accès aux biens et à l'exercice du pouvoir. La « neutralisation » de la loi, l'ouverture des enseignements aux femmes, la mixité, l'exercice du droit de vote, du droit de choisir, ont permis ainsi d'introduire progressivement une égalité de principe dans tous les espaces privés et publics. Ces ouvertures ont levé peu à peu des verrous et des obstacles concrets à l'égalité. Elles ont ouvert également aux hommes la possibilité théorique de s'investir davantage dans la sphère privée. Mais on a pu constater dans les dernières années qu'elles ne constituaient pas à elles seules un levier suffisant pour impulser activement l'évolution des pratiques sociales et des représentations.

L'analyse de genre doit aujourd'hui éviter les écueils de deux extrêmes, qui seraient réducteurs pour l'analyse.

Reconnaître les différences entre hommes et femmes en refusant la domination masculine, la référence permanente aux valeurs masculines et donc la sous valorisation du corps et des activités féminines, ne doit pas conduire à revendiquer une spécificité « naturelle » des femmes en tant que telles, en raison de leur « sensibilité » ou de leur rôle particulier dans la reproduction humaine. Cette approche « essentialiste » naturalise les relations sociales, masque les relations de pouvoir, ainsi que ses enjeux culturels et sociaux, et conduit à inhiber les possibles évolutions.

Appliquée au domaine de la santé et des violences, elle conduirait à penser que si les victimes de violences domestiques sont presque exclusivement des femmes dans toutes les couches sociales, c'est parce que celles-ci seraient naturellement plus « naïves » ou confiantes et que les hommes tireraient de leur agressivité « naturelle » une propension à exercer le contrôle et la violence. Or tous les hommes qui ont un fonctionnement hormonal normal, ne frappent pas leur femme. Et l'existence des quelques cas, où les relations de pouvoir ont pu s'inverser, serait inexplicable. Des interprétations psychologiques de type « essentialiste » peuvent également conduire à penser que les femmes auraient une certaine propension au masochisme et que les hommes ont des besoins irrépressibles d'exercice du pouvoir ou de leur sexualité. Elles font peu de cas du poids de l'injonction sociale faite aux femmes qui les pousse encore à prendre en

charge le bien-être et la santé des autres, ceux des enfants mais aussi de leurs conjoints et parents, et à leur donner la *priorité* sur leur propre santé et intégrité. Elles oublient aussi que les hommes sont constamment mis au défi par leurs pairs de prouver leur valeur et leurs capacités sexuelles. Cependant, seule une petite minorité d'entre eux utilise la violence pour ce faire.

La définition de la personne ne peut être réduite à ses particularités biologiques et c'est par une construction sociale et culturelle, susceptible de variations historiques que la différence anatomique des sexes a justifié une hiérarchie sociale et des représentations la justifiant.

Se profile parfois un autre excès : il conduit certain(es) à considérer que les discriminations structurelles ont disparu grâce à l'égalité juridique, l'accès à l'éducation, la contraception, c'est-à-dire qu'il ne dépendrait plus que des femmes elles-mêmes d'exercer individuellement ou collectivement leurs nouveaux droits et leurs libertés. Dans cette optique, la dénonciation des discriminations persistantes ou la mise en œuvre d'actions « proactives » c'est-à-dire relevant du principe de « discrimination positive » risquerait d'enfermer les femmes dans une situation « victimisante ». Cette tendance sous-estime la persistance des processus encore à l'œuvre dans la société moderne : les représentations se recyclent constamment sans changer fondamentalement : la liberté sexuelle peut se faire au profit des stéréotypes, le développement de la compétitivité favorise la réaffirmation virile, des résistances s'organisent, de nouvelles discriminations ou tensions notamment raciales surgissent et se combinent avec les anciennes, l'individualisation croissante et la protection de la vie privée rendent difficile la mise en évidence de phénomènes comme les violences domestiques, alors que, justement, leur dénonciation devient socialement un peu plus légitime. Des discours contradictoires se croisent dans les médias et sur la scène publique, il n'est pas facile de discerner les mouvements de fonds qui sont à l'œuvre.

Les hommes et les femmes sont à la fois pris dans des rapports sociaux existants et acteurs de la reproduction / transformation des modalités de ces rapports. Les rapports sociaux se réélaborent à chaque génération dans les processus de socialisation et les interactions quotidiennes. Plusieurs générations sont probablement nécessaires pour modifier et démocratiser réellement une inégalité aussi profondément inscrite dans l'histoire de l'humanité.

À l'avenir, il sera nécessaire d'étudier de façon critique la construction de la virilité, ses rituels, les mécanismes de conditionnement des garçons pour leur apprendre à exercer le pouvoir et la sexualité, à dissimuler leurs affects, à se distancer du « monde des femmes » et de tout ce qui s'y associe, à construire leur « supériorité », par rapport à leurs pairs et surtout par rapport aux femmes, comme constitutive de leur identité. Si le concept de « crime d'honneur » (l'honneur des hommes consistant à contrôler « leurs » femmes ou à les partager avec leurs pairs) semblait avoir disparu, il revient au galop : il se recycle au sein de bandes de quartiers, sous forme de viols collectifs, ou dans la version du « crime passionnel ».

La manière d'aborder les relations entre la santé et les violences en termes de « genre » permet donc d'expliquer plusieurs types de mécanismes et de les problématiser. Elle montre :

- Pourquoi les violences masculines sont une manifestation persistante de domination des hommes sur les femmes et de reproduction de celle-ci dans la société moderne ?
- Pourquoi elles s'exercent principalement dans la sphère privée, sans exclure les violences s'exerçant dans la sphère publique ?
- Pourquoi certaines violences peuvent avoir comme but d'atteindre l'honneur d'hommes adversaires, à travers le corps de « leurs » femmes, comme dans le cas des viols de guerre ?
- Pourquoi certains hommes qui n'ont pas une position sociale dominante, utilisent la violence dans la sphère privée pour rétablir leur image ou une forme de pouvoir et se trouver ainsi conformes au modèle social ?
- Quelles sont les répercussions des violences sur le corps et sur la santé mentale des femmes, et donc pourquoi il faut les combattre au nom de l'égalité à atteindre mais également en

raison du poids qu'elles ont sur le système de santé public, par des actions multiples et d'envergure ?

- Quel est leur impact sur la santé des enfants des deux sexes et comment on peut observer des mécanismes de reproduction intergénérationnelle ?
- On peut ainsi identifier des violences qui sont destinées à « punir » ceux ou celles qui s'écartent du modèle hétérosexuel basé sur la domination masculine virile. En ce sens, les violences « homophobes » et « lesbophobes » faites à des hommes ou des femmes dont l'orientation sexuelle s'écarte du modèle dominant, doivent être prises en considération.
- Aborder la prostitution, en tant que marchandisation de la sexualité et du corps de femmes (majoritairement) et d'hommes qui s'inscrivent dans la même relation, fait partie des violences sexistes. Loin d'exprimer une liberté à disposer de son corps, elle relève des représentations qui permettent à des hommes d'acheter ou de louer des corps pour satisfaire leur propre sexualité.
- Analyser des pratiques de domination qui peuvent être exercées par des femmes quand elles croient de leur devoir d'imposer à leurs filles les normes qu'elles ont elles-mêmes subies : cas des mutilations sexuelles et autres « pratiques traditionnelles néfastes ».
- Ouvrir de nouvelles possibilités d'intervention qui s'attaquent à la source des problèmes, c'est-à-dire qui affrontent directement les systèmes de valeurs et les pratiques qui les mettent en œuvre : soit en agissant auprès des auteurs de violences, soit en engageant des actions de prévention auprès de jeunes des deux sexes.

II. De la domination materno-viriarcale

(Éric Verdier, Ligue des droits de l'Homme ; note sur le genre à l'attention des membres de la Commission « Genre et violence »).

Si la domination masculine est un invariant d'un point de vue sociologique et anthropologique dans la quasi-totalité des sociétés humaines, la primauté du rôle de la mère sur la construction psychologique et identitaire de l'enfant l'est tout autant. Dans les sociétés dites improprement « patriarcales », le père ne s'intéresse véritablement aux enfants qu'à un âge relativement avancé, et plus particulièrement des garçons qu'il va initier à l'apprentissage de la virilité. Ce sont les mères qui s'occupent donc de l'éducation des enfants des deux sexes, puis exclusivement de celle des filles jusqu'à ce qu'elles soient en âge de se marier. Autrement dit, les mères ont le pouvoir sur leur fille jusqu'à ce qu'elles deviennent mères elles-mêmes, alors que les fils occupent le champ du pouvoir viriarcal dès qu'ils ne sont plus sous leur influence. Inversement, les pères bénéficient du pouvoir que leur confère leur position sociale de dominant, sur tous les espaces autres que la relation mère-enfant. C'est donc la puissance de l'homme, et non celle du père, et celle de la mère, et non celle de la femme, qui dessinent les contours de la construction psychique de ces filles et ces fils, ce que révèle la fragilisation de la puissance paternelle contemporaine, lorsque le viriarcat n'est plus là pour l'étayer. Et ce sont les mères et leurs fils-hommes qui se partagent un jeu de dominations croisées entre l'espace privé et l'espace public, autant sur les pères que sur les filles-femmes. Autrement dit, la domination masculine d'un point de vue sociologique ne peut s'appréhender seule, sans la question de la domination maternelle sur le plan psychologique : la loi du plus fort, celle des fils, symboliquement associée à la première, ne peut exister sans la puissance de leur enchaînement au lien maternel, et leur volonté de s'en émanciper, en tant que prérogative d'une autre forme de toute-puissance, celle de leur mère. Le terme le plus exact pour désigner les mécanismes de domination sexués et sexuels à l'œuvre devrait être donc celui de domination materno-viriarcal. La tentation d'infantilisation des hommes et de victimisation des mères pourrait en être l'un des révélateurs, au jour où la prise de conscience de la transformation des rapports sociaux de sexe est à son apogée.

La question du genre y est directement articulée. Mais il nous faut au préalable discerner les quatre composantes de l'identité : l'identité sexuée (le sexe biologique), l'identité sexuelle (le sexe psychique),

l'identité de genre (le sexe social), et l'orientation sexuelle (donnée psycho-socio-affective). Dans le psychisme, ces quatre dimensions coexistent, et sont parfois en opposition avec ce qui est montré, voire le corps lui-même. Ainsi, indépendamment de son sexe de naissance et toutes les combinaisons étant possibles, une personne peut être mâle ou femelle, se sentir homme ou femme, se présenter comme masculine ou féminine, et s'identifier enfin comme homosexuel ou hétérosexuel. L'intégrisme identitaire, idéologie directement issue de la valence différentielle des sexes, impose de voir l'identité humaine nécessairement divisée en deux, suivant deux chaînes de signifiants opposés : un mâle humain est forcément un homme masculin et hétérosexuel, et une femelle humaine se doit d'être femme féminine et potentiellement homosexuelle. Déplacer l'un de ces éléments pour un individu le rapproche invariablement de la chaîne de signifiants complémentaires. Mais en réalité, ni la nature, ni la culture n'aiment les oppositions binaires, et dans chacun de ces champs, il existe des « entre-deux » : les hermaphrodites pour le champ biologique, les transsexuel(le)s pour le psychique, les androgynes pour le social, et les bisexuel(le)s pour celui de la sexualité. Et si la question du genre nous interpelle si fortement, c'est qu'elle situe spécifiquement le lieu de la véritable transgression, celle qui est sanctionnée car la seule visible (les trois autres champs peuvent demeurer masqués) et qui désignent par là même ceux et celles qui trahissent la chaîne de stéréotypes binaires qui leur est imposée. Car si l'homme domine la femme, et la mère le père, comment ce jeu de domination croisées entre la toute-puissance de l'homme et celui de sa mère va-t-il s'opérer dans l'entre-femmes, dans l'entre-hommes, et entre hommes et femmes ? Précisément à partir du genre : ce sont les hommes dits « féminins » (et doublement s'ils sont pères), et les femmes au comportement « masculin » (d'autant plus qu'elles ne sont pas mères), qui sont pointés du doigt, parfois jusqu'à la violence la plus extrême, qu'il s'agisse de jeunes enfants, d'adolescents ou d'adultes économiquement productifs où l'on va les cantonner dans des domaines réservés. Au niveau du couple, la violence de l'homme sur la femme s'articule précisément là où la femme montre des signes d'émancipation du joug viriarc. Quant au domaine de la parentalité, la domination maternelle s'exerce d'autant plus fortement que les pères montrent une part de « féminité », notamment parce qu'ils revendiquent une place quotidienne auprès de leurs enfants. Dans l'entre-hommes, la domination masculine s'exerce d'abord et avant tout par les plus « virils », en fonction des codes sociaux qui définissent la masculinité, sur ceux qui sont les plus faibles et donc les plus proches de la féminité, ou sur ceux qui refusent de considérer les femmes comme inférieures. Dans l'entre-femmes, la domination maternelle s'exercerait prioritairement sur celles qui cherchent avant tout à s'en émanciper, là aussi incarnée par la « masculinité » de certains de leurs comportements, ou le fait de considérer le père à une place égale de celui de la mère.

Bibliographie :

Badinter Elisabeth (1981, 1990, 1992, 2003), Bruckner Pascal (1995), Castelain-Meunier Christine (1988, 1991, 1994, 1997, 2002), Chabot Marc (1987), Cheverny Julien (1978), Clerget Joël et Marie-Pierre (1992), Corneau Guy (1989), Dallaire Yvon (2002), Delaisi de Parceval Geneviève (1981), Dorais Michel (1988, 1991, 1994, 1995, 1997, 1999), Dulac Germain (1993, 1994, 1997, 1998, 2001), Dumas Didier (1990, 1999), revue Esprit (collectif 2001), Firdion Jean-Marie et Verdier Eric (2003), Olivier Christiane (1980, 1988, 1990, 1994, 1997, 1999, 2000, 2002), Rondeaux Alia (2001), Torrent Sophie (2001), Vaillant Maryse (2003, 2004), Welzer-Lang Daniel (1988, 1991, 1992, 1993, 1994, 1999).

Annexe 3

CONDITIONS FAVORISANT LE DÉCLENCHEMENT ET LA CONJURATION DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL

(Extrait du rapport de la Commission « Violence, travail, emploi, santé »)

I. Les conditions favorisant le déclenchement de la Violence dans le travail

Dans ce chapitre, il s'agit d'examiner plus précisément ce qui dans l'évolution des rapports sociaux de travail, en particulier dans les dernières années, contribue à accroître les risques de violence. L'investigation suggère que les conditions favorisant la violence sont liées à des choix et décisions en matière d'organisation du travail.

A. La réduction des effectifs

Les "dégraissages" d'effectifs favorisent l'augmentation des tensions dans les rapports de travail par plusieurs effets qui peuvent s'accumuler.

La réduction d'effectifs se traduit en général par une réorganisation du travail et une nouvelle répartition des tâches. Pour des raisons évidentes, la charge de travail de ceux qui restent augmente. Les difficultés à faire face aux contraintes se traduisent par l'augmentation des conflits entre agents du fait que l'allocation des moyens devient un enjeu de marchandage et de concurrence entre services, entre équipes, et entre membres du personnel. Faute des conditions, rarement réunies, qui permettraient de reconnaître la responsabilité de la nouvelle organisation du travail dans les difficultés rencontrées, les agents ont souvent tendance à s'accuser les uns les autres d'insuffisance, d'incompétence et plus généralement d'occasionner une gêne à l'accomplissement du travail. Souvent, l'accroissement de la charge de travail fait monter entre les travailleurs, acrimonie, accusations, insultes, méfiance, etc... Cette "psychologisation" des contraintes organisationnelles est délétère et fait naître non seulement le ressentiment mais, au-delà, la rancune et la haine, autant de conditions favorisant la violence.

Les effets de la réduction d'effectifs ne se limitent pas à la dégradation du vivre ensemble dans le travail. Ils consistent aussi dans la mise à pied de salariés, dans des conditions et selon des modalités qui sont loin d'être toujours équitables. Les licenciés viennent gonfler les effectifs des chômeurs avec tout le cortège de risques psychopathologiques dont il a été question au chapitre consacré plus haut aux incidences de la privation de travail sur la violence sociale.

B. Les "réformes de structure", les restructurations et les "concentrations"

L'impact psychologique des restructurations de l'organisation du travail à l'occasion des fusions-acquisitions, ou des changements de direction, des mutations dans les styles ou les modes de management ou de gestion des ressources humaines, est considérable.

Il convient de distinguer au moins deux cas de figures :

- Dans le premier, il s'agit d'une restructuration à l'intérieur d'une même entreprise qui s'ajuste à l'évolution du marché. Cette restructuration, comme toutes les transformations importantes, fait surgir beaucoup de difficultés du côté de la direction de l'entreprise et de l'encadrement, car il faut faire changer les références communes, faire évoluer les conduites, les comportements, les attitudes des salariés, d'une part ; car une fois décidée la réforme, il faut la rendre effective à une cadence soutenue, d'autre part. De sorte que la réforme de structure se fait souvent avec une certaine brutalité, dans un climat d'urgence : les hésitations, les allers et retours, les rectifications d'orientation, les changements d'affectation, etc... provoquent des sentiments d'exaspération et d'injustice. Ils déstructurent surtout les collectifs et désorganisent la coopération, ce qui aboutit une fois de plus à une augmentation de la charge de travail.

Comme le montre de façon particulièrement détaillée le cas présenté par Marie Grenier-Pezé à la Commission, l'ensemble du processus qui conduit de la restructuration de l'organisation du travail (dans une chaîne de préparation de repas, le remplacement de la chaîne chaude par une chaîne froide) jusqu'à l'apparition de violences, peut être retracé dans son détail. Dans ce cas qui figure en annexe du présent rapport, on pourra se rendre compte de la façon dont la déstabilisation de la coopération, du collectif de travail et des règles du vivre ensemble, aboutissent en quelque temps à l'isolement, puis à la persécution des femmes d'origine étrangère qui se trouvent placées au bout de la chaîne de travail. Pendant ce temps, les tensions qui montent entre les agents, notamment parmi la maîtrise et les cadres, en raison de la surcharge de travail occasionnée par les nouvelles normes de qualité et l'accroissement des objectifs de production, conduisent à l'installation progressive d'un harcèlement sexuel qui se solde par des viols, des décompensations somatiques et des désordres pour la santé de nombreux agents de l'entreprise.

S'il convient de prendre connaissance du détail de cette analyse, c'est parce qu'elle montre qu'il ne s'agit pas là d'un enchaînement particulièrement malheureux qui aurait, par malchance, "mal tourné". Au contraire, l'analyse de Marie Grenier-Pezé montre de façon convaincante que l'organisation du travail engage, *de facto*, non seulement dans cette entreprise particulière mais dans toute entreprise, administration, service ou institution, des enjeux majeurs vis-à-vis du vivre ensemble, des rapports sociaux de travail, de la violence ou de l'entente, et de la santé.

Ignorer les enjeux psychologiques et sociaux de l'organisation du travail, c'est-à-dire ce qu'elle engage vis-à-vis de la structuration-déstructuration du monde social d'une part, de la santé d'autre part, constitue une faute. Sans doute faut-il y insister pour que l'ignorance cesse de servir de paravent à la gestion inconséquente des restructurations et de leurs répercussions sur la santé des salariés.

- Dans le second cas de figure, il s'agit d'une restructuration consécutive à une fusion-acquisition. Les difficultés, en termes de travail, occasionnées par les changements sont beaucoup plus importantes qu'on ne pourrait le croire. La fusion-acquisition consiste pourtant à maintenir les activités existantes et à les coordonner à un niveau organisationnel plus élevé. C'est faire peu de cas de ce qui se passe concrètement dans les directions des entreprises fusionnantes. Avant même l'annonce officielle de la fusion, commence la lutte de concurrence entre membres des personnels de direction pour déterminer qui restera et qui partira. En jouant une équipe, voire une personne, contre une autre, les dirigeants mobilisent en fait de multiples ressources matérielles, humaines et symboliques. Une équipe ou une personne qui reste, cela peut signifier aussi une certaine culture d'entreprise, un

certain style de management, un certain nombre d'options technologiques et gestionnaires, qui sont convoquées comme instrument de marquage des territoires et des zones d'influence respectives.

Les différences ne sont pas de détail ni anecdotiques. Bientôt, c'est l'ensemble des rapports sociaux de travail qui est pris en otage, jusque dans les niveaux les plus subalternes des deux entreprises. Les rumeurs courent avec parfois des jeux complexes d'informations, de rétention d'informations et de désinformation qui déstructurent sérieusement les bases du vivre ensemble et ont tendance à individualiser les agents, à casser les solidarités, et à générer appréhension et méfiance entre les salariés.

C. La flexibilité

C'est le terme par lequel on désigne la flexibilité des salariés vis-à-vis de l'emploi, des statuts, des places, des fonctions. (Gollac M., Volkoff S. - 2001). La flexibilité renvoie à la malléabilité du personnel vis-à-vis des fluctuations, des besoins de main d'œuvre des employeurs. De nombreuses études ont été consacrées à l'analyse des conséquences psychologiques et sociales de la flexibilisation. L'étude consacrée par R. Sennett (1998) récapitule les inconvénients psychologiques sous le nom de "corruption du caractère".

D. La pression exercée par l'évaluation individualisée des performances

1. L'évaluation

Premièrement, l'évaluation individualisée des performances a été rendue possible par le contrôle informatisé de l'activité qui permet le suivi individualisé de chaque opérateur, de ses gestes et de ses modes opératoires. Il faut souligner que ce contrôle n'est pas passif, mais suppose la collaboration de l'agent qui doit périodiquement ou constamment saisir des données sur son activité dans le terminal ou l'ordinateur. L'auto-contrôle en est la forme achevée.

L'évaluation individualisée lorsqu'elle est couplée à des contrats d'objectifs ou à une gestion par objectifs, lorsqu'elle est rassemblée en centre de résultats ou encore en centre de profits, conduit à la mise en concurrence généralisée entre agents, voire entre services dans une même entreprise, entre filiales, entre succursales, entre ateliers, etc... Cette concurrence, lorsqu'elle est associée à la menace de licenciement conduit à une transformation en profondeur des rapports du travail. L'individualisation dérive alors vers le chacun pour soi, la concurrence va jusqu'aux conduites déloyales entre collègues, la méfiance s'installe entre les agents. Ceci s'observe très bien chez les employés, les ouvriers et les techniciens, mais cela s'observe aussi chez les cadres, y compris les cadres dirigeants qui sont contraints de se surveiller constamment les uns les autres pour ne pas se laisser distancer et risquer ainsi de perdre le pouvoir dont ils disposent, bien sûr, mais aussi leur sécurité d'emploi.

Le résultat final de l'évaluation et des dispositifs connexes est principalement la déstructuration en profondeur de la confiance, du vivre ensemble et de la solidarité. Et au-delà, vient l'abrasion des ressources défensives contre les effets pathogènes de la souffrance et des contraintes de travail. L'isolation et la méfiance s'installent et ouvrent la voie à ce qu'on appelle les pathologies de la solitude, qui semblent être un des dénominateurs communs des nouvelles pathologies.

Ensuite, les évaluations peuvent être utilisées comme moyens de pression et génèrent donc des risques importants de surcharge de travail, avec dans leur sillage, tout le cortège des pathologies de surcharge que j'ai évoquées auparavant. Les évaluations en question, évaluations individualisées des performances, sont au demeurant critiquables parce qu'elles sont arbitraires. L'évaluation quantitative et objective du travail, en effet, ne peut être que prétexte à l'arbitraire parce qu'il est facile de montrer que l'essentiel du travail n'est pas évaluable objectivement et quantitativement. Il s'ensuit inévitablement des sentiments confus d'injustice

qui ont aussi leur part dans l'apparition des décompensations, notamment à forme de syndromes dépressifs et de syndromes de persécution.

2. La qualité totale

À côté de l'évaluation, la qualité totale peut être identifiée comme source ou cause de l'aggravation des pathologies mentales au travail. On peut montrer par de multiples approches aussi bien psychologiques qu'ergonomiques ou sociologiques, que la qualité totale est impossible.

Il y a en effet un décalage irréductible entre les prévisions, la planification des méthodes et les prescriptions d'un côté, le travail effectif ou concret de l'autre. Contrairement à ce que prétendent de nombreuses doctrines, il n'y a jamais de production parfaite dans le travail, pas plus dans les secteurs industriel ou agricole que dans les secteurs financier ou commercial. En imposant la qualité totale, on génère inévitablement une course aux infractions, aux tricheries, voire aux fraudes. Car il faut bien satisfaire aux contrôles et aux audits pour obtenir une certification. Annoncer la qualité totale, non pas comme un objectif, mais comme une contrainte, génère toute une série d'effets pervers qui peuvent avoir des incidences désastreuses. Ces tricheries nécessaires et inévitables générées par la qualité totale ont, en effet, un coût psychique énorme, non seulement en termes d'augmentation de la charge de travail, mais aussi en termes de problèmes psychologiques. La contrainte à mentir, à frauder, à tricher avec les contrôles met beaucoup d'agents en porte-à-faux avec leur métier, avec leur éthique professionnelle et avec leur éthique personnelle.

Il en résulte une souffrance psychique qui est en cause dans les syndromes de désorientation, de confusion, de perte de confiance en soi et de perte de confiance dans les autres, dans les crises d'identité et dans les dépressions pouvant aller jusqu'au suicide notamment lorsqu'un agent se voit entraîné malgré lui à participer à des pratiques que moralement il réprouve.

L'analyse clinique des causes d'accroissement de la pathologie mentale au travail renvoie en définitive à des causes organisationnelles. Aux principes du Scientific Management avec ses méthodes de surveillance, de contrôle et d'encadrement, s'est bel et bien substitué jusque sur les chaînes de montage un nouveau dispositif qui, lorsqu'il associe les deux principes de l'évaluation individualisée des performances et de la qualité totale, engendre des pathologies de surcharge et des pathologies nouvelles.

Un point de précision nécessaire dont il n'a pas encore été question et que n'explique pas cette analyse, c'est l'augmentation des pathologies post-traumatiques et des pathologies de la peur. Une partie des violences dont sont victimes les agents dans l'exercice de leur profession vient pourtant aussi des contrats d'objectifs et de l'évaluation des performances, lorsqu'elles conduisent les agents à gruger les usagers ou les clients pour faire du chiffre. Une plainte émerge dans beaucoup d'entreprises, dans les banques ou dans les services au public où, pour faire du chiffre, on doit finalement gruger, tromper le client ou l'utilisateur. Ceci génère en retour des violences du public contre les agents. Une partie, donc, des pathologies post-traumatiques résulte bien, aussi, de l'évaluation et de la qualité totale.

L'augmentation de ces pathologies de la peur n'est qu'indirectement liée à ces nouvelles formes d'organisation du travail. Comment ? En permettant d'organiser la flexibilité et de maintenir la pression de la précarisation. Les nouvelles formes de gestion sont très exigeantes et très difficiles à supporter. De surcroît, elles créent des difficultés d'adaptation redoutables pour celles et ceux qui tentent de sortir du chômage. Nombreux sont ceux qui redoutent, dans le cas où ils seraient embauchés, de ne pas pouvoir tenir le coup. Ils deviennent envieux et agressifs à l'égard de ceux qui ont un emploi et se montrent capables de faire face aux contraintes qui lui sont associées. Le chômage et les effets en retour des nouvelles formes d'organisation du travail et de gestion sur la précarisation de l'emploi font monter la violence sociale et de la délinquance. En fin de compte ce sont encore l'évaluation individualisée et la qualité totale qui, en

marginalisant des masses de jeunes, sont cause de l'augmentation des pathologies de la peur et des pathologies post-traumatiques chez ceux qui travaillent.

E. Le travail clandestin

Le travail clandestin constitue en général un facteur de risques pour le développement non seulement de la violence comme dimension émergente des rapports sociaux de travail, mais comme instrument d'exercice du pouvoir et de la domination. C'est un facteur de risque majeur en ceci que la clandestinité comme zone de non droit rend quasiment impossible une régulation et un contrôle de la violence. Cette question a déjà été évoquée précédemment .

F - Conclusion

En conclusion de ce chapitre, nous voudrions insister sur deux points:

- La réduction des effectifs, les restructurations, la flexibilité, l'évaluation des performances et la qualité totale, le travail clandestin, ne sont pas toujours, par essence, voués à générer la violence et ses conséquences désastreuses sur la santé des agents et, par un effet de cascade, sur celle de la génération des enfants. Ces questions de gestion des rapports entre contraintes de production, nature de l'activité et santé des agents, sont présentes de tout temps dans les entreprises. Il y a toutefois différentes manières de procéder à ces réajustements dans la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail. Depuis le "tournant néo-libéral", tous les praticiens de la santé s'accordent à reconnaître que les problèmes de psychopathologie du travail, incluant les pathologies de surcharge, ne cessent d'augmenter, jusque et y compris les maladies professionnelles et les accidents du travail affectant au premier chef la santé du corps, plus encore que la santé mentale (Gollac M., Volkoff S. - 2001).

Le point le plus important, au plan théorique, c'est que dans toutes les analyses et dans les orientations de l'action, on ne doit pas dissocier deux dimensions avec d'un côté les rapports sociaux de travail, de l'autre le procès de travail. On ne devrait pas traiter de l'une des dimensions sans traiter aussi de l'autre. Il serait erroné de diviser les tâches des experts ou des spécialistes entre d'un côté la partie sociale du travail qui relèverait de l'intervention de sociologues consultants-praticiens, d'observatoires sociaux ou de services de ressources humaines et de l'autre la partie productive qui relèverait de l'ingénierie des méthodes, de la conception ou des sciences de l'ingénieur.

L'évolution des rapports sociaux de travail ne dépend pas que d'une option managériale ou pratique surplombant le travail concret. L'évolution des rapports sociaux de travail est inévitablement incluse dans toute conception, transformation ou restructuration de l'organisation matérielle du travail et des activités. Cela a été particulièrement démontré par la sociologie de la division sociale et sexuelle du travail (Hirata H., Kergoat D. - 1988). Qu'on le reconnaisse ou non, l'organisation technique du travail est toujours en même temps une organisation sociale des rapports entre ceux qui travaillent (Shaiken H. - 1984).

Depuis une vingtaine d'années la tendance a été de dissocier les deux dimensions et de traiter les questions de ressources humaines comme totalité, sans analyse conséquente de ce que cela implique du point de vue de l'activité, de la charge de travail, de la coopération. C'est une erreur théorique qui se double malheureusement de conséquences lourdes pour la santé. La violence est souvent une conséquence indirecte de cette conception erronée et de son application. Il n'y a pourtant pas de fatalité dans l'accroissement de la violence. Il faut toutefois, pour la prévenir, se doter des instruments théoriques adéquats.

- La réduction des effectifs, les restructurations, la flexibilité, l'évaluation des performances, la qualité totale, le travail clandestin, s'ils ont des incidences majeures sur le développement de la violence au travail, agissent tous par le même mécanisme : en déstructurant la solidarité, en désorganisant la coopération, et en sapant les bases du vivre ensemble qui sont le ressort principal de la prévention ordinaire de la violence au travail.

II - LES CONDITIONS FAVORISANT LA CONJURATION DE LA VIOLENCE DANS LE TRAVAIL

Au risque de lasser le lecteur, on dira une fois encore qu'en assurant les conditions propices à un compromis convenable entre les humains et le travail, le dirigeant politique dote la cité du moyen le plus puissant de conjurer la violence sociale.

L'expression "compromis convenable" n'aurait aucune validité si l'on ne pouvait en préciser les caractéristiques. Nous avons vu au chapitre d'introduction comment le travail peut prendre place dans la structuration de l'identité et, grâce à cette dernière, dans la construction et la maintenance de la santé mentale. C'est en tant qu'il peut être médiateur de santé mentale, que le travail constitue un moyen de conjurer la violence comme expression de la souffrance et de la pathologie.

A. La responsabilité politique

La réalisation d'un compromis convenable entre l'humain et le travail ne relève pas de la responsabilité du dirigeant politique. La responsabilité de ce dernier concerne la conception et la maintenance des "conditions de possibilité" d'un compromis convenable entre l'humain et le travail, grâce en particulier à la loi.

En effet, à supposer que ces conditions de possibilité soient satisfaites, il n'est pas certain que le compromis convenable soit obtenu, car la mise en place de ce compromis relève de la responsabilité de l'employeur qui détient le pouvoir sur l'organisation du travail d'une part ; de la responsabilité des travailleurs qui, possédant l'expérience du travail, se doivent de la faire connaître et de la rendre intelligible pour négocier des compromis, d'autre part.

La responsabilité propre aux dirigeants politiques porte sur deux points principalement :

1) La politique de l'emploi

- La politique de l'emploi, lorsqu'elle traite le chômage par des dispositifs d'assistance, de pension ou d'allocation, n'apporte pas de réponse au problème de la violence sociale. Les allocations traitent les problèmes de la subsistance et de la pauvreté, mais génèrent en même temps le clivage de la population avec des conflits d'intérêt et dans leur sillage le mépris social et l'humiliation, pour les assistés, dont on sait qu'elles sont un ferment de violence.

Le plein emploi, à l'inverse, est globalement une condition plus favorable à la formation d'un compromis convenable entre santé et travail. Mais il n'entraîne pas mécaniquement ce compromis, qui, pour une bonne part, dépend de la volonté des acteurs eux-mêmes (employeurs ou commanditaires et travailleurs). Le plein emploi est favorable à la formation de compromis convenables si et seulement si l'organisation du travail intègre dans ses objectifs la recherche de ces compromis.

2) La législation du travail

- La législation du travail. Ce qui est ici visé ne concerne pas le contenu ni l'esprit du droit du travail. Que des progrès, des ajustements, voire des remaniements plus amples du droit du travail soient

nécessaires, c'est effectivement un objet de discussion sur lequel nous reviendrons au chapitre du traitement de la violence dans le travail (quatrième partie). Mais au préalable il faut insister sur la question que posent les infractions et les violations du droit du travail. En ce qui concerne la violence, les manquements, la désinvolture, le mépris du droit sont délétères. Ils sont producteurs de violence de deux façons principalement :

- Les violations du droit du travail prennent souvent la forme de manquements aux réglementations de sécurité et de sûreté. En engageant, *de facto*, l'intégrité physique des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, intoxications aiguës, etc...), la violation du droit est en soi une violence, *stricto sensu*. Nous avons déjà envisagé plus haut les problèmes soulevés par la sous-traitance, en particulier la sous-traitance en cascade, le travail précaire et le travail clandestin qui, allant parfois de pair, sont des niches particulièrement touchées par les violations du droit du travail.
- Les infractions et les violations du droit, lorsqu'elles ne prennent pas cette forme particulière d'atteinte directe à l'intégrité corporelle, même si elles ne mettent pas directement en cause la sécurité des corps au travail, génèrent le ressentiment, non seulement chez les victimes mais chez les témoins. Du ressentiment à la violence, la distance est parfois courte. Il s'agit alors de violences indirectes, c'est-à-dire de violences réactionnelles qui ont été analysées au chapitre de la violence comme conséquence dans le monde du travail (deuxième partie – chapitre III).

La législation du travail implique ici la responsabilité du dirigeant politique en ce qui concerne la volonté et les moyens mis en œuvre pour faire respecter la loi (même si le respect de la loi ne dépend pas exclusivement du pouvoir politique). Le contrôle et les sanctions venus d'en haut, en effet, sont insuffisants. La reconnaissance par les acteurs et leur volonté explicite de respecter le droit conditionnent son effectivité.

B. Les conditions de la coopération et l'espace de discussion

La possibilité de bâtir des compromis convenables entre santé et travail et de conjurer ainsi la violence dans le travail d'abord, dans la cité ensuite, est suspendue à des orientations précises en matière d'organisation du travail. Nous avons, à plusieurs reprises, rencontré les questions soulevées par l'effritement des solidarités dans le monde du travail. Le pouvoir de prévenir la violence, le travail ne le tient pas que de la formation de la solidarité, si par ce terme on entend l'union et l'entraide face à l'adversité, mais aussi de la coopération.

La coopération n'est jamais une donnée naturelle. Elle ne peut être obtenue par le seul fait d'une prescription, celle qui prend la forme concrète de la coordination. La coordination relève de l'ordre de travailler ensemble. Elle repose sur la division des tâches, des prérogatives et des responsabilités. L'organisation du travail consiste d'abord en une division du travail. Mais si les agents respectaient scrupuleusement les prescriptions et les domaines de responsabilité, il n'y aurait aucun travail collectif. Il en va du rapport entre coordination (travail prescrit) et coopération (travail effectif) comme du rapport entre tâche et activité qui a été évoqué dans la première partie. C'est de la volonté propre des agents que relève l'invention des moyens de la coopération.

En amont du travail collectif, le rapport tâche / activité implique la mobilisation de l'ingéniosité, c'est-à-dire de l'intelligence de chaque sujet confronté au réel du travail. De chaque sujet cela exige inévitablement qu'il découvre son propre chemin, invente ses propres ficelles, trucs et astuces, pour faire face à la résistance de la matière et des outils. L'ajustement entre tâche et activité, les astuces du travail, impliquent souvent des infractions aux prescriptions. C'est une raison importante (mais pas la seule) de la dissimulation des trouvailles et des astuces. L'intelligence au travail se déploie au moins dans une certaine discrétion, parfois dans le secret, au pire dans la clandestinité. On comprend que si chaque sujet fait preuve de zèle, le résultat risque d'être un puissant effet de divergence entre les modes opératoires avec force conflits entre agents sur la manière de travailler.

La coopération suppose que le secret soit dépassé et qu'au contraire, un effort important soit fait par tous pour rendre visibles ces coups de main et ces astuces. À supposer que tous ces modes opératoires soient rendus visibles et intelligibles aux autres, apparaissent inévitablement des contradictions et des incompatibilités. Travailler ensemble, cela suppose qu'on puisse savoir comment chacun travaille et qu'on puisse débattre des avantages et des inconvénients de chaque mode opératoire pour la coopération. Conserver certains modes opératoires, en récuser d'autres, cela peut conduire à une stabilisation d'un mode de travail commun, qu'on obtient par consensus dans le meilleur des cas, par arbitrage et consentement de tous quand le consensus n'est pas possible.

Les accords ainsi obtenus peuvent acquérir le statut d'usage collectif et avoir valeur normative. D'accord normatif en accord normatif peuvent progressivement se constituer des règles de travail. Plusieurs règles de travail stabilisées deviennent des règles de métier. La formation de ces règles de travail permet à la fois la pratique d'une coopération et la constitution d'un collectif, au sens strict. Un collectif est un ensemble d'agents unis par un consensus sur les règles de travail. Sans règle, il ne s'agit pas d'un collectif de travail mais d'un groupe (ou à plus grande échelle d'une foule).

L'analyse plus approfondie de la formation des règles de travail et des collectifs montrerait qu'il faut accorder une place importante à plusieurs chaînons intermédiaires supplémentaires :

- La confiance entre les agents est une condition *sine qua non* de dépassement du secret. La confiance repose sur des conditions éthiques qui ne peuvent qu'être indiquées ici mais qui constituent une des difficultés principales de la coopération.
- La délibération est un temps nécessaire pour la confrontation contradictoire des points de vue et repose sur la capacité et la volonté de chacun de s'impliquer dans la discussion.
- Rendre visibles ses coups de main et ses savoir-faire, c'est aussi montrer ses maladroites, ses faiblesses.
- Mais la délibération ne devient effective que si, conjointement à l'explicitation et la mise en visibilité de ses modes opératoires, chacun trouve aussi l'espace et les conditions pour défendre son point de vue, pour le justifier. Il est facile de montrer que dans cet exercice difficile, entrent en ligne de compte non seulement les arguments techniques, mais aussi les arguments éthiques sur le juste et l'injuste, le bien et le mal, sur les avantages et les inconvénients en fonction de toute une série de variables : âge, sexe, formation, ancienneté, antécédents médicaux et chirurgicaux, taille, force physique, etc... De sorte que les arguments de la délibération ne sont jamais strictement techniques, ils sont mâtinés de considérations relatives à la santé, la morale, les valeurs, les traditions, etc... En d'autres termes il ne s'agit pas d'arguments mais d'opinions.
- "L'espace de délibération collective" est donc nécessairement un espace où doivent pouvoir s'exposer des opinions. Un tel espace de délibération est de ce fait structuré comme l'espace public. Dans le cadre de l'entreprise, il est convenu de donner à cet espace la qualification "d'espace de discussion" ou "d'espace de délibération" structuré comme l'espace public.
- Le renoncement est une autre difficulté de la construction des accords car il faut, pour qu'on s'accorde sur un usage, qu'un ou plusieurs autres, renoncent ou acceptent de minorer leur originalité ou leur ingéniosité pour laisser de la place aux autres.
- L'ensemble de cette activité de construction d'accords et de règles de travail sur laquelle repose la coopération constitue ce qu'on convient de caractériser par le terme "d'activité déontique".

L'activité déontique est ce grâce à quoi se constitue la coopération. Elle ne peut aboutir que si elle est alimentée par le désir de s'entendre. La délibération collective orientée vers l'entente est le moyen par lequel se constitue effectivement un collectif, une équipe, une communauté d'appartenance. Son ressort principal est l'espace de discussion ou espace de délibération, qui conditionne, en fin de compte, la formation entre les sujets de liens de solidarité technique et de coopération. Les règles de travail qui font référence sont

aussi une forme d'organisation du respect de chacun, pour autant qu'il respecte les accords et honore de ce fait son appartenance au collectif.

Bien que ramassée ici de façon trop schématique, on peut comprendre que l'activité déontique soit précisément ce grâce à quoi la violence est remplacée par la formation de règles. Ces règles de travail se révèlent pour ce qu'elles sont : elles ne sont jamais exclusivement des règles techniques, elles sont aussi des règles qui organisent le vivre ensemble.

C'est par le truchement de l'activité déontique sur laquelle elle repose, que la coopération est sans doute le moyen à la fois le plus ordinaire et le plus puissant de prévention de la violence en milieu de travail. D'autres études montrent que plus les agents sont impliqués dans l'espace de discussion sur l'organisation du travail, plus ils sont actifs en dehors du travail dans la vie collective, associative et politique dans la cité. L'espace de discussion interne à l'organisation du travail se révèle ainsi comme un lieu d'apprentissage très efficient de l'écoute, de la parole et de l'exercice de la démocratie. C'est là que se trouve le relais entre travail et cité. Mieux l'organisation du travail permet l'activité déontique, mieux elle participe à la prévention de la violence dans la cité. En contrepartie de l'implication dans l'espace de discussion, chacun peut apporter une contribution à l'organisation du travail et à la coopération, et en retour attendre la reconnaissance et bénéficier de la convivialité dans le travail.

Dans le monde du travail, l'activité déontique permet aussi que chacun soit jugé par les autres (reconnaissance) sur son travail et son rapport avec les règles de travail et non sur sa personne. Sur le faire et non sur l'être. Grâce à l'activité déontique, il devient possible à des agents qui pourraient avoir des conflits de personnalité ou de valeurs suffisamment graves pour générer de la violence, de travailler et de vivre ensemble, pour autant que chacun respecte les règles de travail ou les règles de l'art, qui sont aussi un savoir-vivre. C'est en cela que le travail peut catalyser l'entente et conjurer la violence. Ou, pour le dire autrement, ce qui permet de prévenir la violence, c'est fondamentalement la discussion, la parole, l'écoute et l'agir communicationnel. La violence est l'une des manifestations majeures de pathologie de la communication. Dès lors que les voies de l'intercompréhension médiatisée par la parole sont fermées, la violence n'est pas loin.

C. La responsabilité des dirigeants d'entreprises

La qualité de l'espace de discussion dépend foncièrement des choix en matière d'organisation du travail et de conception des rapports entre travail, organisation du travail et gouvernement de l'entreprise.

Reconnaître l'intérêt de l'activité déontique et de l'espace de délibération n'est pas le fait de toutes les directions d'entreprises, d'administrations et de services. Cela suppose d'admettre que travailler ce n'est pas seulement produire, c'est aussi vivre ensemble. Cela suppose d'admettre que les critères d'efficacité, de productivité et de rentabilité sont insuffisants pour diriger rationnellement une entreprise.

Insistons sur ce point. La prévention de la violence dans l'entreprise ne passe pas par une "humanisation" de l'entreprise, ni par une forme ou une autre de sympathie ou de compassion. Elle passe par le respect de la dimension éthique irréductible de l'organisation du travail et de la coopération. La psychologie, aussi subtile soit-elle, ne saurait remplacer l'activité déontique dans la prévention de la violence. Les bons sentiments non plus. Au contraire, l'activité déontique suppose de faire une place à part entière aux conflits d'opinion ; et à la résolution de ces conflits, soit par consensus, soit par compromis rationnel (cf Nicolas Frize dans l'annexe donnée à la fin du rapport).

L'expérience rapportée par Nicolas Frize dans les prisons est, à cet égard, exemplaire. Dans un milieu où beaucoup de forces convergent pour faire éclater la violence, aussi bien entre détenus qu'entre détenus et surveillants, Nicolas Frize montre que par le truchement de l'organisation du travail, il est possible de recréer et du vivre ensemble et de l'efficacité productive. Cette expérimentation sociale qui prend son point de

départ dans une situation particulièrement difficile, son succès, sa permanence sur une longue durée confirment que les principes qu'il a élaborés dans l'atelier de la centrale de Châteauroux sont *a fortiori* utilisables dans les situations de travail ordinaire.

C'est à ces principes et ces conditions qu'il faut accorder une attention particulière. Cela suppose que la direction de l'entreprise, du service ou de l'administration, assume la responsabilité de la maintenance de l'espace de délibération. Que ce soit directement le dirigeant de l'entreprise, ou que ce soit par le truchement de divers échelons de la hiérarchie ou de l'encadrement, il est nécessaire que l'autorité de la direction soit engagée dans la maintenance de l'espace de délibération et la tolérance aux confrontations et conflits d'opinion. Il s'agit ici d'options spécifiques en matière de gouvernement d'entreprise, qui passent non seulement par des décisions, mais par une formation intellectuelle spécifique des dirigeants en matière d'organisation du travail et pas seulement par une formation en gestion ou en direction des ressources humaines. L'activité déontique ne se déploie que dans le langage de l'activité de travail et par référence au travail réel.

Il est important d'y insister, l'apport de l'organisation du travail et de la coopération au développement du vivre ensemble et à la conjuration de la violence, n'est pas de l'ordre de l'utopie. La réussite dépend exclusivement de décisions et d'un engagement de l'autorité.

L'autorité en cause ne ressortit pas au seul statut du dirigeant. L'autorité a constamment besoin de confirmation, de reconduction et d'augmentation. L'autorité s'accroît par le bas. Ce sont les subordonnés qui confirment l'autorité, l'accroissent ou la ruinent. L'autorité est le fait d'une coopération verticale. Les subordonnés savent en général reconnaître l'autorité qui les aide à travailler, celle qui favorise la coopération en procédant aux arbitrages lorsque les conflits ou litiges ne peuvent être résolus par la voie du consensus. Or cette autorité ne se reconduit que si elle s'exerce à propos du travail proprement dit, c'est-à-dire lorsque l'autorité est associée à la compétence professionnelle, à la connaissance et à la reconnaissance du travail.

Car la coopération horizontale et la coopération verticale contiennent la reconnaissance du travail et remplacent souvent avantageusement les procédures d'évaluation individualisée des performances qui, au contraire, comme on l'a vu au chapitre précédent, ont tendance à déstructurer la coopération, les collectifs, la solidarité et le vivre ensemble. Il s'agit donc ici de choix en matière de gouvernement et de direction des entreprises.

D. La responsabilité des organisations syndicales et des organismes paritaires

L'implication des salariés dans l'espace de délibération est nécessaire à l'activité déontique. C'est aussi une difficulté. L'espace de délibération et sa permanence relèvent de l'implication de tous, y compris des délégués du personnel, des délégués syndicaux, mais aussi sans doute des organismes paritaires, en particulier des CHSCT. Car l'espace de discussion existe dans une entreprise sous différentes espèces. Sur les lieux de travail d'abord, mais surtout dans les espaces informels, les espaces de convivialité : le vestiaire dans le BTP, la cantine dans les services, la cafétéria, l'office dans les services hospitaliers, la cuisine dans le bloc des centrales nucléaires, les couloirs dans certaines entreprises de service. Les espaces informels sont irremplaçables. Ils se forment là où on ne les attend pas, où on ne les souhaite pas. Mais ils ne récapitulent pas tous les espaces. Il y a aussi les espaces institutionnalisés : le « staff » dans les services de chirurgie, la synthèse dans les services de psychiatrie, les multiples réunions d'équipe dans les industries de process, le debriefing dans l'aviation, le CHSCT dans les entreprises de plus de 50 salariés, etc... Il y a probablement des rapports de feed-back entre ces différents espaces formels et informels de discussion. Mais cette dynamique est mal connue.

Compte tenu de l'importance de cette question pour l'analyse des rapports entre travail et conjuration de la violence, il paraîtrait utile de lancer une action de recherche ciblée sur le thème des espaces de délibération, des formes et des conditions de leur pérennité. Dans la phase actuelle, il apparaît essentiel de chercher et

de trouver les moyens de catalyser l'activité des CHSCT. Nous y reviendrons dans la quatrième et la cinquième partie.

E. Un exemple *a contrario* : l'affaire Malèvre et la violence contre les malades

Dans les entreprises et les services où la formation des collectifs est combattue par la direction de l'entreprise ou lorsqu'elle est mise en échec du fait des méthodes de direction ou de l'opposition des agents, la violence peut surgir de deux façons principalement :

- Sous la forme de la violence comme conséquence des rapports de travail, que nous avons déjà envisagée à propos des passages à l'acte médico-légaux et des sabotages dans l'industrie et dans les services.
- Sous la forme particulière de la violence contre les usagers ou les bénéficiaires dans les services.

C'est aussi sur cette dernière forme de violence que la Commission thématique souhaite attirer l'attention. Faute d'espace de discussion collectif et d'activité déontique, se constitue une situation où chaque sujet s'affranchit individuellement des difficultés provoquées par la confrontation au réel, c'est-à-dire sans régulation collective, sans référence à des règles de travail communes. Les risques de divergence entre les modes opératoires sont alors importants. Il s'ensuit qu'existent aussi des risques de conflits entre les agents sur la façon de travailler qui, faute d'espace de discussion, ne peuvent être résolus par la délibération et le compromis. C'est à partir de ce niveau que surgissent les risques de violence. Or à la violence latente se propose dans certaines situations de travail une autre issue que la violence manifeste entre agents et la violence retournée contre soi (tentative de suicide et suicide) : c'est la violence retournée contre les clients.

Dans les services de soins, dans les maisons de retraite, dans les longs séjours, dans les services de psychiatrie, dans les internats pour enfants psychotiques et déficients mentaux, les contraintes de travail se caractérisent par le fait que, même quand il est bien conçu et bien organisé, le travail ne peut pas vaincre l'obstacle de la maladie chronique ou l'obstacle de la mort annoncée. La souffrance face au réel du travail est redoutablement éprouvante pour les hommes et les femmes qui sont constamment confrontés à l'échec (aides-soignantes, infirmiers, animateurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, médecins). C'est l'intensité inévitable de la souffrance des sujets impliqués dans ces tâches qui explique qu'en l'absence d'espace de discussion, la violence puisse prendre des formes particulièrement ravageuses.

L'issue consiste dans ces cas à décharger la violence contre les malades (ou les personnes âgées). La tentation de se venger de l'échec du travail de soin ou encore de ce que suscitent affectivement la saleté, l'inertie, l'opposition, voire l'agressivité des malades, par des mauvais traitements ou de la violence contre les malades, est banale. Mais ce dont il est question ici est à la fois plus trivial et plus préoccupant. Face à la résistance que le réel oppose au travail de soin, lorsque toutes les tentatives pour améliorer les résultats ont été mis en échec, la violence peut apparaître comme une solution rationnelle par rapport à l'efficacité et par rapport à la charge de travail. Lorsqu'il y a vingt toilettes de vieillards déments à faire en trois heures, la violence est un moyen efficace d'accélérer le travail. La surcharge de travail ou, ce qui revient au même, le manque de personnel, constitue un élément organisationnel qui catalyse la violence contre les malades. Mais ce n'est pas, sans doute, l'élément déterminant et sur ce point il convient d'attirer tout particulièrement l'attention du lecteur. L'analyse du travail montre de façon indiscutable que ce qui favorise le recours à la violence, c'est l'absence d'espace de délibération et la solitude des agents. La surcharge de travail en effet est une situation banale, elle aussi. Qu'elle occasionne de la souffrance, c'est certain. Mais s'il existe un espace de discussion, cette souffrance et les contraintes organisationnelles qui la provoquent peuvent être reprises pour être soumises à délibération. Mises en délibération à l'initiative du salarié qui souffre, d'abord. Mais dans le cas où il s'abstiendrait de faire remonter les difficultés qu'il rencontre et les "arrangements" auxquels il procède — en l'occurrence l'usage de la violence contre les malades — sa façon de travailler

sera mise en discussion par les autres. À condition, toutefois, que l'espace de délibération ait une existence effective et que fonctionne une coopération dans l'équipe.

Dans le cas de Malèvre, le dossier d'assises est accablant pour l'organisation du travail, mais il en a été très peu tenu compte. Cette femme, accusée d'avoir assassiné de nombreux malades, était sortie major de sa promotion d'infirmières. Particulièrement méticuleuse dans son métier, elle avait cherché à plusieurs reprises de l'aide auprès des collègues et avait même explicitement demandé à participer à un espace de délibération. Or, ses collègues se refusaient à participer à ces groupes de travail. Lorsque ultérieurement elle a cherché de l'aide auprès d'un psychologue, cela a été prétexte à un processus d'isolation par les autres. Pour qui connaît le fonctionnement des équipes hospitalières, il est parfaitement clair que lorsqu'elle a euthanasié des malades, la plupart des collègues devaient le savoir ou auraient dû s'en douter. Mais personne n'a rien dit, personne n'est intervenu. Pas de discussion collective. Lorsqu'elle s'affole après un incident (un produit est passé trop vite dans la perfusion), c'est la surveillante qui bricole une tricherie pour en effacer les traces (remplissage après coup avec du sérum glucosé) !

L'activité déontique est manifestement en panne dans cette unité. À la place, on trouve des stratégies défensives qui n'ont pas été étudiées en tant que telles, mais auxquelles manifestement participent tous les autres, y compris l'encadrement et le médecin. On voit on ne peut plus clairement dans ce cas comment la pathologie de la communication, au sens Habermassien du terme, joue un rôle déterminant dans la tolérance à la violence, voire à la complicité passive à des mauvais traitements allant jusqu'au meurtre.

Dans d'autres enquêtes pratiquées auprès des infirmières en maison de long séjour (Molinier P. - 1996) et du personnel d'une maison de retraite (Torrente J., Dejours C. - 1995), on voit que se constituent parfois les conditions catalysant la violence collective et concertée contre les malades. Dans le premier cas il s'agit d'une stratégie collective de défense décrite sous le nom de "kaporalisme" consistant à dispenser des soins brutaux envers les malades mais efficaces au regard des critères d'hygiène ; dans le second cas, on voit que contre le groupe des soignants plaidant pour l'animation culturelle quitte à faire des compromis sur l'hygiène, un autre groupe joue l'hygiénisme assorti de méthodes violentes contre les malades.

Il est essentiel de remonter jusqu'aux méthodes d'organisation du travail et de direction, aux choix et orientations en matière de techniques de soin, pour saisir comment, en situation ordinaire, c'est toujours le collectif, la coopération et l'espace de délibération qui permettent de conjurer les dérives vers la violence contre les patients, qui sans ces conditions est strictement inévitable. Lorsque l'affaire devient publique, on accuse et l'on condamne une personne particulière et la tendance spontanée consiste à incriminer la personnalité perverse ou pathologique de cette seule personne particulière. Ceci ne constitue rien de moins qu'une erreur d'analyse dont les conséquences pratiques sont désastreuses. Condamner Malèvre ne résout nullement les problèmes d'organisation du travail et de direction des unités de soin où les actes de violence ont été perpétrés.

La Commission thématique souhaite insister sur ce point : la conjuration de la violence contre les personnes âgées, les malades et les handicapés dans les institutions soignantes ne peut pas être obtenue par la menace et les sanctions. Ces dernières, en effet, ne font qu'accroître la tendance au silence, au secret et à la solitude de chacun. La visibilité des pratiques réelles repose sur l'espace de délibération et sur l'activité déontique.

On se reportera aussi au texte de Jean-Claude Valette (figurant en annexe du rapport de la Commission) qui examine le problème posé par le harcèlement moral. Il aboutit aux mêmes conclusions que ce qui se dégage des analyses de la violence dans les institutions de soin. La prévention rationnelle de la violence se joue d'abord au niveau de l'organisation du travail et non au niveau de la gestion ni du droit.

F. Travail et culture

Le problème posé par la violence contre les malades et les handicapés soulève aussi dans son sillage une autre question fondamentale, mais insuffisamment explorée : celle des rapports entre le travail ordinaire et la culture. Plus les liens entre travail ordinaire et culture sont serrés, plus il est possible de conjurer la violence.

Le travail de soin auprès des handicapés chroniques et des mourants soulève, on l'a vu, le rapport à l'échec d'une façon particulièrement insistante et cruelle. Quelles que soient la qualité et l'efficacité du travail soignant, on ne peut venir à bout de la mort dans un service de soins palliatifs. À défaut de surmonter la mort, comment définir un travail bien fait ? À cette question, il est impossible de répondre sans mettre en vis-à-vis des problèmes techniques posés par le travail, la culture et la civilisation (la Kultur, au sens que ce terme a en allemand).

Cela signifie que la continuité entre travail ordinaire et Kultur ne peut être maintenue que si l'on accepte le principe d'intégrer dans l'espace de discussion la dimension des valeurs et de la Kultur. C'est-à-dire d'entretenir une exigence de réflexion sur la Kultur comme partie intégrante du travail et de son organisation.

On se reportera ici, une fois encore, à l'analyse présentée par Nicolas Frize sur les rapports entre le travail effectué par les détenus et l'impact de la dimension proprement culturelle de l'activité sur la puissance de travail comme médiation du vivre ensemble.

A *contrario*, le travail, lorsqu'il est seulement évalué au regard de sa rentabilité, sans considération pour sa dimension culturelle, est une condition favorisant la violence.

G. Travail et espace public

Nous avons déjà vu les rapports étroits qui lient l'espace de discussion ou de délibération interne à l'entreprise à l'apprentissage de la démocratie. À l'inverse, pour maintenir l'espace de délibération interne aux entreprises, la participation et l'implication des salariés constituent une condition *sine qua non*. Or cette implication est pour une part tributaire de la conscience que les salariés ont acquise, ailleurs, des liens entre travail et Kultur d'une part, entre travail et vivre ensemble d'autre part.

La sensibilisation des citoyens à cette dimension de la responsabilité de chacun dans le vivre ensemble, passe par l'espace public de la cité. La place des médias est ici décisive, comme le montrent toutes les théories de l'espace public.

Depuis une vingtaine d'années, des cinéastes documentaristes se penchent sur les problèmes posés par le travail, en général avec des préoccupations précises concernant les liens entre les conditions de travail et le politique. " Le politique tel que je l'entends, correspond à la fois à un champ et à un travail. Comme champ il désigne le lieu où se nouent les multiples fils de la vie des hommes et des femmes, celui qui donne son cadre d'ensemble à leurs discours et à leurs actions. Il renvoie au fait de l'existence d'une "société" qui apparaît aux yeux de ces membres comme formant un tout qui fait sens. En tant que travail, le politique qualifie le processus par lequel un groupement humain, qui ne compose en lui-même qu'une simple "population", prend progressivement le visage d'une vraie communauté. Il est de la sorte constitué par le processus toujours litigieux d'élaboration des règles explicites ou implicites du participable et du partageable qui donnent forme à la vie de la cité " (Rosanvallon P. - 2003, page 12).

Des films de très bonne qualité ont été produits en France. Seuls quelques-uns d'entre eux dépassent une diffusion confidentielle (" Ressources humaines " de Laurent Cantet, " Violences des échanges en milieu tempéré " de Jean-Marc Moutout, " Navigators " de Ken Loach... par exemple). De même seuls quelques romans traitant de ces questions connaissent un certain succès (" La question humaine " de François Emmanuel, " Le couperet " de Donald Westlake ; " Trois médecins " de Martin Winckler ; " Daewoo " de François Bon, etc...). Mais l'impact de ces productions reste limité. Quant aux documentaires, ils sont peu diffusés (" la chaîne du silence " d'Agnès Lejeune ; " Reprises " de H. Leroux ; " Les sucriers de Colleville "

d'Ariane Doublet ; " Si loin des bêtes " de Manuela Fresil ; " En quête des Sœurs Papin " de Claude Ventura). Il semble bien que le problème ne se situe pas au niveau de la production littéraire et cinématographique. Deux questions nécessitent des investigations et des recherches plus approfondies :

- La production de reportages et d'enquêtes journalistiques sur le travail *stricto sensu* a pratiquement disparu en France. Pourquoi ? Est-il possible d'y remédier ?
- Pourquoi les documentaires magnifiques si nombreux ne diffusent-ils pas ? Pourquoi les films et la littérature sur le travail ont-ils si peu d'impact (par comparaison avec le succès de l'œuvre de Zola, de son vivant) ?

Si l'on veut prévenir la violence générée par le chômage et par le travail, il semble nécessaire d'élucider par l'investigation scientifique, les obstacles à la sensibilisation de l'espace public, en ce domaine.

Annexe 4

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE ET SES RELATION AVEC LA SANTÉ

I. Les morts violentes : situation actuelle en France, évolution dans le temps et comparaisons internationales

Diapositives de la présentation d'Éric Jouglu (Centre d'Épidémiologie des Causes médicales de Décès de l'INSERM) au séminaire national du 13 avril 2005.

II. La maltraitance dans l'enfance : peut-on mesurer la magnitude du problème en France ? À partir de quelles données épidémiologiques ?

Anne Tursz. Chapitre de l'ouvrage : Roussey M, Kremp O, Bost M. Pédiatrie sociale, ou l'enfant dans son environnement. Paris, Éditions Doin, collection « Progrès en pédiatrie », 2004.

III. Données rassemblées par la Commission « Genre et violence »

IV. Données rassemblées par la Commission « Personnes âgées et personnes handicapées »

V. Données rassemblées par la Commission « Violence et santé mentale »

VI. Données et interrogations autour des enquêtes de victimation

Renée Zauberman. Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP).

VII. La violence en rapport avec le travail et l'emploi

**Connaissance des morts violentes à partir de la statistique
des causes de décès : données et limites**

Journée nationale d'information et de débat
Vers le plan stratégique "Violence et santé"

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille,
Paris, 13 avril 2005

Éric Jouglia
INSERM - CépiDc - IFR69
Centre d'épidémiologie
sur les causes médicales de décès



Effectifs de décès par morts violentes (2001)

	Nb	%
Accidents	28338	69,0
<i>accidents de transport</i>	7649	18,6
<i>chutes accidentelles</i>	5265	12,8
<i>autres accidents</i>	15424	37,6
Suicides	10440	25,4
Homicides	489	1,2
Intentions indéterminées	690	1,7
Autres morts violentes	1109	2,7
Total	41066	100,0

Effectifs et taux de décès selon le sexe (2001)

	Hommes		Femmes		H/F Tx
	Nb	Tx	Nb	Tx	
Accidents	15 349	60,4	12 989	32,1	1,9
<i>accidents de transport</i>	5 591	20,2	2 058	6,7	3,0
<i>chutes accidentelles</i>	2 495	10,4	2 770	6,5	1,6
<i>autres accidents</i>	7263	29,7	8161	18,9	1,6
Suicides	7 655	27,3	2 785	8,5	3,2
Homicides	290	1,0	199	0,6	1,6
Intentions indéterminées	507	1,8	183	0,6	3,1
Autres morts violentes	551	2,2	558	1,4	1,6
Total	24 352	92,8	16 714	43,3	2,1

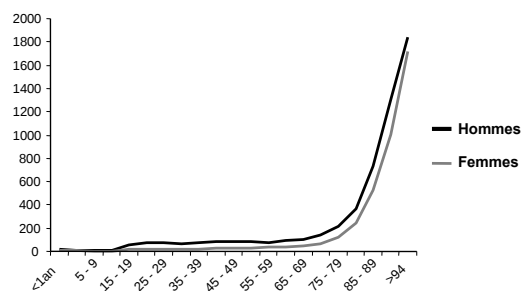
Effectifs de décès par mort violente selon l'âge (2001)

	<25 ans	25-64 ans	>64 ans	Total
Hommes	2959	12123	9270	24352
Femmes	1014	4088	11612	16714
Total	3973	16211	20882	41066

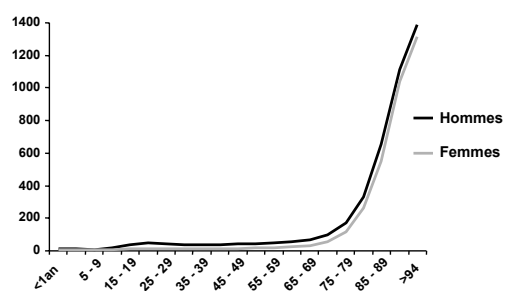
Part des morts violentes dans la mortalité générale (2001)

	<25 ans	25-64 ans	>65 ans	Total
Hommes	45%	17%	5%	9%
Femmes	29%	13%	5%	6%

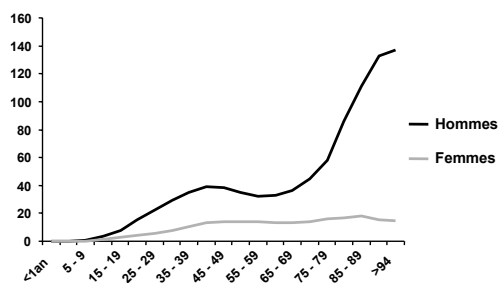
Taux de décès par morts violentes selon l'âge (2001)



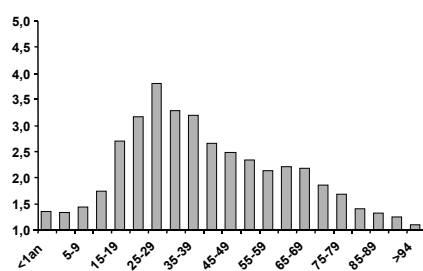
Taux de décès par accidents selon l'âge (2001)



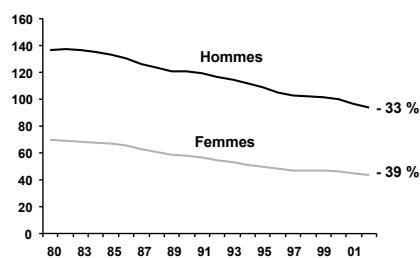
Taux de décès par suicide selon l'âge (2001)



Surmortalité masculine par morts violentes selon l'âge (2001)
(Taux de décès "Hommes / Femmes")



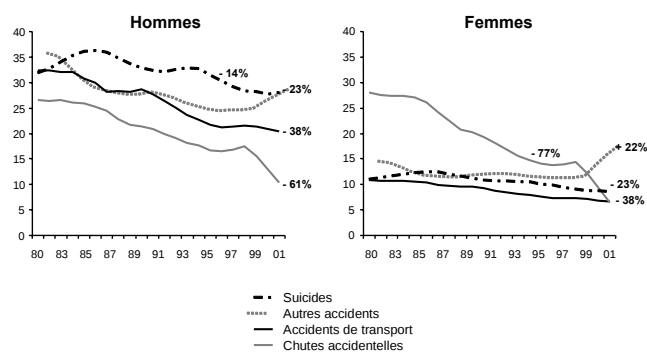
Évolution des taux de décès par morts violentes entre 1980 et 2001

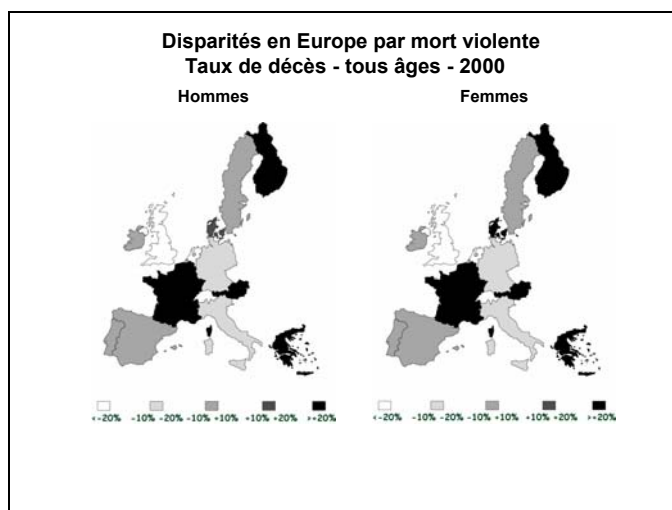
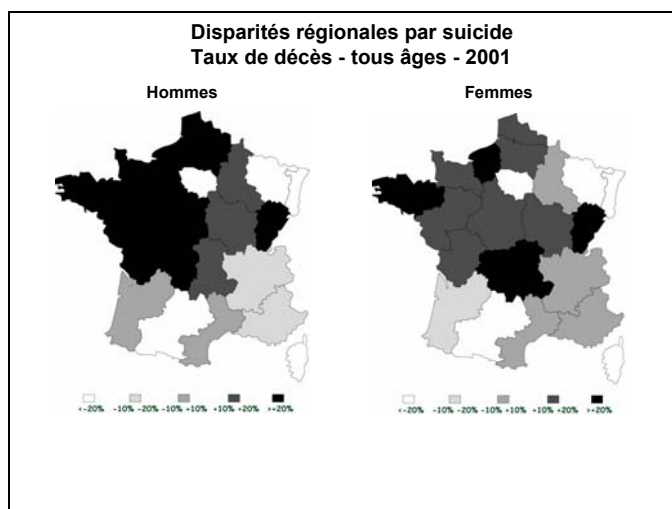
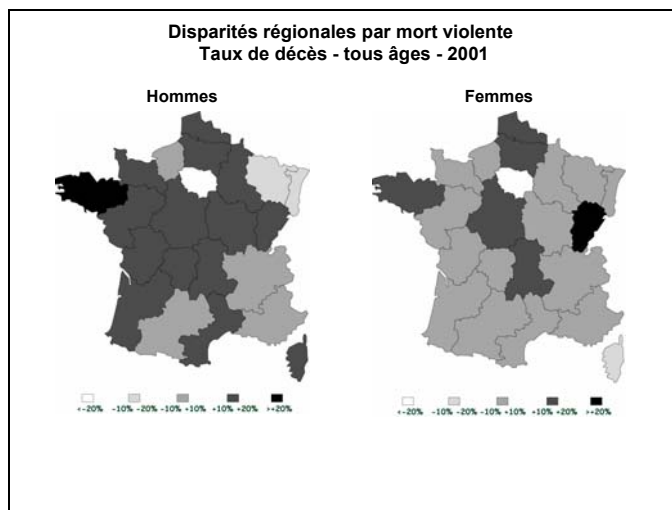


Évolution des taux de décès par morts violentes entre 1980 et 2001 (selon l'âge et la période)

		Hommes	Femmes
<24 ans	80-90	-30%	-34%
	91-01	-27%	-25%
25-44 ans	80-90	-3%	-12%
	91-01	-19%	-21%
45-64 ans	80-90	-13%	-7%
	91-01	-22%	-20%
>64 ans	80-90	-10%	-21%
	91-01	-17%	-21%

Évolution des taux de décès selon le sexe entre 1980 et 2001 (population tous âges)

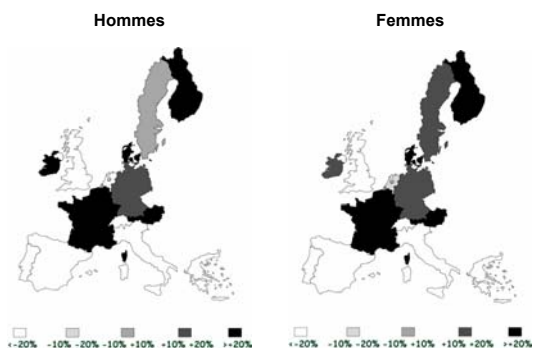




**Taux de décès par mort violente en Europe
(tous âges - 2000)**

	Hommes	Femmes	H/F
Grèce	117	77	1,5
Finlande	108	71	1,5
Luxembourg	90	57	1,6
<u>France</u>	<u>81</u>	<u>56</u>	<u>1,4</u>
Belgique	78	54	1,4
Autriche	72	48	1,5
Danemark	70	51	1,4
Portugal	61	41	1,5
Irlande	58	40	1,5
Espagne	57	36	1,6
Suède	54	37	1,5
Allemagne	51	35	1,5
Italie	49	34	1,4
Royaume Uni	40	28	1,4
Pays-Bas	38	29	1,3

**Disparités en Europe par suicide
Taux de décès - tous âges - 2000**



Effectifs de décès par arme à feu (DGS-1999)

	Total	Hommes	Femmes
Accidents	100	89	11
Suicides	2026	1875	151
Homicides	154	94	60
Intentions indéterminées	327	274	53
Total	2607	2332	275

Biais potentiels affectant la statistique (exemples)

Type de biais	Cause de décès enregistrée	Cause de décès réelle
Erreur	Mort subite nourrisson	Homicide
Erreur	Accident	Homicide
Cause non déclarée	Inconnue	Suicide
Intention indéterminée	Chute lieu élevé	Accident

Prise en compte des biais – corrections extrapolation de résultats d'enquêtes spécifiques (exemple : causes inconnues)

	Causes IML (source IML)	Causes inconnues (Extrapolation - France 2001)
Mort naturelle	45%	6125
Accident	20%	2722
Suicide	20%	2722
Homicide	5%	681
Overdose	7%	953
Intention indéterminée	2%	272
Cause inconnue	1%	136
Total	100%	13612

Prise en compte des biais – corrections extrapolation de résultats d'enquêtes spécifiques Effectifs de décès par morts violentes (année 2001)

	Effectifs enregistrés	Correction causes inconnues	Effectifs corrigés	Variation
Accidents	28338	2722	31060	10%
Suicides	10440	2722	13162	25%
Homicides	489	681	1170	140%
Autres morts violentes	1799	1225	3024	70%
Total	41066	7350	48416	18%

Conclusion

- * Niveau élevé des décès par morts violentes en France**
- * Surmortalité masculine**
- * Progression avec l'âge**
- * Disparités régionales**
- * Baisse dans le temps**
- * Sous-estimation (20%)**

LA MALTRAITANCE DANS L'ENFANCE : PEUT-ON MESURER LA MAGNITUDE DU PROBLÈME EN FRANCE ? À PARTIR DE QUELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ?

**ANNE TURSZ, PÉDIATRE, ÉPIDÉMIOLOGISTE, DIRECTEUR DE RECHERCHE INSERM
(INSERM U502 / CERMES, VILLEJUIF)**

Chapitre de l'ouvrage : Roussey M, Kremp O, Bost M. Pédiatrie sociale, ou l'enfant dans son environnement.
Paris, Éditions Doin, collection « Progrès en pédiatrie », 2004

Les mauvais traitements dans l'enfance constituent un problème socio-sanitaire de plus en plus dénoncé dans de nombreux pays comme une priorité de santé publique. Ainsi dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » de 2002 [30], l'OMS, tout en soulignant le manque de données fiables, indique qu'on estime à 57 000 le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenus dans le monde en 2000, les très jeunes enfants étant les plus exposés (les taux parmi les enfants de 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus élevés que ceux des enfants de 5 à 14 ans : 5,2 pour 100 000 vs 2,1).

En France, le problème des mauvais traitements à enfants est régulièrement évoqué comme prioritaire, sans qu'on dispose pour autant de données épidémiologiques véritablement fiables. Il est à ce titre révélateur que, dans la synthèse effectuée par le Haut Comité de Santé Publique de ses rapports de 1994, 1998 et 2002 [11] les mauvais traitements à enfants soient cités, dans le chapitre initial de méthodologie, comme « problème prioritaire » sans que ce thème soit abordé à aucun moment dans la suite du document, sans doute en grande partie faute de bases épidémiologiques scientifiquement solides sur lesquelles asseoir une réflexion et des propositions d'action.

Dans le domaine de la maltraitance, **les définitions** les plus communément utilisées sont celles de l'Observatoire national de l'enfance en danger, telles que fournies par le Guide méthodologique de l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) [26].

Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque ;

Enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;

Enfant en risque : tout enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais n'est pas pour autant maltraité.

Le problème de l'intentionnalité est central et souvent très difficile à résoudre, comme le montre bien l'exemple du syndrome de l'enfant secoué. Dans cette pathologie, il y a « mauvais traitement » au sens littéral (l'enfant a des conséquences somatiques, souvent gravissimes, du traitement qui lui a été infligé) mais l'intention de nuire n'est pas toujours évidente. Notons aussi que c'est pour les enfants victimes de violences physiques et sexuelles que les données épidémiologiques sont le moins complexes à analyser, les notions de négligence ou de violence psychologique étant plus sujettes à interprétations variées suivant les personnes qui constatent les faits et recueillent les données.

On ne s'intéressera ici qu'à l'apport de l'épidémiologie descriptive qui vise essentiellement à identifier des cas et à mesurer des fréquences et on présentera donc les chiffres actuellement disponibles sur la maltraitance envers les enfants, en s'appuyant sur des données rassemblées à partir de sources officielles multiples et en s'interrogeant sur leur fiabilité. Ces sources d'information sont en effet hétérogènes quant au type d'institution concerné, au mode de recueil des données, au niveau de détail de ces dernières et aux définitions utilisées.

I. Les mauvais traitements : leur signalement, leur fréquence, la morbidité

A. Les données en population générale

1. Les sources d'information

Les chiffres présentés ici ont été collectés à partir des sources suivantes :

- la principale source, représentée par l'Observatoire de l'Enfance en danger, qui, au sein de l'ODAS, rassemble et traite statistiquement les chiffres des Conseils généraux et de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) ;
- le Département de l'Enseignement scolaire (DESCO) du ministère de l'Éducation nationale ;
- la Direction centrale de la Police judiciaire (Division des études) pour les données de la Police et de la Gendarmerie nationales ;
- le Service national téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM, également connu sous l'appellation 119).

On a utilisé les lettres d'information et rapports annuels de ces organismes [1, 22, 27, 28, 37], des demandes d'informations complémentaires ayant parfois été nécessaires (notamment auprès de la Police nationale et de l'Éducation nationale), ainsi qu'une présentation différente de certaines données par rapport aux documents d'origine.

Ce recueil de données ne peut pas prétendre à l'exhaustivité mais les principaux organismes impliqués dans le signalement des mauvais traitements envers les enfants sont ici représentés.

2. Les chiffres actuels

En 2002, les données publiées par l'ODAS indiquent que l'ASE a signalé 18 500 enfants maltraités (dont 5 600 cas de violences physiques, 5 900 d'abus sexuels, 5 000 de négligences lourdes et 2 000 de violences psychologiques). Si le nombre d'enfants maltraités reste stable (18 300 en 2000), la typologie des mauvais traitements en 2002 confirme la tendance esquissée en 2000 : les signalements pour abus sexuels augmentent légèrement tandis que ceux pour violences physiques diminuent. Il existe des disparités régionales importantes dans ces signalements. Ainsi, on constate dans la région Nord-Pas-de-Calais une proportion d'enfants confiés à l'ASE qui dépasse de 35 % la moyenne nationale [23].

Tableau I : Enfants en danger et maltraités : nombre de cas recensés selon les sources d'information et suites données (en France, en 2000 [année scolaire 2000-2001 pour les données de l'Éducation nationale]).

SOURCES D'INFORMATION	ENFANTS EN DANGER				ENFANTS MALTRAITÉS			
	Nombre	Types de signalements (en %)			Nombre	Types de signalements (en %)		
		Procureur	ASE	Autres		Procureur	ASE	Autres
Éducation nationale	39 277	8 %	31 %	42 %	12 669	41 %	36 %	23 %
Examens médicaux								
dont :	13 791	11 %	39 %	42 %	6 586	43 %	42 %	15 %
1 ^{er} degré	25 486	7 %	26 %	42 %	6 083	40 %	30 %	30 %
2 nd degré								
Signalements des assistantes sociales (2 ^{ème} degré)	19 386	44 %	15 %	41 %	9 225	?	?	?
					22 782		26 %	
SNATEM								
ODAS / ASE	83 800	57 %	-	-	18 300	?	-	-
Police et gendarmerie nationales					9 590			

Zone géographique couverte : 28 académies sur 30 pour l'Éducation nationale (France métropolitaine et DOM à l'exclusion des académies de Lille et de la Réunion) ; la France métropolitaine pour la police et la gendarmerie nationales ; 96 départements sur 100, dont certains hors métropole, pour l'ODAS.

Tranche d'âge concernée : les élèves des 1^{er} et 2nd degrés pour l'Éducation nationale ; les mineurs de moins de 18 ans pour l'ODAS ; les enfants de moins de 15 ans pour la police et la gendarmerie nationales.

Définitions : celles de l'ODAS pour l'ODAS et l'Éducation nationale ; pour la police et la gendarmerie nationales : « violences, mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans ».

Pour les enfants en danger identifiés lors des examens médicaux de l'Éducation nationale, l'ensemble des signalements ne fait pas 100 % du fait des « sans suite » (8 % dans le 1^{er} degré, 25 % dans le 2nd et 19 % au total).

Le Tableau I montre (pour l'année 2000) les difficultés de comparer entre eux les chiffres des différentes sources du fait de différences dans les zones géographiques couvertes, les tranches d'âge, les définitions. Dans tous les cas, les recoupements entre les diverses sources sont difficiles voire impossibles. Même lorsqu'une même population est concernée (les élèves des établissements du second degré), les chiffres diffèrent selon l'intervenant (médecins ou assistantes sociales) et les nombreux doublons ne sont pas identifiables. S'ils ne sont pas identifiables à l'intérieur d'un même organisme, ils le sont encore moins d'un organisme à un autre. Ainsi, en une année scolaire (2000-2001) un peu plus de 12 000 (soit 31 % de 39 277) enfants scolarisés dans l'ensemble des établissements scolaires ont été signalés, comme en danger, à l'ASE par les médecins de l'Éducation nationale. Quelle proportion de ces 12 000 enfants se

retrouve-t-elle dans les 83 800 cas enregistrés en 2000 par l'ODAS à partir de l'ASE ? La très grosse différence entre les deux chiffres relève sans doute d'explications multiples : signalements à l'ASE d'enfants très jeunes, pas encore scolarisés ; autres circuits de signalement ; durée plus brève d'une année académique par rapport à une année scolaire ; différences de couverture géographique des deux recueils. Quel est le poids de chacune de ces hypothèses ? Quelles sont les autres explications envisageables ?

En 2000, le 119 a reçu 22 782 appels pour mauvais traitements physiques, psychologiques ou sexuels sur mineurs. Ce chiffre est à comparer aux 18 300 cas de l'ODAS / ASE (qui a une définition plus large des mauvais traitements). Là encore les doublons existent sûrement mais ne sont pas identifiables. Il faut d'ailleurs noter que le nombre des transmissions par le 119 vers les conseils généraux est faible (6 030), principalement du fait des demandes de beaucoup d'appelants de garder l'anonymat.

Finalement le rassemblement de ces données laisse l'impression d'une grande hétérogénéité et d'une difficulté certaine à évaluer l'ampleur du problème. Seuls les services de l'Éducation nationale possèdent un dénominateur leur permettant de calculer une fréquence : au cours de l'année 2000-2001, on a ainsi identifié 3 enfants en danger et 0,9 enfant maltraité pour 1 000 élèves.

3. L'évolution

L'évolution des signalements d'enfants maltraités par l'ASE entre 1994 et 2002 est indiquée dans le tableau II [27, 28].

Tableau II : Évolution des signalements de mauvais traitements et de leur type entre 1994 et 2001 (Source : ODAS, 2001, 2002, 2003)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500
Dont :									
Violences physiques		7 000	7 500	7 000	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600
Abus sexuels		5 500	6 500	6 800	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900
Négligences lourdes				5 400	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000
Violences psychologiques		7 500	7 000	1 800	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000

L'augmentation des cas d'enfants maltraités entre 1994 et 1996 s'explique probablement en grande partie par un meilleur repérage plutôt que par une augmentation réelle des cas de violences, notamment du fait de la forte médiatisation, à cette époque, des phénomènes de maltraitance, l'amélioration de la formation des travailleurs sociaux, et le recours plus usuel au SNATEM (service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée). Entre 1995 et 1999, le chiffre de signalements pour violences physiques est resté globalement stable ; il a tendance à baisser maintenant. Celui des abus sexuels a récemment augmenté et celui des négligences lourdes diminué.

B. Les données recueillies dans des populations spécifiques

Les chiffres sur les violences exercées sur des enfants en milieu institutionnel sont rares. Une étude menée par la Direction générale de l'Action sociale (DGAS) sur les signalements émanant des institutions sociales et médico-sociales de 51 départements [24] a montré que les violences perpétrées en milieu institutionnel concernent les handicapés dans 96 % des cas (et principalement les déficients mentaux) et que 64 % de ces signalements concernent des mineurs. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de viols ou d'atteintes sexuelles, seuls ou associés à des violences physiques.

Les antécédents de mauvais traitements sont recherchés dans plusieurs enquêtes rétrospectives menées auprès de jeunes. Ainsi, dans une enquête s'adressant à des jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), 41 % des garçons et 55 % des filles ont dit avoir été victimes d'une agression physique au cours de leur vie ; 6 % des garçons et 34 % des filles ont rapporté avoir subi une agression sexuelle [4].

II. La mortalité

La forme la plus grave de maltraitance, celle conduisant au décès de l'enfant, semble être la plus facile à chiffrer ; pourtant la situation est loin d'être aussi simple et les données de mortalité posent de délicats problèmes d'interprétation.

A. Les chiffres actuels

Tableau III : Comparaison des effectifs d'homicides d'enfants de moins de 15 ans, en France, selon la source d'information (années 1996 à 2000)

ANNÉE	HOMICIDES	
	Source des informations	
	Police et Gendarmerie nationales	INSERM (SC8 / CépiDc)
1996	85	68
1997	68	50
1998	108	40
1999	74	40
2000	81	71

Selon les données du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'INSERM (CépiDc), en 1999 [15], 40 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'homicides, avec des taux de mortalité plus élevés chez les enfants les plus jeunes (1,5 avant 1 an ; 0,4 chez les enfants de 1 à 4 ans ; 0,3 chez ceux de 5 à 9 ans et 0,2 chez ceux de 10 à 14 ans). En fait ces chiffres ne sont certainement pas le reflet de la réalité et le sous-enregistrement des cas est certain au niveau du codage des causes médicales de décès, du fait principalement du non-retour d'information vers l'INSERM en provenance des Instituts médico-légaux (IML), en cas d'autopsie médico-légale. Ainsi les chiffres fournis pour la même tranche d'âge par la gendarmerie et la police nationales sont chaque année bien supérieurs (Tableau III).

En ce qui concerne la tranche d'âge la plus touchée (celle des enfants de moins de 1 an), en 1993, dernière année pour laquelle la Police et la Gendarmerie nationales ont produit des chiffres fiables d'« infanticides », ceux-ci représentaient 3,8 % de l'ensemble des homicides³, alors que les enfants de moins de 1 an constituaient 1,2 % de la totalité de la population française. Mais la fiabilité de ces chiffres est sujette à caution car, dans cette tranche d'âge, les incertitudes diagnostiques, même en cas de décès, sont grandes. En effet, l'analyse des données de mortalité du CépiDc de l'INSERM [16] révèle un certain nombre de phénomènes troublants :

- tout d'abord le pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées » (165 cas, soit 5,1 % des causes de décès en 1999), ces décès correspondant au codage de certificats de décès sans mention de cause, notamment par non-transmission de l'information à partir de certains IML ;
- ensuite le taux très élevé de décès dits accidentels, particulièrement celui des accidents non liés à la circulation, à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (15,1 pour 100 000 chez les garçons et 8,5 chez les filles de moins de 1 an, alors que ces taux ne sont plus que de 6,0 et 3,6 chez les enfants de 1 à 4 ans en 1999). Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux des pays du Nord de l'Europe et les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS [29] indiquent qu'au Royaume-Uni, en 1997, le taux de mortalité accidentelle avant 1 an était de 6,5 dans les deux sexes, et en Suède, en 1996, de 4,3 pour les filles et 4,1 pour les garçons ;
- enfin, le petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels, au niveau national (13 en 1990, 17 en 1995, 11 en 1999), les chiffres semblant peu réalistes compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements non mortels signalés annuellement et des confusions semblant possible avec des « accidents ». Ainsi, en 1999 en France, le CépiDc a enregistré, pour les enfants de moins de 1 an, 108 accidents et 11 homicides.

Cette probable sous-déclaration des homicides et ces confusions entre morts violentes accidentelles et intentionnelles, avant un an, ont fait l'objet de plusieurs publications américaines récentes, indiquant que les homicides sont la première cause de décès traumatique à cet âge [33] et que les morts violentes dites « indéterminées quant à l'intention » ont une grande similitude, quant aux facteurs de risque, avec les morts violentes reconnues comme intentionnelles et de profondes différences avec les morts accidentelles [32].

³ Données fournies par la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire

Tableau IV : Comparaison des effectifs d'homicides et de morts violentes indéterminées quant à l'intention, identifiées dans l'étude U 502 et publiés par le CépiDc. (enfants de moins de 1 an, ville de Paris, 1996-1999)

Années et causes de décès	Données de la recherche de l'Unité 502				Données du CépiDc
	Cas déclarés selon la source			Total des 3 sources	
	Services hospitaliers	SAMU / SMUR**	Parquet		
1996					
Homicides* (E960-969)	0	0	1	1	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1996	0	0	1	1	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1996</i>					15
1997					
Homicides* (E960-969)	0	0	2	2	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1997	0	0	2	2	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1997</i>					19
1998					
Homicides* (E960-969)	0	0	1	1	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	2	2	1
Total 1998	0	0	3	3	1
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1998</i>					17
1999					
Homicides* (E960-969)	0	0	2	2	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1999	0	0	2	2	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1999</i>					6

Le sous-enregistrement, dans les statistiques officielles de mortalité, des homicides de nourrissons ressort bien des premiers résultats d'une étude menée actuellement par l'Unité 502 de l'INSERM⁴ [41, 42], et plus particulièrement de la comparaison des chiffres d'homicides et de morts violentes indéterminées quant à l'intention, enregistrés dans cette enquête, à Paris, auprès des services médicaux et du parquet avec ceux

⁴ Cette enquête, soutenue par la DGAS, la DGS, le ministère de la Justice et la Fondation Mustela, s'intéresse aux décès « inattendus » survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connues, et plus particulièrement aux cas d'enfants « trouvés décédés ». Ses objectifs sont de : 1) faire un recensement des sources d'information disponibles sur ces décès ; 2) pour chacune des sources, analyser les pratiques professionnelles conduisant ou non à la suspicion, puis la reconnaissance de la maltraitance, et les suites données ; 3) évaluer, par investigation auprès de ces sources, la prévalence de la maltraitance suspectée (et, si possible, celle de la maltraitance authentifiée) ; 4) confronter les données recueillies dans ces sources aux statistiques du CépiDc et tenter ainsi d'affecter des diagnostics aux morts « de cause inconnue », et de redresser des erreurs diagnostiques, notamment en ce qui concerne la fréquence réelle des homicides. Une enquête nationale rétrospective (sur une période de 5 ans : 1996-2000) est donc menée auprès de quatre sources d'information : 1) les statistiques nationales des causes médicales de décès (CépiDc) ; 2) les services hospitaliers accueillant des enfants décédés ; 3) les services les transportant : SAMU et brigades de sapeurs pompiers ; 4) les parquets. Recherche menée par Anne Tursz, Pascale Gerbouin-Rérolle, Monique Crost, Hélène Romano.

du CépiDc pour la période 1996-1999. Elle permet de constater (Tableau IV) que le CépiDc a pu coder (à partir des certificats reçus) 0 homicide et 1 cas de mort « violente indéterminée quant à l'intention », tandis que 8 dossiers du parquet de Paris concernaient 6 homicides et 2 morts violentes en cours d'instruction. Parallèlement le CépiDc a codé le décès comme de « cause inconnue ou non déclarée » dans 57 cas. Aucun cas n'a été enregistré par l'enquête dans les services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés. En revanche 5 des 8 cas du parquet avaient été signalés par des services hospitaliers parisiens et concernaient des enfants arrivés dans le coma.

Cette recherche apporte des éléments quant aux mécanismes de la sous-déclaration des morts suspectes et violentes de nourrissons de moins de 1 an. L'analyse des 607 cas de nourrissons accueillis décédés entre 1996 et 2000 dans les 28 services de 3 régions (Bretagne, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais), dans lesquelles l'enquête hospitalière a été exhaustive, indique que : 1) le diagnostic porté par les pédiatres au terme des investigations médicales et déclaré dans l'enquête est celui de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN) dans 61,7 % des cas, de mort de « cause naturelle » dans 26,8 %, de mort de cause accidentelle dans 6,1 %, de mort suspecte ou violente dans 5,4 % des cas ; 2) ce dernier pourcentage monte à 7,8 % lorsque qu'on considère l'ensemble des cas où il y a eu diagnostic de mort suspecte ou violente et / ou des signes évocateurs de violences notés dans le questionnaire de l'enquête, et il atteint 17 % si on ajoute encore les cas où le pédiatre lui-même a déclaré avoir suspecté une maltraitance ; 3) en cas de suspicion déclarée par le pédiatre, le pourcentage de diagnostic de morts suspectes ou violentes atteint 33 % mais il reste 23 % de MSIN, 31 % de causes naturelles et 13 % de causes accidentelles parmi l'ensemble des diagnostics déclarés sur le questionnaire de l'enquête ; une autopsie médicale ou médico-légale est effectuée dans 75 % des cas et un signalement judiciaire dans 32 %, mais une démarche et / ou un signalement à la justice et / ou à la PMI sont effectués dans 75 % des cas.

B. Répartition géographique et évolution dans le temps

Les incertitudes sur les possibilités du CépiDc de bien coder les homicides rendent prudents dans l'analyse de la répartition géographique de ces types de décès (notamment parce que les pratiques de transmission de l'information médico-légale varient d'un IML à un autre). Notons toutefois que pour la période 1994-1996, le taux d'homicides avant 1 an était de 2,8 pour 100 000 pour la France entière, de 1,9 pour l'Île-de-France et de 6,2 pour le Nord-Pas-de-Calais, ces taux étant respectivement de 1,9, 0,9 et 3,1 en 1997-1999.

Enfin, les comparaisons internationales des taux d'homicides de même que l'analyse de l'évolution dans le temps sont très difficiles du fait du faible nombre de cas annuels enregistrés et de leur grande variabilité d'une année à l'autre. Toutefois, en agrégeant les chiffres de plusieurs années pour faire des comparaisons dans le temps, on peut noter que le taux d'homicides avant 1 an est, pour la France entière, de 1,73 pour 100 000 pour la période 1980-1989 et de 2,26 pour la période 1990-1999. Cette augmentation est à analyser avec prudence, et en relation avec les modifications éventuelles dans les pratiques de certification des décès et de transmission des données des autopsies médico-légales. En ce qui concerne plus particulièrement certains cas de morts violentes intentionnelles, des confusions ne sont pas impossibles avec d'autres diagnostics (« fausse route », mort subite, « accident »), les diagnostics portés évoluant avec le temps et les habitudes diagnostiques pouvant être différentes de pays à pays.

III. Les conséquences à long terme

Ce domaine est peu documenté, toutefois, une revue récente de la littérature, principalement nord-américaine, sur les conséquences à long terme de la maltraitance physique dans l'enfance [20], identifie

sept types de problèmes : les comportements agressifs et violents, les comportements criminels non-violents, l'abus de toxiques, les comportements auto-agressifs et suicidaires, les problèmes émotionnels, les problèmes relationnels, et les difficultés scolaires et professionnelles. Les auteurs de cet article soulignent les problèmes méthodologiques rencontrés dans le type d'études habituellement menées : études cas / témoins rétrospectives, portant sur des sujets présentant des pathologies suspectes de pouvoir résulter de mauvais traitements dans l'enfance comparés à des sujets en étant exempts. Dans ces études, on peut craindre des biais liés à une mémorisation sélective dans l'un des groupes. Une étude longitudinale prospective, publiée en 1996, a comparé à l'âge de 15 et 21 ans des sujets ayant subi des violences avant l'âge de 18 ans et des sujets indemnes et a retrouvé, chez les premiers, significativement plus de symptômes dépressifs, d'idées suicidaires et tentatives de suicide, d'anxiété et de problèmes émotionnels [38]. Des études françaises récentes retrouvent le même type de résultats : tentatives de suicide, surtout dans le sexe masculin, chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance [3, 6], faible estime de soi, peur de l'abandon et dépression chez des jeunes filles violées à l'âge de 13 ans ou plus [7], antécédents de violences physiques et sexuelles subies par des adolescents criminels, eux-mêmes souvent condamnés pour violence sexuelle [13].

Comme on le voit, l'accent est mis, dans beaucoup de publications, sur les troubles psychologiques, mais il existe des conséquences somatiques de la maltraitance, avec toutefois des frontières souvent incertaines entre les deux domaines pathologiques. En effet un large éventail de troubles est observé depuis ce qui relève de l'atteinte somatique pure (tels les troubles visuels graves constatés après des atteintes cérébrales sévères [9, 21, 36, 45], notamment chez les enfants secoués [9, 21], ou des retards mentaux massifs, séquelles d'hématomes cérébraux [9]), jusqu'aux plaintes somatiques dont le substratum anatomique n'est pas toujours clair, telles ces nausées et douleurs abdominales rapportées par des adolescentes ayant subi un viol dans leur enfance [6]. Il existe toute une littérature américaine récente sur la fréquence des antécédents de violences physiques, et tout particulièrement sexuelles, chez de jeunes femmes venant consulter en gastro-entérologie [18, 35, 39, 43, 44], le diagnostic le plus souvent porté étant celui de « syndrome du colon irritable » [39, 44], volontiers associé à des douleurs pelviennes [43]. Dans certains cas, il semble bien difficile de faire la part de ce qui relève d'atteintes cérébrales et de troubles psycho-affectifs importants, comme c'est le cas pour les troubles d'apprentissage et tous les problèmes relevés dans le déroulement de la scolarité (troubles d'apprentissage chez l'adulte en lien avec des traumatismes crâniens intentionnels dans l'enfance [19], troubles du langage [10], troubles cognitifs chez des adolescentes ayant été victimes d'abus sexuels [5]).

Finalement nombreux sont les états pathologiques qui peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance, l'étiologie restant inconnue car la question n'est pas posée ni même soulevée par le neurologue, le psychiatre, l'ophtalmologiste, le gastro-entérologue...

IV. La fiabilité des données

Actuellement, en France, on dispose, pour estimer la fréquence des mauvais traitements à enfants, de deux types principaux de données : celles issues d'enquêtes rétrospectives auprès de sujets d'âges divers et dans des situations diverses (population générale, groupes affectés de pathologies particulières) et celles produites par des enregistrements en routine (ASE / ODAS, SNATEM, statistiques des causes médicales de décès...). De vraies études épidémiologiques en population restent à imaginer.

Les enquêtes rétrospectives posent bien sûr le problème du taux d'oublis, qui augmente avec la durée de la période de remémoration, et celui des biais de mémorisation. Notons toutefois que, pour ce qui est du domaine des conséquences à long terme de la maltraitance, les rares études prospectives (suivis de cohortes dans des pays anglo-saxons) ont des résultats convergents avec ceux des études rétrospectives,

principalement en ce qui concerne les liens statistiques entre violence subie dans la petite enfance et tendances suicidaires ultérieures.

L'analyse des données recueillies en routine et publiées dans des documents officiels de type rapport ou lettres d'information (éventuellement sur site Internet) permet d'appréhender le type de chiffres que les acteurs des politiques de santé et de la prévention au niveau du terrain ont à leur disposition pour guider leur réflexion et leurs actions. Les différences entre les chiffres provenant de diverses sources prennent, dans cette optique, un relief tout particulier. Les évolutions dans le temps posent également de complexes problèmes d'interprétation : que signifient, dans les données publiées par l'ODAS, une diminution ou une augmentation d'une année sur l'autre de quelques centaines de cas, une modification minime dans la répartition des divers types de mauvais traitements ? L'évolution dans la « tendance à signaler », le déplacement possible de l'intérêt pour un type de violence vers un autre et les éventuels changements de procédures de signalement jouent sûrement un rôle important. L'ODAS souligne ainsi l'influence sur les chiffres de l'Éducation nationale de la tendance à saisir directement la justice sans alerter les conseils généraux [27]. Si le SNATEM peut être considéré comme un « bon outil de mesure de la mobilisation publique face au drame de la maltraitance » [25], ce ne peut être un observatoire épidémiologique valable pour une multitude de raisons de natures très diverses [37] (appels non traités, signification des appels muets, dénonciations calomnieuses, anonymat, doubles comptes...). Le problème des doublons est sûrement important et le degré du sous-enregistrement difficile à évaluer quelle que soit l'institution concernée. Ce sous-enregistrement apparaît toutefois certain, même dans le cas des sources d'informations les plus exhaustives ; ainsi les données de l'ODAS ne comportent par définition aucun des cas qui ont fait l'objet d'une saisine directe de la justice par un particulier ou un autre organisme. De toutes ces considérations, il ressort que la fréquence de la maltraitance à enfant en France est bien difficile à calculer. Ainsi, si les médecins de l'Éducation nationale ont identifié 0,9 enfant maltraité pour 1 000 élèves, un calcul rapportant les chiffres de l'ODAS à ceux de la population nationale de la même tranche d'âge (chiffres du recensement par l'INSEE en 1999) conduit à trouver un taux de prévalence de 1,4 pour 1 000.

Enfin, quand on considère un problème qu'on croit plus circonscrit, les homicides d'enfants de moins de 1 an, les incertitudes sont néanmoins grandes quant à l'évaluation du nombre réel de ces homicides, comme l'attestent aussi bien les données du CépiDc que les premiers résultats de l'enquête sur les morts suspectes de nourrissons. Ce sous-enregistrement des mauvais traitements à enfant est un fait reconnu dans la littérature anglo-saxonne, particulièrement à propos des cas mortels [12, 31, 32]. Il peut trouver son origine à plusieurs niveaux : diagnostic erroné de mort accidentelle ou de MSIN, certification inexacte de la cause du décès même après les résultats des investigations, non-transmission des informations médico-légales. Dans l'enquête de l'U 502 de l'INSERM, les comparaisons entre les cas relevés à Paris dans le secteur santé et dans les données du CépiDc avec ceux du parquet sont révélatrices de la carence de transmission de l'information de l'IML vers le CépiDc, carence déjà observée dans le cas du suicide [17]. Toutefois, ces résultats, qui portent actuellement sur de petits effectifs, seront à confirmer, l'hypothèse étant que les morts de « cause inconnue » sont un mélange de MSIN et d'homicides, comme cela a été montré aux États-Unis [31], et que sous la catégorie MSIN se cachent des homicides, 29 % de morts suspectes ayant été enregistrées comme MSIN dans les statistiques nationales de 1994 selon une étude britannique [34].

La contribution à la mesure de l'ampleur du problème, des différents secteurs susceptibles de prendre en charge des enfants et de reconnaître la maltraitance est difficile à évaluer. Il y a plus de 20 ans déjà, une étude de toutes les sources d'information en matière de repérage des enfants maltraités, menée dans le département de la Meurthe et Moselle, indiquait que, sur 259 notifications par diverses institutions (écoles, crèches, Centre Hospitalier Régional, services sociaux de secteur...), 7 % seulement provenaient de l'ASE [8]. Actuellement c'est probablement le secteur de la santé qui reste le plus absent des données statistiques sur la maltraitance alors qu'à l'évidence les services de santé (notamment les urgences chirurgicales) sont largement consultés pour des lésions traumatiques dont l'origine non accidentelle est bien souvent méconnue [40]. En milieu clinique, la tendance à la suspicion, devant certains types particuliers de lésions présentées comme d'origine accidentelle, est beaucoup moins développée en France qu'elle ne l'est dans d'autres pays, comme le montrent par exemple deux études sur les brûlures graves d'enfants traitées en

centre de brûlés, l'une française [2], l'autre américaine [14]. L'étude de l'INSERM sur les « morts suspectes de nourrissons » met bien en lumière divers modes de sous-enregistrement des cas : les réticences des pédiatres, notamment par peur de nuire à des familles, les conduisent à déclarer moins de morts violentes ou suspectes qu'ils n'en soupçonnent ; toutes les investigations nécessaires à la reconnaissance de la maltraitance ne sont pas toujours menées, principalement l'autopsie. Au sous-enregistrement vient s'ajouter un sous-signalement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signalement (les suites sont connues du pédiatre dans 33 % des cas globalement, dans 13 % des cas de signalement judiciaire et 40 % si le signalement s'est fait vers la PMI). Les difficultés de collaboration entre les services hospitaliers, d'une part, et la PMI et les conseils généraux, d'autre part, laissent supposer des manques d'une ampleur inconnue dans les données de l'ODAS / ASE.

Au terme de ce bilan, la sous-estimation de la maltraitance à enfant en France semble certaine (les problèmes rencontrés avec les données de mortalité en sont le symptôme le plus évident). De plus le problème n'est pas seulement quantitatif et il existe des biais de sélection probables, le plus certain étant le biais social, les classes les plus favorisées étant celles qui échappent probablement le plus au repérage et au signalement. L'ODAS relie la maltraitance à la progression de la grande précarité en France [28]. Le problème est que l'on ne dispose pas de données exhaustives sur une base géographique que l'on pourrait rapporter à la population générale de la même zone. L'étude menée par l'INSERM au parquet de Paris pour les années 1996-2000, dont les résultats doivent être tempérés par le petit nombre d'homicides ou de morts violentes suspectes recensé (N = 9 pour ces 5 années), indique que, dans les 7 cas où la position professionnelle des parents est connue, 3 mères sont sans profession, 4 sont cadres supérieurs ou moyens, 3 pères sont ingénieurs, 1 est étudiant en informatique, 1 est ouvrier, 1 est inactif, 1 est inconnu. Cette répartition des catégories professionnelles est superposable à celle observée dans les données du recensement général de la population par l'INSEE en 1999 pour les personnes de la même tranche d'âge (20 à 39 ans) résidant à Paris. Il est probable que plutôt que la précarité économique, l'isolement social et moral, ainsi que l'immaturité affective, sont en jeu.

Conclusion

L'analyse des chiffres présentés ici et de leur fiabilité, dans une optique d'utilisation pour l'action en santé publique, incite à proposer en priorité : 1) l'harmonisation des définitions et des procédures de collecte de données des différents organismes concernés ; 2) la participation du secteur de la santé à l'évaluation de l'ampleur du problème de la maltraitance ; et, dans cette optique 3) l'amélioration des pratiques et des outils diagnostics, avec principalement un recours systématique à l'autopsie devant tout décès de nourrisson ; 4) l'établissement de modes de collaboration plus opérationnels entre les différents secteurs concernés par l'enfance maltraitée (médecine, justice, police, secteur social) ; 5) l'identification de familles et / ou de situation à risque, et une réflexion sur le rôle éventuel des facteurs socio-économiques, que l'enquête actuellement menée auprès des parquets permettra mieux d'approcher que les données de l'Aide sociale à l'enfance.

Pour remplir l'objectif d'une véritable connaissance de la maltraitance à enfants en France, le rôle de l'Observatoire de l'Enfance maltraitée, en cours d'élaboration actuellement, devrait être central, à condition toutefois qu'il reste un observatoire, c'est-à-dire un outil technique établissant des statistiques par l'harmonisation des données existantes complétées si nécessaire à partir de sources nouvelles (le secteur sanitaire notamment), suivant des évolutions et suscitant des recherches approfondies, menées par des partenaires extérieurs, notamment au niveau décentralisé.

Références

1. Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France. Paris ; publication annuelle. La Documentation française.
2. Capon-Degardin N, Martinot-Duquennoy V, Lesage-Maillard V, de Broucker V, Patenôtre P, Herbaux B *et al*. Brûlures de la face chez l'enfant : à propos de 197 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2001 ; 46: 190-5.
3. Choquet M, Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 823-32.
4. Choquet M, Ledoux S. Adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Paris, 1998. INSERM.
5. Cornman BJ. Female adolescent response to childhood sexual abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1997 ; 10 : 17-25.
6. Darves-Bornoz JM, Choquet M, Ledoux S, Gasquet I, Manfredi R. Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 111-7.
7. Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. *Eur Psychiatry* 1998 ; 13 : 281-7.
8. Deschamps G, Deruelle S, Deschamps JP. Incidence des mauvais traitements chez les enfants. Évaluation et critique des sources d'information et résultats. *Arch Fr Pediatr* 1982 ; 39 : 627-31.
9. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrom. *Pediatr Neurosurg* 1996 ; 24 : 292-8.
10. Fox L, Long SH, Langlois A. Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. *J Speech Hear Disord* 1988 ; 53 : 239-44.
11. Haut Comité de la Santé Publique. Recueil des principaux problèmes de santé en France. Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique. Paris, 2002.
12. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, Carlson PJ, Hooten EG, Howell E *et al*. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *J Am Med Assoc* 1999 ; 282: 463-7.
13. Huerre P, Huerre C. La violence juvénile à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou agressions. *Nervure* 2000 ; 13 : 51-6.
14. Hultman CS, Priolo D, Cairns BA, Grant EJ, Peterson HD, Meyer AA. Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect. *J Burn Care Rehabil* 1998 ; 19: 367-76.
15. INSERM. Causes médicales de décès. Année 1999. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9. Paris, 2002. INSERM / CépiDc.
16. INSERM. Causes médicales de décès. Résultats définitifs France. Paris, publication annuelle. INSERM / CépiDc.
17. Jouglu E, Péquignot F, Chappert JL, Rossolin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002 ; 50 : 49-62.
18. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996 ; 58 : 4-15.
19. Littke L. Severe childhood abuse and non-verbal learning disabilities. *Am J Psychother* 1998 ; 52 : 367-81.

- 20.Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychol Bull 1993 ; 114 : 68-79.
- 21.Matthews GP, Das A. Dense vitreous hemorrhages predict poor visual and neurological prognosis in infants with shaken baby syndrom. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1996 ; 33 : 260-5.
- 22.ministère de l'Éducation nationale / DESCO. Bilan des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirmier(ère)s et les médecins dans les écoles et les établissements scolaires. Bilan chiffré des synthèses académiques, année scolaire 2000-2001. Rapport. Paris, 2003, DESCO.
- 23.ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Conférence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes ». 1999.
- 24.ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Statistiques sur la maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales. Document de statistiques. Paris, 2002.
- 25.Morellec J, Roussey M. Epidémiologie de l'enfance en danger. Revue internationale de pédiatrie 1999 ; XXX, 293-2 : 54-62.
- 26.Observatoire national de l'enfance en danger. Guide méthodologique de l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée). Paris, 1994.
- 27.Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre. N° spécial, novembre 2001. Paris, ODAS.
- 28.Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre de l'ODAS, novembre 2002. Paris, ODAS.
- 29.Organisation Mondiale de la Santé. 1997-1999 World Health Statistics Annual. Genève. <http://www3.who.int/whosis/>
- 30.Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002. OMS.
- 31.Overpeck MD, Brenner RA, Cosgrove C, Trumble AC, Kochanek K, MacDorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. Pediatrics 2002 ; 109 : 274-83.
- 32.Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Smith GS, MacDorman MF, Berendes HW. Infant injury deaths with unknown intent : what else do we know ? Injury Prevention 1999 ; 5 : 272-5.
- 33.Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. N Engl J Med 1998 ;339: 1211-6.
- 34.Redder P, Duncan S. Debate on cot death. Br Med J 2000 ; 320 :311.
- 35.Roberts SJ. The sequelae of childhood sexual abuse : a primary care focus for adult female survivors. Nurse Pract 1996 ; 21 : 42, 45, 49-52.
- 36.Roussey M, Betremieux P, Journel H, Lefrançois MC, Urvoy M. L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices. J Fr Ophtalmol 1987 ; 10 : 201-5.
- 37.Service national téléphonique pour l'Enfance maltraitée. Rapport d'activité 2000. Paris, 2001. SNATEM.
- 38.Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. Child Abuse Negl 1996 ; 20 : 709-23.
- 39.Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrom and abuse explained by neuroticism ? A population based study. Gut 1998 ; 42 : 47-53.

40. Tursz A. Les accidents : signification et prévention chez le très jeune enfant. *IN* : Raimbault G., Manciaux M. *Enfance menacée*. Paris, INSERM / La Documentation française, Collection Analyses et Prospective, 1992 ; p 183-98.
41. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P. La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 439-44.
42. Tursz A, Gerbouin-Rérolle, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. INSERM U502 / Cermes.
43. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Green C, Katon WJ. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrom. *J Psychosom Obst Gynaecol* 1996 ; 17 : 39-46.
44. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrom or inflammatory bowel disease. *Psychol Med* 1995 ; 25 : 1259-67.
45. Yoo R, Logani S, Mahat M, Wheeler MC, Lee DA. Vision screening of abused and neglected children by the UCLA Mobile Eye Clinic. *J Am Optom Assoc* 1999 ; 70 : 461-9.

Remerciements : Pour leur contribution aux données présentées dans ce chapitre, l'auteur remercie les pédiatres des 28 services hospitaliers ayant participé, en Bretagne, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais, à la recherche sur les morts suspectes de nourrissons ; Éric Jouglà, directeur du CépiDc ; le Dr Élisabeth Briand, responsable du Centre de la référence de la mort subite du nourrisson de l'hôpital Antoine Bécclère à Clamart ; Michel Allier Gayard, de la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire ; Monsieur Muntz, Directeur Général de la Gendarmerie nationale ; le Dr Marie-Claude Romano, conseiller technique du Directeur de l'enseignement scolaire (DESCO) ; Dominique Luciani, Bureau des Études, Direction des Affaires criminelles et des Grâces, ministère de la Justice ; et le procureur Yvon Tallec, Chef du parquet des mineurs de Paris.

GENRE ET VIOLENCE

I. Les données sur la violence

Les rapports de genre s'expriment par la division des rôles entre hommes et femmes, par les discriminations qui subsistent dans l'ombre de l'égalité juridique théorique, par la différenciation des espaces de liberté, par la hiérarchie existante entre les activités et les pratiques des deux sexes et autour des représentations qui justifient, consciemment ou inconsciemment, individuellement et collectivement, des mécanismes de domination à l'œuvre dans notre société.

Si, dans le cadre du plan Violence et Santé, une Commission est dédiée à l'approche Genre et Violence, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une problématique transversale qu'on retrouve parmi les personnes âgées et personnes handicapées, aussi bien que sur les lieux de travail et parmi les jeunes. À ce titre, cette dimension est présente dans les rapports de certaines des autres Commissions.

A. Les données disponibles : l'enquête ENVEFF

La première enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) a été réalisée entre mars et juillet 2000, sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, à l'initiative du Secrétariat aux droits des femmes. Elle a été organisée à la suite de la tenue de la conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995 qui préconisait de « produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Coordonnée par l'Institut de démographie Paris I (Idup), elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs du CNRS, de l'INED, de l'INSERM et d'Universités. Les femmes, résidant en France et hors institutions, étaient interrogées par téléphone au sujet des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles subies au cours des douze derniers mois dans l'espace public, au travail, au sein du couple ou dans les relations avec la famille et les proches. L'enquête ENVEFF a permis de montrer l'ampleur de ce phénomène en France, de nommer et de compter les violences faites aux femmes.

La population étudiée est constituée par un échantillon représentatif de 6 970 femmes, âgées de 20 à 59 ans révolus, résidant en France métropolitaine, dont les noms ont été tirés au sort ; la confidentialité de l'entretien a été assurée. Certaines femmes appartenant à des populations spécifiques (détenues, SDF, hospitalisées en long séjour, communautés religieuses...) ont échappé à cette enquête. En particulier les données sur les femmes migrantes qui subissent pourtant des violences spécifiques sont insuffisamment prises en compte car dans l'Enquête (ENVEFF) leurs effectifs n'étaient pas assez nombreux pour analyser les données selon leurs différentes origines. De plus, les plus précaires parmi les migrantes sont difficiles à identifier ou à interroger par téléphone.

L'enquête est conduite par voie téléphonique (méthode CATI). La réponse à chaque questionnaire a duré en moyenne 40 minutes. Les situations sont évaluées sur les 12 derniers mois, puis sur toute la vie.

Le module épidémiologique s'intéresse à l'état de santé des femmes : état de santé perçu, existence de maladies chroniques, de handicaps, recours aux soins (consultations, hospitalisations...), antécédents de traumatologie, de MST, hépatite, VIH (tests de dépistage), questions sur la santé mentale (confiance en soi,

dépression, tentative de suicide...), consommation de médicaments, de tabac, d'alcool, de drogues, comportement sexuel, recours à une IVG...

Au cours des douze mois précédant l'enquête, 4 % des femmes interrogées ont subi au moins un acte d'agression physique (coups, brutalités physiques, menace avec une arme).

Dans un espace public, qu'il s'agisse de la rue, des transports en commun et des lieux publics, tous âges confondus, près de 19 % des femmes ont subi au moins une violence au cours des douze derniers mois : 13,3 % des femmes interrogées ont déclaré avoir fait l'objet d'agressions verbales (insultes, menaces), 5,2 % ont déclaré avoir été suivies dans leurs déplacements. Elles étaient près de 2 % à avoir fait l'objet d'agressions physiques, dont les auteurs étaient à 80 % des hommes.

Parmi les femmes interrogées, 11 % déclarent avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Les agressions les plus fréquemment déclarées sont les tentatives de rapports forcés (5,7 %), les attouchements (5,4 %), les rapports forcés (2,7 %). Si la majorité des femmes déclarent une seule agression sexuelle, un quart des femmes déclarent en avoir subi plusieurs.

Les femmes dont l'âge est inférieur à 25 ans sont les premières victimes de violence dans l'espace public. Au cours des douze derniers mois, elles déclarent un plus fort taux d'insultes que les femmes plus âgées (25 % contre 13 % en moyenne), un plus fort taux d'atteintes sexuelles (22 % contre 8 % en moyenne).

Cependant, c'est dans le huis clos familial que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures : la violence de genre la plus fréquente est la violence intra conjugale.

Un des grands enseignements de l'enquête ENVEFF est que les femmes sont plus souvent en danger dans leur foyer que dans un espace public.

Tous les types de violence y sont retrouvés, qu'il s'agisse de violence physique, de violence sexuelle, de violence économique ou psychologique.

Une femme sur dix qui vit en couple subit une violence conjugale. Plus de 30 % des femmes qui ne vivent plus avec leurs partenaires déclarent entre 3 et 4 fois plus de violences que les autres. Cette enquête fait apparaître par ailleurs que la violence conjugale n'est pas le fait de milieux défavorisés. En effet, 10 % des femmes victimes de violences conjugales sont des cadres supérieurs, 1,2 % sont des femmes au foyer, 9 % sont des employées et 8,7 % sont des ouvrières.

Le récent constat réalisé par le Haut Comité de la Santé Publique intitulé « violences et santé » rappelle que la famille constitue le lieu où la Loi intervient le moins et où s'observent les violences les plus fréquentes envers les femmes. En effet le noyau familial est le lieu où s'apprennent et se reproduisent les rapports sociaux de genre et la domination masculine. Quand celle-ci ne peut s'exprimer dans les actes de la vie sociale, elle cherche d'autant plus à se légitimer dans l'espace privé et s'y exerce avec davantage de force.

La violence conjugale se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Comme ces actes sont commis à l'abri des regards extérieurs au couple, il est très difficile de les estimer. Les femmes qui en sont les victimes se taisent. Paradoxalement, pendant longtemps, les femmes victimes de violence ont été tenues comme principales responsables de leur sort. Puis durant la seconde moitié du XX^{ème} siècle, sous l'effet conjoint de l'évolution de la société et des actions menées par les mouvements de femmes ont amené la reconnaissance juridique et politique de l'égalité des droits des hommes et des femmes.

La violence conjugale est une des manifestations de l'enjeu spécifique que constitue encore le contrôle du corps et de l'autonomie des femmes dans notre société occidentale moderne. Les violences conjugales illustrent la persistance de la croyance de certains hommes que les femmes leur appartiennent et doivent se soumettre nécessairement à leur volonté.

Les violences conjugales concernent, dans une proportion de plus de 90 %, des femmes comme victimes et des hommes comme auteurs.

Un million et demi de femmes vivant en couple, entre 20 et 59 ans et donc en regard un million et demi de conjoints, de concubins ou d'anciens conjoints violents.

Elle sévit dans toutes les classes sociales presque dans la même proportion, quoique certains facteurs associés puissent apparaître, comme le chômage ou, d'un autre point de vue, les convictions religieuses qui conditionnent certaines représentations de la famille. L'instabilité professionnelle masculine a un impact notable sur la violence conjugale, elle se retrouve avec une grande fréquence (16 %) parmi les chômeurs non indemnisés. Quant à l'alcoolisme du conjoint, recensé par 2 % des femmes enquêtées, il multiplie par cinq les situations de violences globales et par dix les situations de violences très graves.

Si les publications sur le lien entre consommation d'alcool et violence sont rares en Europe, de nombreuses données quantitatives ont été enregistrées aux USA, mais les problèmes méthodologiques rendent la comparaison entre ces diverses études fort complexes.

En France, le ministère de la Santé a programmé en 2005 la réalisation d'une étude ayant pour objet d'estimer les relations entre consommation / abus d'alcool et violences. Il s'agit de définir la fraction attribuable à l'alcool des crimes et délits avec actes de violence, en Île-de-France, en relation avec les doses d'alcool consommées et les conditions de cette consommation.

Les résultats de l'enquête ENVEFF ont été publiés en décembre 2003. En termes de violences intra familiales ils donnent des informations précieuses.

- *Au cours des 12 derniers mois*, l'indicateur global de violences conjugales concerne 10 % des femmes ;
- Les violences conjugales se répartissent comme suit : 4,3 % d'insultes, 1,8 % de chantage affectif, 24,2 % de pressions psychologiques (dont 7,7 % d'harcèlement moral), 2,5 % d'agressions physiques, 0,9 % de viols et autres pratiques sexuelles imposées ;
- La fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socioprofessionnelles ;
- Les femmes immigrées (à l'exception des femmes italo-ibériques) sont plus fréquemment en situation de violence conjugale. Chez les femmes musulmanes, les situations de cumuls de violence sont multipliés par 3 ;
- Les violences conjugales sont liées à l'âge : les femmes les plus jeunes (20 / 24 ans) sont environ deux fois plus exposées que leurs aînées ;
- Les personnes qui, enfants, ont supporté des sévices, ont 4 fois plus que les autres été victimes d'agressions sexuelles ou physiques dans leur couple au cours des 12 derniers mois ;
- La probabilité d'avoir été hospitalisée est significativement plus élevée lorsque les femmes ont subi des agressions ; elles sont plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes, leur appréciation de leur santé est moins bonne.

Le retentissement des violences physiques ou sexuelles sur la santé psychique des femmes a été mesuré dans le cadre de cette enquête. Il est important puisque 17 % des femmes ayant subi un épisode violent et 25 % de celles qui ont subi plusieurs épisodes violents ont un niveau de stress post-traumatique élevé. Celui-ci est caractérisé par la survenue de cauchemars, de troubles anxieux et d'épisode de panique. Ce taux est de 5 % chez les femmes qui n'ont pas connu ce type d'événement.

Le taux de suicide semble aussi très lié à la survenue de violences. De 0,2 % chez les femmes qui n'ont pas déclaré de violences, le taux passe à 3 % pour les femmes ayant déclaré un épisode violent et à 5 % pour les femmes qui en ont déclaré plusieurs.

Le niveau de consommation médicale est également différent. Les femmes victimes de violence consomment plus souvent et régulièrement des médicaments psychotropes : 30 % lorsqu'elles déclarent plusieurs épisodes violents, 20 % lorsqu'elles en déclarent un et 10 % lorsqu'elles n'en déclarent pas.

C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles ; tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socio-économiques étant cependant des facteurs aggravants, notamment le chômage.

Le second enseignement de l'enquête ENVEFF est l'occultation des violences par les femmes qui les subissent. Mais lorsqu'elles en parlent, près d'une fois sur quatre, c'est au médecin qu'elles s'adressent.

Les résultats de cette enquête font apparaître que de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois des violences qu'elles subissaient à l'occasion de l'enquête : les violences conjugales sont les plus cachées des violences. Ainsi plus des 2 / 3 des femmes contraintes par leur conjoint à des pratiques ou rapports sexuels forcés avaient gardé le silence et 39 % avaient caché des agressions physiques.

La violence conjugale se développe dans le cadre de cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Pendant la phase d'escalade durant laquelle se produisent des agressions psychologiques et des violences verbales, la femme tente de maintenir l'équilibre de la situation et de maîtriser sa peur.

Cette première phase est suivie d'une explosion de la violence déclenchée à l'occasion d'une contrariété, pendant laquelle l'homme semble perdre tout contrôle sur lui-même. La femme est alors terrorisée, tente, soit de se défendre, soit de se mettre à l'abri. Même en l'absence de blessures physiques, la victime peut être en état de choc et est parfois amenée à consulter un médecin à ce stade.

S'installe ensuite une période de rémission durant laquelle le conjoint a tendance à regretter ce qu'il a fait ou dit, à minimiser les faits, à vouloir les justifier par des circonstances qui lui sont extérieures. Il essaie de se faire pardonner et promet de ne plus recommencer.

Les raisons pour lesquelles les femmes ne quittent pas leur compagnon violent sont de plusieurs types. Tout d'abord elles espèrent pouvoir changer le comportement de leur compagnon, en les aidant et en les soutenant. Elles souhaitent aussi préserver l'unité familiale, éviter une séparation qui éloignerait le père de ses enfants. Le manque de ressources économiques et les obstacles à une séparation peuvent leur sembler insurmontables. Elles peuvent également subir des menaces portant sur elles-mêmes, leurs enfants ou des membres de leur famille et ces menaces anéantissent tout espoir d'échapper à la situation. À tous ces motifs s'ajoutent souvent une méconnaissance de leurs droits ainsi que celle des lieux qui pourraient les accueillir.

B. Autres données disponibles

Plusieurs autres sources permettent de prendre en compte la réalité des violences conjugales, même s'il ne s'agit pas de données recueillies en routine. Elles ont pour caractéristiques d'être soit ponctuelles, soit de ne renseigner que sur telle ou telle partie de la problématique.

1. Provenant d'autres enquêtes

La problématique « genre, violence et santé » n'est pas nourrie par le matériau statistique que produisent le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Justice. Ils publient chaque année des statistiques réalisées à

partir des constats d'infractions relevées par la police et la gendarmerie ; elles ne donnent, jusqu'à maintenant, aucune indication sur les victimes.

Même si le terme de « violences » n'est pas défini dans les statistiques policières et judiciaires, les publications annuelles des ministères de l'Intérieur et de la Justice permettent un comptage de faits pouvant entrer dans cette catégorie. Ces faits sont tous des infractions à la loi qui ont pour caractéristique commune d'avoir mobilisé, d'une façon ou d'une autre, certains services de police, de gendarmerie ou de justice.

Une illustration de la nature des informations fournies par ce type de sources peut être trouvée dans les données que contient **l'Annuaire statistique de la justice**. Y sont enregistrés les flux concernant la justice civile, pénale ou administrative, l'exécution des peines, le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, avec des informations spécifiques portant sur la justice des mineurs et l'aide juridictionnelle. Sur la plupart des faits enregistrés, sont indiqués le nombre des condamnations prononcées, leur nature, la nature des peines, le sexe des condamnés, leur âge et leur nationalité. Au total, peu de choses apparaissent sur les auteurs de violences, sur le contexte de celles-ci ainsi que sur les victimes.

Avec un tel outil, on dispose donc de statistiques qui, bien qu'indiquant le sexe des auteurs d'infractions, demeurent bien éloignées de la perspective d'analyse qui est celle du genre ; quant aux liens des violences enregistrées avec la santé, ils sont ignorés. Ces deux caractéristiques (absence de la problématique du genre, absence d'intérêt pour la santé des victimes ou celle des auteurs) ne doivent évidemment pas étonner, puisque cet annuaire est avant tout un instrument de comptage conçu par et pour une administration qui cherche à connaître, d'année en année, l'évolution du volume et de la nature de son activité propre.

Des remarques à peu près similaires pourraient être formulées à propos du document intitulé « **état 4001** », que publie la direction de la Police judiciaire, au ministère de l'Intérieur chaque mois de janvier. Cette source statistique institutionnelle enregistre les faits que comptabilisent les policiers et les gendarmes, à savoir les crimes et délits tels qu'ils sont portés à leur connaissance et consignés dans une procédure transmise à la justice. Et à ce premier enregistrement statistique, s'ajoute une nomenclature en 107 postes qui renseigne sur les mêmes faits, mais en apportant des informations légèrement différentes. Elle fournit notamment des données sur les personnes incriminées, dont on peut ainsi apprendre si elles sont majeures ou mineures, françaises ou étrangères, et à quelles suites judiciaires les ont exposées les infractions qu'elles ont commises.

En novembre 2003, l'Observatoire national de la délinquance (OND) a été installé. Il est chargé en particulier, de recueillir les statistiques relatives à la délinquance auprès de l'ensemble des départements ministériels et des organismes publics et privés ayant à connaître directement ou indirectement les faits de délinquance. Il est également chargé d'exploiter les données recueillies et de les analyser.

L'OND a remis en février 2005 un rapport dans lequel il met l'accent sur la part importante prise par les mineurs dans le cadre de la délinquance. Il est nécessaire de rappeler que ne peuvent être comptabilisées dans cet outil statistique que les personnes qui ont été mises en cause à condition qu'elles aient été entendues par procès-verbal et que des indices attestent qu'elles ont commis ou tenté de commettre une ou plusieurs infractions.

Il souligne que, dans le cadre des violences sexuelles, une personne sur quatre est un mineur. Le nombre de mis en cause mineurs pour viols sur moins de 18 ans a augmenté de 67 %, ce qui représente un accroissement de l'ordre de 500 individus. Selon l'OND, entre 1996 et 2003, « le phénomène est encore plus ample pour les harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des mineurs : en sept ans, le nombre de mis en cause passe de 900 à 2 000, ce qui correspond à une augmentation de 117 % ».

À côté des limites constitutives de ces sources de données - limites qui font l'objet d'une réflexion déjà ancienne et d'une abondante littérature critique -, il apparaît donc impossible de se reposer sur les

remontées d'informations organisées au sein des ministères de l'Intérieur et de la Justice pour chercher à nourrir la problématique « genre, violences et santé » par un matériau statistique ne serait-ce que partiel⁵.

2. Provenant d'autres sources

La **Fédération nationale solidarité femmes** est soutenue financièrement par les services de la Direction générale de la santé pour exploiter des informations en provenance de son réseau de 54 associations sur leurs actions dans le domaine de la santé des femmes victimes de violences conjugales, et pour tirer des enseignements des appels téléphoniques reçus par la ligne téléphonique «Violence conjugale- femmes info service », notamment en ce qui concerne l'accueil des médecins et les certificats médicaux. Un dossier de synthèse est réalisé chaque année.

À titre illustratif, sur 109 757 appels reçus en 2003, 11 382 concernent les violences conjugales et confirment, s'il en était besoin, la typologie des partenaires violents (mari, ex-mari, concubin...) et les raisons évoquées (alcoolisme, jalousie, partenaire autoritaire, problèmes psychologiques, enfants...).

Depuis 1999, le nombre d'appels concernant les violences conjugales est supérieur à 10 000 chaque année. Pour environ la moitié des femmes, le téléphone constitue une première démarche. Les autres ont tenté un recours, auprès des médecins ou de la police ou les deux.

En 2002 :

- 30 % des femmes étaient en possession d'un certificat médical au moment de leur appel, des jours d'ITT y figuraient dans 10 % des appels ;
- 13 % avaient été en contact avec un service hospitalier généraliste ou un service médico-légal ;
- 16 % avaient eu recours à un médecin (15 % généraliste, 1 % spécialiste).

En 2003 :

- 26 % des femmes appelantes étaient en possession d'un certificat médical, avec des jours d'ITT dans 8 % des appels ;
- 13 % avaient été en contact avec un service hospitalier généraliste ou un service de médecine légale ;
- 14 % avaient été en contact avec un médecin (13 % généraliste, 1 % spécialiste).

Cette baisse de pourcentage ne représente pas forcément une dégradation de la réponse médicale mais une augmentation des situations de demande d'information et de première prise de contacts.

En effet, on constate une légère augmentation des appels provenant de tiers, famille ou entourage. Parfois ce sont les professionnels qui prennent contact avec cette ligne téléphonique lorsqu'ils sont confrontés à une situation à laquelle ils n'ont pas de réponse à apporter et face à laquelle ils sont en difficulté.

⁵ Pour avoir un aperçu rapide des méthodes de construction des chiffres de la police et de la justice, cf. par exemple : ministère de l'Intérieur, « Note relative à la méthodologie des statistiques des crimes et délits constatés par la police et la gendarmerie. Système statistique 4001 », mise à jour du 7 novembre 2002 sur le site du ministère de l'Intérieur (www.interieur.gouv.fr).

- Alain SAGLIO, « La statistique Justice », *Courrier des statistiques*, n°97, mars 2001, p. 3-17.
- Pour y voir plus clair sur les limites des « chiffres officiels » de la délinquance et leurs compléments nécessaires par les enquêtes de victimation, cf. par exemple :
- Bruno AUBUSSON, Nacer LALAM, René PADIEU, Philippe ZAMORA, « Les statistiques de la délinquance », *France, portrait social 2002 / 2003*, INSEE, 2002, p. 141-158.
- Philippe ROBERT, Renée ZAUBERMAN, Marie-Lys POTTIER, Hugues LAGRANGE, « Mesurer le crime. Entre statistiques de police et enquêtes de victimation (1985-1995) », *Revue française de sociologie*, XL-2, 1999, p. 255-294.

Les conséquences des violences rapportées en termes de santé physique et psychologique sont très variées. Sont cités le plus fréquemment : des tremblements ou de la tension permanente (61 %), de la peur (65 %), de la dépression, perte de l'estime de soi ou une « destruction psychologique (70 %). Mais on signale également la contamination volontaire par le sida (6 cas en 2002, 3 cas en 2003) ou des fausses couches (37 cas en 2002, 42 en 2003), voire des invalidités (67 cas en 2002, 70 cas en 2003).

Ces informations constituent, à côté d'autres données et par leur reproduction d'année en année, des éléments d'informations précieux.

Une **étude rétrospective menée à l'institut médico-légal de Paris**⁶, de 1990 à 1999, a retrouvé 652 homicides commis sur des femmes. La moyenne d'âge des femmes décédées était de 45,5 ans. L'auteur de l'homicide était dans 31 % des cas le mari, dans 20 % des cas un partenaire. Dans 15 % des cas seulement, la femme ne connaissait pas son agresseur. Dans cette étude rétrospective, les agresseurs étaient connus comme violents ou alcooliques chroniques. L'actualisation réalisée, au 31 décembre 2004⁷, retrouve 253 homicides supplémentaires. Ce sont donc 905 femmes qui sont mortes, victimes d'homicide, entre 1990 et 2004.

Le déficit de données concerne également fortement les violences commises à l'encontre des personnes homosexuelles et très peu d'actes de violences de ce type sont recensés. En effet, les associations homosexuelles et des numéros de téléphone sont les seuls dépositaires des plaintes. En province les violences s'exercent sur des lieux de rencontre ou de drague. Les personnes ne portent pas plainte car elles doivent alors reconnaître leur homosexualité. En outre, l'attitude des policiers à leur encontre est souvent empreinte de moquerie. Concernant l'identité des agresseurs, il ne s'agirait pas de façon majoritaire de violences de couple, mais de violences exercées par des personnes qui cherchent à « punir » un comportement qu'ils estiment non-conforme à leurs propres représentations de la famille et de la sexualité. Quand à l'identité des victimes, on ne dispose pas d'informations différenciées par sexe, les violences à l'encontre des femmes homosexuelles étant encore plus cachées que celles à l'encontre des hommes gays.

Par ailleurs, toutes les grandes villes de province ont connu des meurtres homophobes. Aucune de ces affaires n'a été recensée comme telle.

Il n'existe pas d'enquêtes relatives aux homosexuels sur le croisement entre violence et santé. Il n'existe qu'une enquête coordonnée par l'Institut national de veille sanitaire, l'enquête Presse Gay. À l'origine, elle portait sur l'épidémie de Sida.

La dernière enquête évoquait également la dépression, le suicide, qui sont fortement majorés en cas de rejet parental et d'agressions homophobes. Dans le cas du suicide, la victime et l'auteur de la violence sont une seule et même personne. En outre, dans ce cadre, les femmes sont plus dans la tentative et les hommes dans le passage à l'acte aboutissant à la mort. Le suicide est à la rencontre de tous les facteurs psychosociaux rendant la souffrance intolérable.

La vulnérabilité suicidaire est corrélée à la baisse de l'estime de soi. Un rapport remis à la DGS comporte un chapitre dédié à l'homophobie. Il est construit à partir des constats faits par des acteurs de terrain, interrogés de façon aléatoire, sur les violences faites aux homosexuels ou aux populations considérées comme telles.

Les acteurs de terrain disposent de signaux. Tous les indicateurs en matière de santé sont présents, qu'il s'agisse notamment d'anorexie, d'auto-mutilation, de toxicomanie. Selon des études américaines et canadiennes citées dans le livre *Homosexualités et Suicide*⁸, des études américaines et canadiennes menées à grande échelle rapportent que la vulnérabilité suicidaire est 4 à 7 fois plus importante chez les garçons. Ne considérer qu'une population homosexuelle adulte restreint le sujet. En effet, 25 % des garçons accueillis pour suicide évoquent leur homosexualité pour la première fois après la tentative.

⁶ Lecomte et coll., 2001, rapport « les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels »

⁷ Actualisation février 2005 : chiffres communiqués par Madame le Pr. Lecomte

⁸ Homosexualités et suicide, Eric Verdier et Jean Marie Firdion, H&O 2003.

Les travaux relatifs à la masculinité sont encore peu nombreux en France.

Citons parmi ceux ci les travaux de Germain Dulac

Le recensement des principaux travaux statistiques permettant, ne serait-ce qu'indirectement ou partiellement, de fournir de la connaissance sur les liens entre genre, violences et santé fait apparaître que :

- 1 - Il existe en France **des sources d'information multiples sur les violences**, mais qui ne réservent souvent qu'une petite - voire aucune - part aux liens que les violences entretiennent avec l'état de santé des personnes et / ou qui ne se placent pas dans l'optique du genre (ex. : recueil de données par des sources policières et judiciaires).
- 2 - De même, il existe **un recueil d'informations nombreuses et régulières sur la santé des Français** (ex. : l'enquête santé décennale, réalisée par l'INSEE et dont la dernière édition date de l'automne 2003), mais la perspective qu'adoptent les enquêtes réalisées en la matière n'est que de façon très marginale préoccupée par les violences et la problématique du genre.
- 3 - Enfin, la production statistique française n'est pas impliquée dans le développement d'une **information construite en termes de genre**. Bien souvent, les données sont sexuées, mais le parti pris théorique consistant à analyser comme un processus social toujours renouvelé, central en matière d'organisation sociale globale, les relations entre hommes et femmes d'une part, entre hommes d'autre part ou bien entre femmes, enfin, n'est pas adopté. Par conséquent, même lorsqu'il est question d'au moins un autre des deux sujets qui nous préoccupent ici (violence et santé), la dimension du genre ne peut être que peu ou pas traitée par la voie statistique (ex. : partie variable de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, réitérée en janvier de façon périodique par l'INSEE, et portant sur les victimations subies).

C. Autres sources d'informations, déjà disponibles ou à venir, permettant de disposer de quelques réponses sur la problématique « genre, violences et santé »

1. L'enquête « Événements de vie et santé » (ex-« Violences et santé ») de la DREES

La collecte des données de cette enquête sera effectuée par les enquêteurs de l'INSEE en novembre-décembre 2005, auprès d'environ 11 000 répondants âgés de 18 à 75 ans.

Le questionnaire de cette enquête se compose de sept parties distinctes comportant un tableau de composition du ménage, un ensemble de questions relatives à divers aspects de la santé (état de santé perçu, tant physique que fonctionnel, émotionnel ou social), les maladies, limitations, problèmes de santé, passés et présents ; les accidents au cours de la vie ; les événements de santé survenus dans les 12 derniers mois avec repérage possible d'événements de santé résultant directement de violences subies (traumatologie).

Le questionnaire comportera ensuite un module biographique, un module « Violences subies au cours des 24 derniers mois » et un autre axé sur les « Violences subies au cours de la vie entière ». Il comportera enfin un module composé de deux questions permettant, si nécessaire, à la personne enquêtée de s'exprimer sur ce qui a contribué à l'aider au cours des épreuves qu'elle a pu affronter et un questionnaire auto-administré par ordinateur est enfin prévu à l'issue du face-à-face, pour garantir une meilleure confidentialité des réponses (tant à propos de pratiques délictueuses que de sujets dont les normes sociales rendent l'exposé difficile face à l'enquêteur) : l'enquêté(e) répondra à des questions portant sur ses comportements et orientations sexuels, sur sa consommation de boissons alcoolisées et de drogues illicites.

Si le principal angle d'attaque de cette enquête n'est pas la question du genre, elle permettra toutefois des exploitations allant dans le sens d'une étude des liens entre genre, violences et santé.

Elle se propose de recueillir les liens existant entre les violences subies (au cours des 24 derniers mois mais aussi en amont de cette période) et, dans une moindre mesure, agies, d'un côté, et l'état de santé des personnes, de l'autre. Ce recueil de données centré à la fois sur les violences et la santé est orienté dans une perspective biographique. Une grande partie du questionnaire vise en effet à recenser les difficultés qui, au cours de la vie de l'individu, ont pu constituer, sinon directement des violences au sens où elles sont définies dans l'enquête, du moins des facteurs aggravants, un contexte défavorable aux effets possibles des violences subies.

Plus précisément, on peut attendre de cette enquête qu'elle permette de repérer des corrélations importantes entre certains types de violences et certains aspects de la santé (physique, mentale ou sociale). La causalité directe entre violences et santé (dans les deux sens, d'ailleurs) n'est en tant que telle accessible qu'à des investigations qualitatives, qui seraient du ressort de la médecine ou de la psychologie, par exemple. Mais la mise en évidence de liens statistiques entre violences, santé et informations détaillées sur le parcours biographique (famille et proches surtout, mais aussi vie professionnelle et conditions de vie matérielles) va dans le sens d'une mise en contexte fournie des données déclarées dans les deux domaines de la violence et de la santé.

C'est ce choix, qui consiste à faire l'hypothèse que la biographie offre une caisse de résonance plus ou moins amplificatrice aux liens entre violence et santé, qui permet d'envisager des exploitations de cette enquête dans la perspective du genre (parmi d'autres axes d'analyse possibles) : non seulement les données seront évidemment sexuées (sexe de l'enquêté relevé parmi d'autres caractéristiques sociodémographiques), mais les éléments de la biographie fourniront également de nombreux renseignements sur l'organisation sexuée des rôles, sur la nature des rapports avec l'entourage (le plus souvent sexué, aussi), ou encore sur le sexe des auteurs de violences dont l'enquêté déclare avoir été victime, homosexuels et bisexuels. C'est en ce sens, par le recueil d'éléments de contexte autour des comportements sexuels (et en particulier vis-à-vis du VIH), que cette enquête peut être considérée comme ayant trait au genre.

2. ACSF 1992 (Analyse du comportement sexuel des Français) et CSF 2005 (Contexte de la sexualité en France)

L'enquête sur les comportements sexuels en France réalisée par téléphone en 1992 auprès de 20 000 personnes, bien que n'ayant pas explicitement développé une perspective de genre, a donné lieu à des analyses relevant de cette perspective théorique. Ces analyses portent sur l'activité sexuelle des individus et sur la gestion du risque.

La nouvelle enquête sur le contexte social de la sexualité en France, qui sera conduite également par téléphone auprès de 12 000 personnes en 2005, développe quant à elle de manière approfondie une analyse dans une perspective de rapports sociaux de sexe. Les modifications des conditions d'existence des femmes dans les dernières décennies ont fortement augmenté leur autonomie vis-à-vis des hommes, mais rien ne garantit que les rapports entre les sexes aient été profondément transformés.

Si le principal angle d'attaque de cette enquête n'est pas la question du genre, elle permettra toutefois des exploitations allant dans le sens d'une étude des liens entre genre, violences et santé.

Elle se propose de recueillir les liens existant entre les violences subies (au cours des 24 derniers mois mais aussi en amont de cette période) et, dans une moindre mesure, agies, d'un côté, et l'état de santé des personnes, de l'autre. Ce recueil de données centré à la fois sur les violences et la santé est orienté dans une perspective biographique. Une grande partie du questionnaire vise en effet à recenser les difficultés qui,

au cours de la vie de l'individu, ont pu constituer, sinon directement des violences au sens où elles sont définies dans l'enquête, du moins des facteurs aggravants, un contexte défavorable aux effets possibles des violences subies.

Pus précisément, on peut attendre de cette enquête qu'elle permette de repérer des corrélations importantes entre certains types de violences et certains aspects de la santé (physique, mentale ou sociale). La causalité directe entre violences et santé (dans les deux sens, d'ailleurs) n'est en tant que telle accessible qu'à des investigations qualitatives, qui seraient du ressort de la médecine ou de la psychologie, par exemple. Mais la mise en évidence de liens statistiques entre violences, santé et informations détaillées sur le parcours biographique (famille et proches surtout, mais aussi vie professionnelle et conditions de vie matérielles) va dans le sens d'une mise en contexte fournie des données déclarées dans les deux domaines de la violence et de la santé.

C'est ce choix, qui consiste à faire l'hypothèse que la biographie offre une caisse de résonance plus ou moins amplificatrice aux liens entre violence et santé, qui permet d'envisager des exploitations de cette enquête dans la perspective du genre (parmi d'autres axes d'analyse possibles) : non seulement les données seront évidemment sexuées (sexe de l'enquêté relevé parmi d'autres caractéristiques sociodémographiques), mais les éléments de la biographie fourniront également de nombreux renseignements sur l'organisation sexuée des rôles, sur la nature des rapports avec l'entourage (le plus souvent sexué, aussi), ou encore sur le sexe des auteurs de violences dont l'enquêté déclare avoir été victime.

3. L'enquête réalisée auprès de la presse gaie depuis 1985

À l'initiative prise par Michael Pollak, a fait suite de façon répétée, à partir de 1985, une enquête conduite dans la presse gaie diffusée en France. Le questionnaire auto-administré de quatre pages inséré jusqu'en 1992 dans Gai Pied Hebdo, a ensuite été proposé dans six revues homosexuelles, lors de la disparition de la première. Cette enquête qui a reçu 1 000 répondants en 1985 lors de sa première édition, en a totalisé 3 300 en 1993 et plus de 5 000 en 2000, ce qui peut donner un ordre de grandeur de son étendue. S'il demeure difficile d'en apprécier précisément la représentativité, elle permet d'apporter d'utiles conclusions sur l'évolution des pratiques liées au développement du sida, notamment en comparant des sous-groupes de la population concernée, et en apportant des éclairages dont les décisions en matière de santé publique pouvaient autrement difficilement disposer⁹.

Il en découle que la dimension de la santé est éminemment présente dans cette enquête, et ce dans une perspective bien particulière : celle d'une amélioration de la connaissance des attitudes et comportements de la population homosexuelle et bisexuelle face au risque du sida (perception de la maladie par rapport à soi et en tant que problème social, pratiques sexuelles et safer sex, modes de vie sociosexuels notamment), dans une évidente visée préventive.

Dans cette enquête, il n'est pas question de « violences » à proprement parler, en tout cas pas directement, mais il est possible de repérer des informations qui ne sont pas sans rapport avec le registre des violences psychologiques. Par exemple, les répondants sont interrogés sur la question de savoir qui, dans leur entourage, connaît, accepte, rejette... leur homosexualité. Ils peuvent également exprimer leur opinion sur leur possible souhait de voir se développer des mesures « concernant la situation sociale des

⁹ Marie-Ange SCHILTZ, Philippe ADAM, *Les homosexuels face au sida : enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH*, Centre d'analyse et de mathématique sociales (CAMS)-Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales (CERMES), Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), septembre 1995, 127 p. (40 p d'annexes).

Michael BOCHOW, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Alice MICHEL, Marie-Ange SCHILTZ, " Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000) ", p. 35-54,

Christophe BROQUA, France LERT, Yves SOUTEYRAND (dir.), *Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires*, ANRS, Paris, octobre 2003.

En particulier, Marie-Ange Schiltz précise les problèmes épistémologiques liés à la méthode de cette enquête dans : Marie-Ange SCHILTZ, « *Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie* », *Population*, n°6, novembre-décembre 1997, p. 1485-1537.

homosexuels » (mesures de lutte contre les discriminations dont les homosexuels peuvent faire l'objet dans leur vie professionnelle, problème de la garde des enfants après un divorce, adoption d'enfants...). Eux-mêmes, d'ailleurs, sont appelés à se prononcer implicitement sur leur degré de tolérance vis-à-vis de personnes atteintes du VIH. C'est par exemple le cas lorsqu'ils doivent se dire d'accord ou non avec l'affirmation selon laquelle « on peut comprendre que les employeurs refusent l'embauche des séropositifs », ou lorsqu'ils peuvent suggérer qu'« isoler les séropositifs » ou « fermer les frontières » seraient des dispositifs que le ministère de la Santé devrait mettre en place.

En matière de genre, même si rien n'est construit de manière systématique et explicite, on peut trouver des données en étroit rapport avec les rapports sociaux de sexe. Les questions évoquées dans le paragraphe précédent, en particulier, renvoient au moins pour partie à des questions de pouvoir et d'interaction entre hommes et entre hommes et femmes. Au-delà, ce qui permet de placer cette enquête dans un registre où le genre a sa place, même si cela n'est pas toujours de façon directe et constante, c'est la nature du parti pris de recherche qui a été initialement définie par Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz : rompant avec toute perspective (encouragée par les thèmes de « cancer gai » et de « groupe à risque » qui ont pu avoir cours dans les premiers débats autour de la diffusion du sida) qui aurait traité l'homosexualité comme une maladie, les auteurs ont orienté le questionnaire de cette enquête périodique vers une connaissance des modes de vie transformés. Une des hypothèses centrales de la recherche est que les rapports sociaux de sexe (ou rapports de genre), c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui construisent une différence de pouvoir entre hommes et femmes et structurent l'interaction entre eux, contribuent à fixer le style d'interaction sexuelle et le contexte de gestion du risque et de la prévention. Il importe donc de recueillir des indicateurs permettant d'évaluer les différences de pouvoir entre partenaires.

Les analyses permettront de rendre compte des représentations et des pratiques sexuelles et préventives, ainsi que des violences sexuelles subies au regard des rapports sociaux de sexe.

II. Impact de la violence sur la santé

L'impact de la violence, en particulier conjugale, sur la santé des femmes a été récemment largement documenté en France notamment dans le cadre des rapports du groupe de travail présidé par le Professeur Henrion, et du Haut Comité de la Santé publique^{10 11}.

Ce type de violence entraîne trois types majeurs de troubles médicaux :

- *traumatiques*
- *gynécologiques*
- *psychologiques*

Il a des effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes non seulement à court mais également à long terme, même longtemps après que les violences aient cessé.

La violence subie de façon chronique est cause de peur, d'angoisse, d'un sentiment de honte et de culpabilité, qui tend à isoler la victime.

Des études nord-américaines révèlent qu'entre 22 % et 35 % des femmes qui recourent aux services d'urgence le font pour des symptômes en rapport avec ce type de violences.¹²

¹⁰ *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premiers recours*, J. lebas, C. Morvant, P. Chauvin - Bul. Acad. Natle Méd., 2002, n°6, 949-961, séance du 4 Juin 2002.

¹¹ *Violences et santé*, Mai 2004, rapport du Haut Comité de la Santé publique

¹² Campbell JC, Pliska MJ, Taylor W. Sheridan D. *Battered women's experiences in the emergency department*.

Plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales présentent des symptômes de dépression et 29 % ont fait au moins une fois une tentative de suicide.¹³ La consommation de psychotropes parmi ces femmes est 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale.¹⁴

Les problèmes gynécologiques sont les plus fréquemment rapportés : 3 fois plus fréquemment que dans la population générale.¹⁵ Infections ou hémorragies vaginales, douleurs pelviennes chroniques, perte de la libido sont rapportés dans ce contexte. *A contrario*, face à l'un quelconque de ces symptômes, les violences conjugales doivent être évoquées et recherchées.

Les MST / VIH et les grossesses non désirées peuvent également être consécutives à ce type de violences : refus de l'utilisation du préservatif, ou certaines pratiques sexuelles imposées.

Signalons également que la violence conjugale atteint également les enfants. Le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux-mêmes maltraités est 6 à 15 fois plus élevée¹⁶. Avec pour conséquence des troubles somatiques (troubles sphinctériens, de l'audition ou du langage, retard staturopondéral), des troubles de la conduite et du comportement, des troubles psychologiques.

Les professionnels de santé, comme cela a été bien démontré dans l'étude de C. Morvant et al¹⁷, et dans l'enquête ENVEFF, sont souvent les premiers interlocuteurs des femmes victimes, deux fois plus souvent que la police et la justice, voire les associations.

Les médecins généralistes, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues et / ou obstétriciens se retrouvent le plus souvent en première ligne.

Mais dans la majorité des cas, ce n'est pas le médecin qui repère la violence, mais la femme qui évoque elle-même le problème en premier. Et souvent, par manque de formation ou par préjugé, celui-ci reste inerte face à ce problème médical.

C'est face à ce constat, et devant l'absence de signe d'appel clinique spécifique ou même évocateur, qu'a été soulevée la question du repérage de la violence de façon systématique par les professionnels de santé.

Aux États-Unis, 26 % des gynécologues / obstétriciens femmes et 19 % des gynécologues / obstétriciens hommes pratiquent aujourd'hui un repérage actif et systématique de la violence domestique¹⁸. L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande ce type de dépistage, et ce depuis plus de dix ans maintenant.¹⁹

Ce point a été soulevé dans le rapport Henrion, dans lequel ont été proposées des recherches / actions qui pour l'instant n'ont pas vu le jour.

La Commission s'est intéressée particulièrement à étudier certaines périodes de la vie ou certaines populations particulièrement exposées à des situations de violences.

A. Une période de particulière vulnérabilité : la grossesse

J. Emergency Nursing 1994 ; 20: 280-8.

¹³ Rousanville B, Weissman MM. Battered women: a medical problem requiring detection. *Int J Health Services* 1979 ; 9: 461-93. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg, Fenley, eds. *Violence in America ; a public health approach*. New York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.

¹⁴ Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg, Fenley, eds. *Violence in America ; a public health approach*. New York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.

¹⁵ Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. *The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice*. *Ann Int Med* 1995 ; 123: 73 737-746.

¹⁶ Campbell JC. Child abuse and wife abuse : the connections. *Med Medicine J* 1994 ; 43: 349-50

¹⁷ Morvant C, Lebas J, Chauvin P. *Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale : un état des lieux des pratiques en Ile-de-France*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.

¹⁸ Collective. *The battered woman*. Washington, American College of Obstetrics and Gynecology, Technical Bulletin no.124, 1989.

¹⁹ Collective. *Clinical aspects of domestic violence for obstetricians / gynecologists*. Washington, American College of Obstétriciens and Gynecologists, 1994

Les violences conjugales au cours de la grossesse concernent dans les pays industrialisés 4 % à 8 % des grossesses.

Dans une étude britannique récente, la grossesse apparaît comme un véritable facteur de risque de violence : les femmes enceintes ont un risque d'être battues 2 fois plus élevé que les autres (après ajustement sur l'âge, le statut marital, et le statut de l'emploi).²⁰

Une enquête a été réalisée dans 3 maternités publiques, de la région parisienne et de Champagne-Ardenne dans le but d'estimer la fréquence des violences conjugales au cours de l'année qui suit la naissance d'un enfant.

Le thème principal concernait la santé de la femme après une naissance et l'enquête a porté sur 706 femmes. Les femmes ont été interrogées lors de leur accouchement, puis ont répondu à un questionnaire par voie postale 5 et 12 mois après la naissance.

L'analyse des données montre que 4,1 % des femmes enquêtées ont subi des violences de la part de leur conjoint après leur accouchement. L'âge, le niveau d'études, le fait d'exercer une profession pendant la grossesse, la parité ne sont pas associés à la fréquence des violences conjugales. En revanche, les femmes dont la situation de couple était instable étaient plus nombreuses à déclarer des violences que les femmes vivant en couple avant et après la naissance.

Les femmes ayant déclaré des violences depuis la naissance avaient eu de manière significative, plus souvent une fausse couche spontanée avant cette grossesse. Les femmes victimes de violence présentent des signes dépressifs plus souvent que les autres et consomment plus souvent des médicaments psychotropes, y compris pendant leur grossesse.

- *fréquence des violences est de 3 à 6 % des cas, les violences de la part du conjoint représentant 4 %*
- *les violences sont plus fréquentes si le couple est instable, et le conjoint sans emploi*
- *il n'y a pas de différence significative selon l'âge de la femme, son niveau d'études, qu'elle ait ou non un emploi, qu'elle soit primipare ou secondipare*
- *les femmes victimes de violences ont plus souvent déclaré des fausses couches antérieures (31 % contre 17 % pour celles qui n'ont pas subi de violences) ; elles consomment plus de psychotropes (7 % contre 2 %)*

Ce qui apparaît dans les résultats de cette enquête c'est le fait que les femmes victimes de violences conjugales consultent aussi souvent que les autres, soit un gynécologue-obstétricien, soit un généraliste.

La réponse la plus souvent apportée par le corps médical au signalement des troubles qu'elles ressentent consiste en une prescription de psychotropes. D'après les chercheurs qui ont mené cette enquête, il semble que si les femmes parlent peu de la violence à laquelle elles sont confrontées, les médecins les interrogent rarement sur ce sujet.

La surveillance médicale obligatoire d'une grossesse comporte en France 7 examens prénatals et un examen post-natal qui est réalisé dans les huit semaines qui suivent la naissance. Environ la moitié des femmes enceintes bénéficient de surcroît, lorsqu'elles le souhaitent, de séances de préparation à la naissance réalisées par des sages-femmes.

Il est urgent de mettre à profit ce suivi médical de la grossesse qui s'applique à la grande majorité des femmes enceintes²¹ (0,1 % des femmes ne bénéficient d'aucun suivi, 0,9 % ont de 1 à 3 consultations), pour repérer les éventuelles situations de violences conjugales.

²⁰ Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002 ; 324: 271-276.

Dans le cadre des enquêtes nationales périnatales organisées régulièrement au niveau national dans les maternités, il doit être possible d'évaluer précisément, sur un échantillon représentatif de femmes venant d'accoucher, la fréquence des actes violents commis à leur encontre. Même si, à l'avenir, la remontée des informations évolue, ces données devraient être intégrées au système d'information périnatal.

B. Les mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences immédiates et à long terme sur la santé des femmes. Ces conséquences varient selon le type et la gravité de la mutilation pratiquée.

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue les quatre types de mutilations suivants :

- *type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris*
- *type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres*
- *type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal*
- *type 4 : toutes autres interventions sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements ou les perforations*

Les conséquences sont plus ou moins importantes selon l'acte pratiqué. L'infibulation (ablation totale de la vulve) concerne plutôt les pays d'Afrique de l'Est (Somalie, Djibouti à près de 99 %). L'excision est plutôt le fait d'ethnies d'Afrique de l'Ouest. Au Sénégal, la prévalence de l'excision atteint environ 20 % mais les migrants présents en France, essentiellement originaires de la région du fleuve Sénégal, sont quasiment tous concernés. Au Mali, près de 95 % des femmes sont concernées. Il est à noter qu'en Égypte, plus de 90 % des femmes sont excisées.

En France, on estime à environ 60 000 le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être. Les populations concernées par ces violences sont concentrées dans quelques régions ou départements : Île-de-France, Haute-Normandie, Rhône, Bouches-du-Rhône et Nord.

Ces mutilations peuvent entraîner des douleurs aiguës, des hémorragies pouvant aller jusqu'au décès, des rétentions d'urine ou des infections locales. À long terme, elles peuvent donner lieu à des abcès vulvaires, des infections locales ou générales pouvant entraîner la stérilité des femmes, des blessures sur les organes adjacents ou des cicatrisations chéloïdes.

Les infibulations, entraînant des rétentions du sang des menstruations donnent lieu à des douleurs et des infections. Sur le plan de la sensibilité sexuelle, certaines femmes africaines expriment désormais ouvertement les conséquences de ces mutilations.

Ces pratiques entraînent également des complications obstétricales dans le cas de l'infibulation comme de l'excision (déchirures périnéales plus nombreuses et plus larges). Les répercussions psychiques sont certaines mais mal connues.

Les mutilations sexuelles féminines constituent un problème de santé publique très important sur un plan international. Le continent africain arrive en tête en termes de mortalité maternelle et infantile ; les mutilations sexuelles y contribuent certainement.

²¹ Enquête nationale périnatale 1998 INSERM U 149, publiée en avril 2000.

En France l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Le décès d'une fillette intervenant à la suite d'une excision réalisée sur le territoire français fait alors l'objet d'un signalement à la justice. Cet événement a alors un retentissement colossal dans les médias.

Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été, pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les familles concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

La prévention et la loi françaises constituent de sérieux atouts pour les femmes africaines ayant déjà travaillé sur la question en Afrique et qui se sentent particulièrement concernées par ce sujet. Les professionnels de santé les premiers concernés ont été les professionnels intervenant dans le champ de la protection maternelle et infantile accueillant les populations concernées par les mutilations.

Parallèlement à la prise en compte de ce phénomène en France, au plan international, la question sort du champ culturel en 1979. Un comité interafricain se constitue en 1984 et décide de créer une structure destinée à faciliter les actions de prévention dans ce domaine. En 1985, la question des mutilations est évoquée à plusieurs reprises lors de la conférence internationale sur les femmes de Nairobi.

Un groupe de travail rassemblant diverses associations et mis en place en 1982 par le Gouvernement débouche sur des propositions en matière d'information, d'éducation et de prévention et sur l'application de la loi.

Une étude spécifique est menée à la même époque dans le service de protection maternelle et infantile des Yvelines. Elle permet de recenser 400 fillettes excisées et 200 projets d'excision. La prévention s'organise autour des femmes africaines et des professionnels de santé. L'évocation des complications au moment de l'accouchement pousse les femmes à protéger leurs filles.

Cette prise de conscience débouche sur un projet de sensibilisation de tous les professionnels sociaux et des professionnels de santé, qui est lancé ainsi qu'une réflexion sur les réseaux à constituer entre les différentes structures. Les actions menées au sein des consultations de PMI et par les femmes africaines en vacances dans leurs pays d'origine, l'aide de la justice et le maillage avec des structures africaines permet également à cette époque de faire reculer le nombre de nouvelles excisions.

L'application de la loi permet, pour sa part, de crédibiliser les mises en garde. Les sanctions ont évolué dans le temps vers des demandes de dommages et intérêts, ce qui a eu pour conséquence de faire réfléchir les personnes impliquées, plus que les peines de prison avec sursis.

Depuis les années 70 et 80, des progrès importants ont été réalisés. Mais le combat est loin d'être gagné. Le travail de prévention auprès des jeunes filles doit se poursuivre. La question des mutilations sexuelles et des mariages forcés doit en outre être abordée dans le cadre « de l'information et de l'éducation à la sexualité » qui doivent être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins 3 séances annuelles réalisées pour des groupes d'âge homogène (article 22 de la loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG, modifiant le code de l'Éducation).

Des réparations physiques sont réalisées en France par certaines équipes chirurgicales. Cependant, il reste beaucoup à faire dans le cadre du repérage des mutilations sexuelles en pratique médicale courante, et plus spécialement par les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, et de l'écoute de ces femmes qui est essentielle.

Hors de ses frontières, la France doit encore travailler sur le plan européen et international, notamment dans le cadre de la coopération africaine.

Rappelons ici la colère d'une déléguée africaine burkinabée qui, en 1991, devant les réactions de spectateurs se levant lors d'une projection s'est levée en disant « *certaines sont choqués par les images de la mutilation d'une fillette que nous venons de visionner. Alors levez-vous, battez-vous, impliquez-vous pour*

que ces pratiques disparaissent et comme cela vous n'aurez plus à souffrir d'en voir seulement des images ».

C Une violence particulière : la violence contre les personnes prostituées

1. État de santé des personnes prostituées

En 2002, le ministère de la Parité et de l'Égalité professionnelle a piloté un travail qui a abouti à un programme interministériel de lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des êtres humains. L'un des principes qui sous-tend ce programme est que la prostitution est traversée par la question de la violence dans les rapports humains. Au-delà de tels principes, forts et affirmés, quelles réalités concrètes, notamment sur le sujet de la violence, peut-on mettre en évidence quand on essaie d'appréhender la santé des personnes prostituées ? Dans un premier temps, seront présentées les grandes tendances sociodémographiques de la prostitution (essentiellement de rue) ; la question de la violence sera traitée singulièrement et permettra une transition vers une description des autres problèmes de santé importants ; un rapide aperçu des dispositifs en place permettra de donner les pistes de travail actuellement étudiées par la DGS.

Il est nécessaire d'être très prudent sur la fiabilité des constats présentés, issus de données de la littérature et d'entretiens de terrain. Concernant cette population, les données publiées en France sont rares et non représentatives de la situation des personnes prostituées en général. Des résultats d'études étrangères ont alimenté ce travail. Ils sont eux-mêmes imparfaits méthodologiquement. Les entretiens, réalisés en particulier lors des débats sur la loi de sécurité intérieure (LSI), sont quant à eux souvent chargés de représentation, d'émotion, d'opinion.

1.1. Sociodémographie

On compte en France moins de 20 000 personnes prostituées ; la « fourchette » généralement donnée est de 15 000 à 18 000 ; elle provient des services du ministère de l'Intérieur qui estiment être, chaque année, en contact avec 30 % des personnes prostituées. Ce chiffre global n'est pas contredit ; il laisse toutefois sceptique certains acteurs, quant à sa capacité à refléter une réalité finalement assez peu visible, donc difficile à appréhender sur le plan quantitatif. La prostitution est aujourd'hui diffuse sur le territoire français mais reste majoritairement concentrée dans les agglomérations : Paris regrouperait 50 % de l'ensemble. L'âge des personnes prostituées apparaît très variable ; mais le phénomène de traite des personnes prostituées d'origine étrangère a vraisemblablement abaissé la moyenne d'âge.

- **La question des mineurs** ne doit pas être occultée. L'OMS chiffre à 10 millions le nombre d'enfants prostitués et à un million le nombre de nouveaux cas chaque année (Willis et col. 2002). En France, le phénomène de la prostitution des mineurs est traditionnellement réputé marginal. Pourtant, certains travaux, portant sur des échantillons très réduits, ont montré que 20 à 30 % des personnes prostituées auraient débuté leur activité avant 18 ans et 10 % avant 15 ans. Pour l'office central de répression de la traite des êtres humains (OCRTEH), en 2002, 2 à 3 % des victimes des réseaux avaient entre 16 et 18 ans.
- **La répartition par sexe** habituellement retenue est la suivante : femmes : 80 %, transgenres : 10 % ; hommes : 10 % (sauf à Paris où ils constitueraient 30 % de l'ensemble des personnes prostituées).
- **La répartition des personnes prostituées selon leur nationalité** est la suivante : France : 36 % ; Afrique : 25 % ; Europe de l'Est et Balkans : 30 % ; autres : 9 %. Les 60 à 70 % de personnes prostituées étrangères sont en situation irrégulière ou bénéficient de titres de séjour touristiques d'une

durée de trois mois (Europe de l'Est). On notera la présence notamment à Paris d'une nouvelle prostitution d'origine chinoise.

La plupart des personnes prostituées étrangères est aujourd'hui considérée par les services du ministère de l'intérieur comme des victimes de la traite des êtres humains aux termes de l'article 225-4-1 du Code pénal. Sur le terrain, on observe une réalité très diverse de l'activité des réseaux. Il s'agit parfois de véritables mafias internationales. Mais souvent, les réseaux ne comportent que quelques individus. Quelle que soit leur configuration, les réseaux s'adaptent très rapidement aux fluctuations du marché, entraînant des déplacements de population dans toute l'Europe occidentale. Aujourd'hui, le temps moyen de présence d'une jeune femme victime d'un réseau en un même lieu (ville) est estimé à quelques mois. Les services du ministère de l'Intérieur estiment que lorsque 10 personnes prostituées sont, au bénéfice d'un réseau, en activité, ce sont en tout 40 à 50 jeunes femmes qui constituent en amont ou en aval des lieux de prostitution l'ensemble de la filière.

Depuis la loi de sécurité intérieure, la répression envers les personnes prostituées s'est accrue. D'après l'OCRTEH, en 2003, on a pu comptabiliser 500 procédures pour racolage chaque mois, 900 arrêts de reconduite à la frontière sur l'ensemble de l'année (dont 300 effectifs sur Paris), 700 personnes mises en cause pour proxénétisme (correspondant à 900 victimes identifiées).

Les sociologues, tel L. Mathieu, qui ont travaillé sur le milieu de la prostitution (« l'espace prostitutionnel ») décrivent un univers fait de concurrence et de hiérarchisation selon les territoires et les pratiques. Les groupes dominants rejettent souvent sur les plus faibles la responsabilité des problèmes qui surviennent à la communauté. Les toxicomanes se sont ainsi vus stigmatisés dans les années 80, tout comme les étrangères aujourd'hui. La négation du statut de victime permet ainsi de vider de leur sens les dispositions de la LSI, finalement préjudiciables à l'ensemble du groupe.

Au total, cette rapide description sociodémographique laisse deviner les nouveaux contours de la prostitution de rue :

- *Plus mobile, plus clandestine et moins accessible (notamment aux actions de prévention) ;*
- *Avec une présence accrue des proxénètes (réseaux) et des forces de l'ordre ;*
- *Faisant appel à de nouvelles technologies (pour la prise de rendez-vous, pour le contrôle exercé par les proxénètes), sur de nouveaux territoires et à de nouveaux horaires.*

La prostitution de rue apparaît être aussi un univers qui se précarise administrativement, économiquement et socialement. Cette dégradation est naturellement liée à la situation de personnes prostituées issues de groupes particulièrement vulnérables, de la saturation du marché par les réseaux alors que la demande est aujourd'hui moins forte et de la baisse des tarifs qui s'en suit naturellement. La précarité économique est ainsi réelle. Une étude britannique (Faugier et col. 1997) a montré que 12 à 30 % des personnes prostituées étaient prêtes à accéder à la demande d'un client qui sollicite un rapport non protégé si ce dernier y met le prix. Enfin, cette précarité est évidemment à rapporter à la question de la violence subie par les personnes prostituées.

1.2. Violence

À la frontière des concepts de la sociologie, de la prostitution et de l'étude des questions de santé, la violence apparaît comme un déterminant de la prostitution, une conséquence de cette activité et un déterminant du mauvais état de santé des personnes prostituées.

Les témoignages faisant état des violences subies dans l'enfance des personnes prostituées sont nombreux. La pression exercée par les réseaux se manifeste sur les trottoirs (contrôles de l'habillement, autorisation de monter donnée pour chaque client et par portable, interdiction de fidéliser un client, déplacements incessants, violences physiques, « kapo »,...). Sur la population particulière reçue au centre

d'accueil « horizons », à Paris, spécialisé dans l'accueil de personnes toxicomanes, prostituées et parent d'enfant(s), la violence subie par les personnes prostituées semble particulièrement importante et constitue une des grandes différences entre les personnes prostituées toxicomanes et les toxicomanes non prostituées. Le directeur de cette structure n'hésite pas à parler de véritable terreur exercée par certains proxénètes, eux-mêmes consommateurs de crack, surtout lorsqu'une femme tente de leur « échapper ». C'est ce que cette équipe identifie aujourd'hui comme le principal facteur limitant l'accès aux soins.

Les réseaux font également pression dans les pays d'origine : menaces sur la famille, contraintes ethniques dans certains cas pour les africaines.

La violence est également exercée entre personnes prostituées, notamment au regard des luttes hiérarchiques de l'espace prostitutionnel.

Les violences subies de la part des clients sont également souvent décrites ou rapportées ; les demandes de rapports non protégés émaneraient de 20 à 30 % des clients.

Les riverains, particulièrement légitimés depuis la loi de sécurité intérieure, sont également des pourvoyeurs de violence auprès des personnes prostituées.

Enfin, le cours descriptif sur la répression montre aujourd'hui une autre forme de violence subie par les personnes prostituées.

Sur le plan des études publiées, il faut une nouvelle fois mettre en garde sur leurs origines et leur représentativité. Il s'agit le plus souvent d'études anglo-saxonnes, portant sur des échantillons de moins de 100 personnes prostituées et basées sur des questionnaires auto-administrés. Ces études confirment toutefois, pour partie, les informations et perceptions émanant « du terrain » .

Des études (Potter 1999 ; Campbell 2003) objectivent la fréquence élevée des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance. Pour Du Mont (2004) : 22 % des victimes de viols admises entre 93 et 97 à l'hôpital de Toronto étaient des personnes prostituées. L'étude d'El Bassel (2001) montre que 2/3 d'un échantillon de 113 personnes prostituées new-yorkaises avaient déjà subi une agression physique ou sexuelle par un proche ou un client au cours de la vie, et qu'1/8 avait subi de telles agressions par l'entourage et par des clients. Pour Harcourt (2001), 75 % des personnes prostituées enquêtées avaient déjà subi des violences durant l'activité. Farley (1998) montre sur un échantillon de 130 personnes prostituées californiennes que 82 % ont souffert d'au moins une agression physique durant la période de prostitution, 83 % ont été menacées d'une arme, 68 % ont subi au moins une tentative de viol et 57 % avaient été sexuellement abusées durant l'enfance ; dans la même enquête, on retrouve 68 % des personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD), dont la sévérité est proportionnelle au nombre d'épisodes de violence durant l'activité ou l'enfance et à la notion de viol durant l'activité. Dans une autre étude, Valera (2001) aboutit à un pourcentage de 42 % de PTSD. Dans un travail publié dans l'*american journal of epidemiology*, Potterat et col. (2004) identifient, sur une cohorte ouverte 2 000 personnes prostituées, la toxicomanie et la violence comme les deux principales causes de mortalité (ratio standardisé de mortalité à 18 pour la violence), que ce soit durant la période active de prostitution que durant toute la période d'observation (1967 à 1999).

Ward et col. (1999), qui ont réalisé un suivi prospectif sur 9 ans de personnes prostituées londoniennes (675 personnes / années), ont mis en évidence un taux de mortalité 12 fois supérieur à celui attendu pour une population comparable non prostituée ; deux des 4 décès observés étaient dus à des meurtres.

D'autres travaux (Pyett, 1997) montrent que la capacité à faire face aux situations de violence est très liée à la vulnérabilité sociale des personnes prostituées.

En France, l'enquête sur les conditions de vie des personnes prostituées à Paris, réalisée en 1995 (Serre et al., 1996) montrait que 41 % des personnes prostituées avaient subi une agression au cours des 5 derniers mois précédant l'enquête. Les travestis étaient les plus exposés. Le client était le principal agresseur (58 %). Les motifs d'agression, lorsqu'ils étaient rapportés étaient le vol, le viol, la haine des personnes prostituées

et l'homophobie. Weltzer-Lang et Shutz-Samson, dans leurs travaux portant sur des personnes prostituées de l'agglomération lyonnaise, ont identifié les motifs de violences subies le plus souvent rapportés : homosexualité, prostitution, couleur de peau, toxicomanie et transsexualisme.

Les quelques études qui se sont attachées à identifier les besoins exprimés par les personnes prostituées elles-mêmes retrouvent fréquemment la protection contre les violences physiques et / ou sexuelles comme une demande prioritaire. C'est le cas de quelques études nord américaines (Valera 2001, Baker 2003, Sanders 2004) et du travail de Serre et col (1996), déjà cité, qui montre que les besoins concernant la protection vis-à-vis des agressions arrivaient devant la protection vis-à-vis du VIH.

1.3. Autres questions de santé

Globalement, la santé des personnes se prostituant dans la rue paraît s'aggraver, en lien notamment avec l'augmentation de la précarité décrite précédemment. Les questions du VIH, des IST, de l'IVG et de la contraception méritent un développement particulier.

En 1998, une revue de la littérature portant sur les pays occidentaux montrait des taux de prévalence de l'infection à VIH variant de 0 à 74 %, selon les contextes, à l'image de la réalité sociologique très variée (Serre, 1998). En France, les tendances admises étaient de 2 % pour les personnes prostituées non toxicomanes injecteurs et non-homosexuels, ces deux dernières populations apparaissant infectées dans 25 à 30 % des cas. De nombreuses contaminations paraissaient également liées à des relations sexuelles avec des partenaires « privés ». Les études étrangères plus récentes et « remontées » du terrain témoignent cependant de taux d'infection qui méritent une attention particulière. Il est en effet possible que la relative satisfaction que l'on a pu afficher au début des années 90 à l'égard des taux de contamination, notamment pour les femmes prostituées non toxicomanes, ne soit contredite du fait :

- *De l'origine géographique des personnes prostituées qui proviennent de pays à forte endémicité ou à faible niveau d'information et de prévention ;*
- *De la précarité et de la répression accrues, qui augmenteraient la fréquence des comportements à risque ;*
- *Du « relapse » et de la banalisation du problème du VIH ;*
- *Du renouvellement des équipes de prévention, issues elles-mêmes de générations moins « sensibilisées » ;*
- *De l'épuisement de certains projets en cours qui ne « tenaient » que du fait de la personnalité de leurs leaders.*

Guillemeau et Shutz-Sanson identifient quant à eux six facteurs de risque principaux pour les contaminations par le VIH et les autres IST (Guillemau et col. 2002) :

- L'insécurité, et les violences sur le lieu d'exercice ;
- Un âge jeune ou une durée d'exercice courte ;
- L'usage de substances psychotropes ;
- La situation administrative et la régularité du séjour ;
- Le poids du stigmat ;
- Le trafic et la violence exercée par les proxénètes.

Pour ONUSIDA (2003), à l'échelle mondiale, les facteurs associés aujourd'hui à une augmentation de la vulnérabilité des personnes prostituées vis-à-vis de l'infection à VIH sont :

- La stigmatisation et la marginalisation ;
- Des perspectives économiques limitées ;
- L'absence de loi et de politique protectrice ;
- L'existence de différences et inégalités liées à l'identité sexuelle ;
- Le manque d'accès aux services sanitaires, sociaux et juridiques ;
- Une information, un savoir-faire et un pouvoir de négociation limités ainsi qu'un accès entravé aux moyens de prévention ;
- Des modes de vie incluant la consommation de substances psycho-actives ;
- La fréquence des *violences* subies ;
- L'accroissement de la mobilité.

S'agissant des IST, toujours sans données quantifiées, la plupart des associations venant en aide aux personnes prostituées en France confirme « l'impression » d'une augmentation du nombre de cas de personnes prostituées chez lesquelles une syphilis ou d'autres IST sont découvertes.

Pour la syphilis, des équipes étrangères ont rapporté l'étendue des contaminations au sein de groupes de personnes prostituées et de leur clientèle (Patrick et col. 2002, Steegmans 1999).

➤ une étude allemande portant sur 4 800 sérums analysés rétrospectivement a par ailleurs montré que la prévalence de marqueurs d'infection par le HSV-2 était, tous âges confondus, plus élevée dans le sous-groupe des femmes prostituées (Rabenau, 2002).

➤ en 2001, une autre étude, réalisée sur une population espagnole de 177 femmes prostituées, a montré que ces femmes étaient plus infectées par les formes oncogènes du papillomavirus (HPV) qu'un groupe de 283 femmes témoin (Touze, 2001). Cette dernière donnée vient d'être confirmée par un recueil de données réalisé par l'association « Antigone » auprès de 80 femmes prostituées de la région nancéenne, pour lesquelles on retrouve 12 cas d'infections à HPV et 3 cas de cancer du col (*in situ*) (âge moyen des patientes : 21 ans).

Une étude portant sur une population de prostituées de rue à Rome montre que 33 % des femmes ont subi une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans l'année précédente et que 38 % des femmes qui ont un partenaire régulier n'utilisent pas de moyen de contraception (Verster, 2001). En France, il n'existe pas de données publiées, mais les personnes prostituées, particulièrement celles d'origine étrangère, semblent souffrir d'un déficit de suivi gynécologique et d'information sur les moyens de contraception. Le nombre de grossesses non désirées a été particulièrement important au cours de l'année 2002, notamment chez des jeunes femmes originaires d'Europe de l'Est. Les besoins en termes d'éducation à la sexualité et accès à la contraception (y compris celle d'urgence) sont pointés comme une priorité par les associations de terrain. L'expérience nancéenne déjà citée situe à 10 à 15 % la prévalence des personnes prostituées ayant subi une IVG en 2003, avec de fréquents dépassements du délai légal.

D. Suicide et exclusion parentale

(*Éric Verdier. Communication au 3^{ème} Congrès international francophone de prévention du suicide : Mal-être, bien-être, quelles ressources pour agir ?*)

Difficile d'aborder un sujet qui cumule autant de tabous et de résistances... Dans mon précédent travail sur un autre lien, celui de l'homophobie et du suicide, et qui a donné lieu à un ouvrage (« Homosexualités et

suicide » avec Jean-Marie Firdion), j'ai eu le sentiment de faire mes armes en tant que chatouilleur de politiquement correct, et d'empêcheur de penser en rond, surtout lorsqu'il s'agit d'aborder ces questions qui viennent tant nous interpeller en tant que professionnel, à savoir sur le genre, la sexualité et cette fameuse domination masculine... En gros, et au mépris de l'évidence, si les jeunes homosexuel(le)s se suicident plus que les autres, c'est tout simplement que cette forme de sexualité est aussi le révélateur d'autre chose, à moins que cet argument ne soit qu'un nouvel avatar du lobby gay, mais « de toute façon je n'en ai pas, ou si peu, dans mes consultations » entend-on... Puis avec la violence homophobe enfin révélée autour de la tentative de meurtre de Sébastien Nouchet, et les immondices qui ont été envoyés à Noël Mamère suite à son initiative de marier un couple d'hommes, certaines prises de conscience font doucement leur chemin...

Mais avec le thème du suicide d'un parent exclu de la relation à son enfant, on touche une autre dimension. Le déni est au moins aussi fort, mais alors que les professionnels œuvrant dans le champ de la parentalité y sont en permanence confrontés, tout en semblant ignorer l'ampleur du phénomène, comme je vais tenter de vous le démontrer. Je vais également vous proposer une réflexion très incorrecte politiquement, puisque mon analyse met à jour un jeu de domination croisée entre les hommes et les femmes, que le thème de la coparentalité vient justement révéler.

Ma première approche fut d'interpeller les magistrats, suite à un cri d'alarme lancé notamment par des associations dites de « pères », mais aussi des « mères aliénées » ou faisant face à l'enlèvement d'enfants. L'une de nos hypothèses était que le très petit nombre de magistrats favorables à la résidence alternée en cas de désaccord parental allait répondre plus spontanément, et que l'effet préventif de ce type de décision quant au risque suicidaire ne pouvait être cherché que parmi ceux-là. Un questionnaire a donc été envoyé à tous les présidents de TGI et de cours d'appel en France et DOM (soit plus de 200 envois), leur demandant de le transférer aux collègues de leur choix (dont les JAF, les juges pour enfants et les parquets), et présentant le cadre d'une « pré-enquête », de la façon suivante :

« Mesdames et Messieurs les Juges,

Le suicide est un fléau en matière de santé publique dans les pays développés (c'est la première cause de mortalité chez les 25-35 ans), et concerne beaucoup plus les hommes, puisqu'en France ils sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir par suicide. Mais de grandes zones d'ombres persistent quant aux facteurs de causalité, et tout particulièrement s'agissant des hommes adultes de moins de 60 ans. Toutefois, de nombreux indicateurs émanant notamment du secteur associatif semblent converger, et mettraient en évidence une extrême vulnérabilité des hommes ne pouvant exercer leur paternité, cette exclusion allant d'un droit de visite et d'hébergement de deux week-ends par mois à une rupture totale de liens avec leur enfant. Vis-à-vis des mères, le petit nombre d'entre elles concernées par une telle situation n'empêche pas d'étendre la préoccupation à leur attention.

Puis, après m'être présenté, ainsi que l'objectif de l'association Coparentalité, à savoir parvenir à une équité dans les faits entre les parents d'un enfant, nous avons posé les questions suivantes :

1. Avez-vous été confronté au moins à une tentative de suicide (TS) ou au suicide d'un parent ?
2. Si oui, combien de personnes sont concernées, et combien d'entre elles en sont décédées ?
3. Pour chacune d'entre elles :
 - a. Quel est son sexe, son âge, et celui de ses enfants ?
 - b. Quelle(s) décision(s) de justice ou procédure en cours la concernai(en)t ?
 - c. Quelle était sa demande et quelles motivations quant à la décision de justice rendue ?
 - d. Sa dépression éventuelle ou une TS ont-ils joué un rôle dans cette décision ?
 - e. Que demandait l'autre parent et sur quoi s'appuyait-il ?

- f. La dernière décision était-elle postérieure à la réforme de la loi de mars 2002 ?
 - g. Quels sont les autres éléments pertinents pour la compréhension de ce cas ?
4. Pensez-vous que la justice joue un rôle préventif quant aux violences agies (sur soi ou l'autre) ?
 5. Avez-vous déjà ordonné une résidence alternée en cas de conflit parental ?
 6. Pensez-vous que la résidence alternée permet de prévenir la souffrance parentale ?
 7. Pensez-vous que l'intérêt de l'enfant est lié à la diminution de cette souffrance ?

En six mois d'enquête, nous avons reçu ... sept réponses, émanant de cinq hommes et de deux femmes, effectivement plutôt en faveur de la résidence alternée, et du principe de coparentalité. Un magistrat, président d'un TGI de l'Ouest de la France, répond très succinctement qu'il n'a eu connaissance d'aucun suicide en trois ans d'exercice. Deux magistrats, tous deux de deux villes de l'Est de la France, disent n'avoir jamais été confrontés à une tentative de suicide d'un parent. Ils déclarent d'une part être en faveur de la résidence alternée lorsque les parents sont à proximité et lui reconnaître un effet préventif quant à la souffrance parentale, mais d'autre part affirment que l'intérêt de l'enfant doit primer sur la diminution de cette souffrance, sans préciser toutefois en quoi « l'enfant en ferait les frais ». Pour l'un d'eux, « l'enfant est heureux quand ses parents sont heureux. Mais quand il est l'enjeu de la lutte que se livrent les parents, il n'est pas en mesure de les rendre heureux tous les deux ». Pour l'autre, « dans certains cas, le détachement du parent pour l'enfant est une autre cause de la diminution de cette souffrance qui n'est pas de l'intérêt de l'enfant ». Emprise d'un parent et disqualification de l'autre d'un côté, démission d'un parent et revalorisation du second de l'autre côté, on est bien au cœur de la problématique de l'équité et de la coparentalité.

Un troisième magistrat, de l'Est également et Juge aux Affaires Familiales, dit n'avoir été confronté qu'une seule fois en deux ans au suicide d'un parent, lié directement à une procédure devant le JAF. Il s'agit d'un père qui s'est suicidé suite à la réception de la convocation dans le cadre d'un divorce pour faute. Il en déduit qu'« aucune mesure de prévention, en l'espèce, ne pouvait être prise par les services de la justice », et il ajoute : « il apparaît que face à ce problème la justice est démunie, mais est-ce son rôle que de faire de la prévention ? ». Vis-à-vis de la résidence alternée, ce magistrat déclare également y être favorable, tout particulièrement lorsque « la souffrance de l'enfant est liée au conflit parental et à son envie de maintien de la vie commune de ses parents ». Mais il réagit assez fortement à ce qu'il considère être la remise en cause d'une décision de justice, et de l'impartialité du juge, affirmant d'une part que « l'équité n'est pas un mode de résolution des conflits soumis au droit » et d'autre part que « le conflit est celui des parties. Il est la résultante des souffrances des parents et en aucun cas de la décision de justice qui n'est qu'un sparadrap sur des plaies béantes ». La difficulté à envisager la responsabilité d'un système judiciaire et donc collective, sans être aussitôt parasitée par celle de la culpabilité individuelle fait ici surface. Un autre exemple de cet amalgame entre son propre positionnement individuel, et celui émanant de la pression sociale et corporatiste est illustré dans un autre énoncé : « Physiologiquement (ainsi en va-t-il de l'allaitement) une mère dans les liens qu'elle tisse avec son enfant est supérieure au père », l'amalgame s'étendant alors à la cause et à l'effet : la supériorité est-elle due à la physiologie, ou à l'imprégnation culturelle qui culpabilise d'un côté les mères laissant plus de place aux pères, tout en dévalorisant les pères qui la prennent ?

L'une des deux femmes magistrates, vice-présidente d'un TGI du Sud-Ouest, dit elle aussi avoir peu d'informations sur les décès de parents, ni même s'il s'agit d'un suicide, et donc encore moins sur les raisons d'un suicide éventuel. Mais elle se rappelle avoir été confrontée à trois suicides, deux concernant des femmes à « l'état psychologique fragile », et un troisième où un père avait attenté à ses jours alors qu'il se trouvait confronté à l'obligation de prendre en charge ses enfants. Mais ce tribunal paraît relativement atypique puisque sur les trois Juges aux Affaires Familiales, deux se conforment à l'article 373-2-7 du Code civil, en prenant des décisions de résidence alternée « même en cas de conflit parental, sur une période probatoire dans cette dernière hypothèse ». Là aussi, cette magistrate précise que même si la prévention de la souffrance parentale doit être prise en compte dans l'intérêt de l'enfant, elle ne doit pas lui

prévaloir, sans préciser dans quel cas l'un prendrait le pas sur l'autre (ce doit être apprécié « en fonction de chaque cas d'espèce »). Mais elle termine sur des considérations qui valident encore une fois notre hypothèse de départ (ce sont bien les magistrats soucieux de préserver le principe de coparentalité qui nous ont répondu) : « Plus préoccupant, me paraît être l'influence croissante auprès des juridictions des études effectuées par le Docteur Maurice Berger, qui, par référence à des *données dites scientifiques et à la nécessité de protéger le très jeune enfant*, entend remettre en cause le principe de coparentalité reconnu par le législateur ».

Les deux derniers magistrats ayant répondu, un homme et une femme, sont respectivement du Sud-Est et du Sud-Ouest de la France. Cette dernière a d'ailleurs souhaité s'entretenir par téléphone avec moi, et m'a invité à venir assister aux audiences pour pouvoir appréhender plus directement cette réalité de la souffrance parentale. Le premier précise que ce sont plutôt les parquets qui sont confrontés à un suicide, la plupart intervenant au moment de la séparation, avant que le JAF n'ait eu à intervenir. Il indique avoir été confronté une cinquantaine de fois à un suicide en trente ans de carrière, dont un nombre important dans un cadre familial et motivés par une rupture parentale. « J'ai par exemple le souvenir d'un père de famille à qui on refusait un droit de visite sur ses enfants et qui, en direct, par téléphone alors que je m'entretenais avec lui, a tenté de se suicider en avalant des médicaments. J'ai pu obtenir *in extremis* des renseignements pour le localiser et je suis parti avec les pompiers à travers les rues de la ville pour le découvrir qui agonisait dans un appartement. Il a pu être sauvé *in extremis*. En général les cas que j'ai eu à connaître concernent les pères de famille (entre 28 et 35 ans). Les enfants sont âgés de 5 à 10 ans. Généralement la décision de justice qui confie l'enfant à la mère en est au stade de la conciliation. Ce sont des êtres déstructurés qui généralement n'ont pas accepté le départ de leur épouse et qui, brutalement, sont séparés de leurs enfants. Je pense que dans la majorité, la cause du divorce a pour origine le comportement du mari, ce qui explique du reste la déprime qui le gagne provoqué par le remord. » Ce témoignage pose un certain nombre de questions de fond, dont la prise en compte de la spécificité de l'expression de la souffrance chez les hommes, et l'anticipation du sort qui leur sera réservé quant au lien futur avec leur enfant suite à la séparation parentale.

La magistrate du Sud-Ouest renforce ce constat, tout en insistant également sur le fait que la plupart des passages à l'acte suicidaire sont antérieurs à la comparution devant le JAF. Elle estime à une soixantaine le nombre de suicides parentaux sur environ 8 000 procédures, soit un cas sur cent trente (ce qui est une prévalence les plus élevées qu'on puisse trouver...), très majoritairement des pères, mais dont quelques femmes. Elle précise que beaucoup ne sont pas comptabilisés, par exemple lorsque les affaires sont radiées car l'autre parent est introuvable, mais aussi que ce qui la frappe c'est « le nombre de fois où il y aurait dû y avoir un suicide et où il n'a pas eu lieu ». Elle est la seule à parler clairement de culpabilité, et surtout lorsque le suicide est couplé à un meurtre sur les enfants... Elle est également la seule à préciser que la résidence alternée n'est pas la panacée, mais un moindre mal, surtout lorsque l'un des deux parents exclue l'autre. Elle en a peu ordonné, sans avoir attendu la réforme de la loi, tout simplement car elle reçoit peu de demandes... Elle insiste sur l'importance que le magistrat soit disponible, rapide et flexible, et surtout qu'il prenne du temps pour examiner ces situations à haut risque. « Les gens osent dire qu'ils ont un cancer, mais ils n'osent pas dire qu'ils voient un psy, car être dépressif c'est mal vu. Ce que je tente de faire, c'est surtout de ne pas diaboliser l'homme afin qu'il ne perde pas courage, et de rassurer la femme. Car oui il est flagrant que la résidence alternée prévient la souffrance parentale. Elle dédramatise et dédiabolise, mais quand il y a eu des violences graves, une médiation est indispensable, dans un second temps bien sûr... »

Mais c'est auprès de parents concernés, et de proches de parents suicidés, que j'ai pu mesurer non seulement l'atteinte qui leur était faite en tant que violation d'un droit humain fondamental, celui de pouvoir aimer et éduquer ses propres enfants, mais aussi le déni qui était opposé à cette souffrance. Je me suis donc adressé aux principales associations qui m'avaient par ailleurs alerté, afin de rentrer en contact avec ces personnes. Les témoignages ont alors afflué, et j'ai été frappé par le nombre de décès récents par suicide, tous des pères, qui m'ont été signalés. Sont alors revenus de manière récurrente des mots comme impuissance, injustice, désespoir, humiliation, incompréhension, mais aussi de fausses allégations et d'aliénation parentale.

Sylvain, papa d'un petit garçon de trois ans : « Je vis et subis un calvaire depuis mars 2004. Depuis 7 mois que je n'ai pas vu mon fils, je n'arrive plus à travailler, je suis vidé... J'ai l'impression de lutter pour rien, d'être comme invisible... C'est dur, très dur... Normalement, je dois aller voir un psy ici, mais je ne vois pas en quoi il pourra m'aider... »

Damien, papa d'un garçon de 13 ans et d'une fille de 9 ans : « Malgré les expertises psychiatriques démontrant un équilibre total de ma part, j'ai perdu tous mes droits. À ce jour, toutes ces accusations ont détruit mon image de père. Mais je reste aimant, à l'écoute et amoureux de mes enfants. Quels troubles resteront gravés dans le cœur et l'esprit de mes enfants ? Aujourd'hui, j'ai peur chaque jour pour mes enfants. Je suis physiquement présent, mais mon esprit est ailleurs, comme si j'avais vécu pour la deuxième fois la mort. » La première, c'est lors de sa séparation...

Et c'est aussi le témoignage de Laurence, dont un ami proche et un beau-frère se sont suicidés, et qui craint que son frère, confronté à une exclusion dans son rôle de père, ne suive le même chemin : « Faut-il ce trop tard pour comprendre, apprendre le message que les hommes nous donnent et jusqu'où doit-on se remettre en question sans se déresponsabiliser sur l'autre ? Que reste-t-il aux hommes divorcés comme existence familiale et paternelle, psychologiquement et juridiquement pour leur bien-être et celui de leurs enfants ? Quelle stratégie est-elle appliquée pour renier le père ou l'éloigner ? Quels moyens sont-ils mis au point pour vérifier que l'enfant ne soit pas manipulé contre le père et veille-t-on à ce que l'enfant privé du Père n'est-il pas en souffrance et réciproquement ? Je déplore que les femmes aient trop ce monopole de la sensiblerie et non de la sensibilité qui fragilisent les enfants, d'être parfois qualifiées de psychologue au détriment des hommes. Je suis une femme mais je constate qu'on détruit parfois les enfants en détruisant l'image de leur Père, ces femmes surprotectrices ou dangereuses et qui pour se défendre de leurs propres angoisses et folies détruisent l'autre, le couple, le Père... Quelle est la place du Père ? Quelle est la valeur d'un Père ? Que fait la loi, les juridictions, jusqu'où ira ce drame ? Jusque quand l'État, les juridictions, les psychologues et les sociologues n'interviendront pas pour mesurer les conséquences du déséquilibre entre hommes et femmes, où les femmes sont parfois surprotégées et les hommes humiliés et dénigrés ? La violence n'est peut-être pas forcément physique, elle est un poison mental et létal qui se distille lentement, jour après jour, jusqu'au meurtre psychique. Mais l'avantage est qu'il n'y ait jamais d'assassin. Je n'ai pas de haine, j'ai seulement besoin de dire, en mémoire de, et en mémoire d'eux seulement, pour ouvrir les yeux et le cœur. Pour mon frère qui se bat contre l'injustice, pour les hommes meurtris dans leur dignité, leur espoir. Et je suis entourée d'hommes en souffrance ! Alors que chez nous le père c'est sacré... »

Mais les femmes aussi sont parfois confrontées à cet intolérable-là dans leur rôle de parent :

Catherine, maman de deux garçons de 15 et 8 ans, et d'une fille de 12 ans, à qui on a refusé une résidence alternée et qui voit ses enfants ces deux fameux week-ends par mois : « C'est l'amour de mes enfants qui me fait tenir, comme toujours, même si il y a des moments encore difficiles mais j'ai perdu confiance en beaucoup de choses, et surtout en la justice. C'est une blessure qui ne se refermera jamais. On a négligé une mère, au risque de la perdre et de la séparer définitivement de ses enfants par désespoir, donner toute puissance à un homme qui en usait déjà de trop et qui les manipulent chaque jour d'avantage. Sans compter qu'une mère qui n'a pas la garde de ses enfants a une énorme étiquette dans le dos qui veut dire qu'elle doit vraiment être une mauvaise mère pour en être arriver là et c'est pas toujours facile à vivre. La douleur est quotidienne, mais il faut tenir et je tiendrai ! Pas un juge ne peut nous ôter notre amour ! »

Coralie, maman d'un garçon et d'une fille tous deux adolescents aujourd'hui : « Trente mois que je ne sais rien. Je leur téléphone, mais ils sont hermétiques à tout échange ; je leur écris. Leur grand-mère maternelle est morte... Ils m'ont dit n'en avoir que faire. Et la justice en qui j'ai osé croire et qui n'a fait que se montrer irresponsable, jusqu'à cette dernière ordonnance de la semaine dernière, responsabilisant les enfants : « droit de visite libre en accord avec les enfants » !!!! Coup de grâce... Cette mention " en accord avec les enfants !!!! " m'achève. Comment peut-on les accabler encore plus !!! Je n'en peux plus. Je plonge, comme il y a trois ans, dans les profondeurs de l'aliénation, encore plus bas. Je n'ai plus d'énergie. Je ne peux physiquement plus être en permanence en apnée. J'ai envie de tout arrêter. Je regrette de ne pas nous avoir tué tous les quatre il y a 4 ans. »

Ce lien entre suicide et homicide, Marc le fait aussi. Il est le grand-père d'un garçon et d'une fille d'une dizaine d'années, et son fils s'est suicidé en juin 2004, après dix-huit plaintes pour non présentation d'enfant qui ont été ignorées : « Pour ce qui est du harcèlement, elle a fait écrire des lettres aux enfants, à Marie et à Paul, en lui disant : *j'en ai marre que tu m'envoies des lettres, on ne veut plus te voir*, etc... Et c'était vraiment humiliant pour lui de voir que ses enfants ne voulaient plus le voir. Quand il a reçu une lettre de son ex-femme où elle lui disait qu'il ne verrait pas les enfants pendant les deux mois de vacances scolaires, deux jours après il était mort... Il a laissé un petit mot en disant : *Ne faites pas de mal à Flora, ni aux enfants, car ils ont besoin de leur maman. Merci à mes parents, mes amis, et le docteur. Gros bisous à Marie et Paul que j'aime, que j'aime, que j'aime, que j'aime, que j'aime...* Il avait vu deux ou trois jours avant le psy, et il a pris tous les médicaments que le psy lui avait donné pour un mois, en s'enfermant chez lui, et il a laissé la maison entièrement ouverte, et quand je l'ai trouvé sur son lit, il était mort... La mère n'a pas voulu que les enfants assistent à la sépulture... Et même, pendant la sépulture, mon ex-belle-fille et une de ses tantes, ancienne avocate, sont rentrées par effraction, et elles ont fait changer toutes les serrures, et je suis en conflit depuis pour récupérer tous les meubles qu'on lui avait prêté... Mais aussi je me bats pour revoir les enfants car ils venaient deux ou trois fois par semaine à la maison. La justice n'a pas joué son rôle. Alors, on a beau être solide, on finit par craquer et moi je suis tout prêt de faire pareil, j'aimerais autant vous le dire ! Mais avant de le faire, je commettrais un meurtre, ça c'est sûr ! »

Bernard quand à lui a eu une chance inouïe, puisque malgré le conflit parental, il est tombé sur un magistrat qui a osé ordonner une résidence alternée, et sa tentative de suicide par pendaison au moment où il anticipait tout ce que la justice lui réservait, est maintenant loin derrière. Mais nous terminerons avec les propos de Hugues, qui nous permet d'ouvrir sur des pistes de réflexions à la fois en terme de compréhension de ce qui se joue, et en terme de pistes de propositions : « Je suis père et homosexuel, et depuis 4 ans que ma fille est née, on m'impose ce qu'on trouve normal pour un père, à savoir deux week-ends par mois pour lui transmettre tout ce que j'ai mis en réserve de vie et d'amour en moi pour elle, rien que pour elle... On ne peut pas suspecter le magistrat d'homophobie puisque la mère est homosexuelle également, et élève notre enfant avec sa compagne, qui vient d'ailleurs de mettre au monde un enfant sans père. En tant que gay, je sais comment fonctionne la domination masculine : tout ce qui est considéré comme sensible chez un homme doit être réprimé, et on vous humilie si vous transgressez. Je sais maintenant que la domination féminine existe tout autant, et qu'elle fonctionne de la même manière, mais c'est sur la sensibilité d'un père qu'elle se porte. Peu importe qui domine et comment il ou elle le fait, si c'est par la force physique ou la manipulation psychologique, l'important c'est le résultat, et il est terrifiant de transmettre encore cela à nos enfants. »

Bibliographie

Dahan Jocelyne, *Se Séparer sans se déchirer*, Laffont, 2001

Godelier Maurice, *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, 2004

Hefez Serge, *Quand la famille s'emmêle*, Hachette, 2004

Jésu Frédéric, *Co-éduquer*, Dunod, 2004

Langouët Gabriel, *Les nouvelles familles en France*, Hachette, 1998

Neuburger Robert, *Nouveaux couples*, Odile Jacob, 1997

Neyrand Gérard, *L'enfant face à la séparation de ses parents*, Syros, 2001

Olivier Christiane, *Enfants-rois plus jamais ça*, Albin Michel, 2002

Poussin Gérard et Anne Lamy, La Garde Partagée, Albin Michel, 2003

Van Gijseghem Hubert, L'enfant mis à nu, Méridien, 1992

Verdier Eric, Contribution de la Ligue des droits de l'Homme à la Conférence de la Famille, 2004

Verdier Eric, Firdion Jean-marie, Homosexualités et suicide, H&O, 2003

Viaux Jean-Claude, L'enfant et le couple en crise, Dunod, 1997

E. Suicide et homophobie

Estimation des Tentatives de suicides et Décès par suicide pour les 12-25 ans : comparaison des hétérosexuels et des homo-bi-trans-sexuels (des 2 sexes)

	Garçons (49 % de la population)		Filles (51 % de la population)	
	Hétéros ♂ (46 % de la population)	Homo-bi-trans ♂ (3 % de la population)	Hétéros ♀ (48 % de la population)	Homo-bi-trans ♀ (3 % de la population)
Ex : 1 classe de 34 élèves	16	1	16	1
Tentatives de suicide (TS)	3 % des garçons (15 000 TS, soit 27 % des TS)		7 % des filles (40 000 TS, soit 73 % des TS)	
Pourcentage des nb de TS / an	1,5 % des 94 % d'hétéros ♂, soit 1,5 % des garçons	25 % des 6 % d'homo-bi-trans ♂, soit 1,5 % des garçons	6,8 % des 94 % d'hétéros ♀, soit 6,4 % des filles	10 % des 6 % d'homo-bi-trans ♀, soit 0,6 % des filles
Soit sur environ 55 000 TS / an	7 500 (50 % des garçons avec TS)	7 500 (50 % des garçons avec TS)	36 500 (91 % des filles avec TS)	3 500 (9 % des filles avec TS)
Extrapolation aux morts par suicide / an	environ 750 garçons (les 3/4 des jeunes décédés)		environ 250 filles (le quart des jeunes décédés)	
Soit en pourcentage des morts par suicide / an	375 hétéros ♂ (50 % des garçons décédés)	375 homo-bi-trans ♂ (50 % des garçons décédés)	225 hétéros ♀ (91 % des filles décédées)	25 homo-bi-trans ♀ (9 % des filles décédées)

Sources :

- Enquête « Presse gay » de Philippe Adam – INVS (portant sur 5 000 hommes gays et bisexuels environ en 2001)
INVS = Institut National de Veille Sanitaire
- « La France du suicide » de Michel Debout – UNPS - en 2002
UNPS = Union Nationale de Prévention du Suicide
- « Baromètre santé 2000 » du CFES et de l'Assurance Maladie
CFES = Comité Français d'Éducation pour la Santé (remplacé par l'INPES)
- « Homosexualités et suicide » de Jean-Marie Firdion – INED - et Eric Verdier – LDH –
INED = Institut National d'Études Démographiques et LDH = Ligue des Droits de l'Homme
- Enquête de Marc Shelly – Hôpital Fernand Vidal – et David Moreau – Aremedia – et validée par Pascale Tubert-Bitter – INSERM (portant sur 1 000 hommes de 16 à 39 ans).
INSERM = Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

•

PERSONNES ÂGÉES, PERSONNES HANDICAPÉES ET VIOLENCE

I. Les chiffres de la violence envers les personnes vulnérables

A. Les données recueillies au niveau national

En l'absence d'une enquête nationale du type de celle qui a été menée sur les violences faites aux femmes²² ou d'un système d'information national, nous ne disposons pas, pour l'heure, d'outils de mesure de la maltraitance envers les personnes âgées ou personnes handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux ou vivant à leur domicile. Il n'est donc pas possible d'avancer aujourd'hui une estimation fiable de l'ampleur du phénomène.

Les estimations disponibles sont extrapolées à partir de synthèses²³ d'enquêtes étrangères et varient de 5 % chez les plus de 65 ans, soit 600 000 personnes environ, à 15 % chez les plus de 75 ans, soit 680 000 personnes en France. S'agissant du phénomène en Europe, à partir d'une synthèse d'enquêtes étrangères, on estime que 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans (soit 600 000 personnes) et que 15 % des plus de 75 ans (soit près de 680 000 personnes)²⁴ subissaient des maltraitances. D'autres études²⁵ en Norvège et en Suède avancent que 2 à 5 % des personnes âgées seraient brutalisées chez elles et par leurs familles ; au Canada, 4 % des personnes âgées disaient avoir été maltraitées par leur famille ou des soignants à domicile (enquête téléphonique de 1992) ; aux USA, entre 4 et 10 % des plus de 65 ans seraient victimes de maltraitance (enquêtes 1981 et 1984). Les chiffres sont donc très variables d'un pays à l'autre et ne traduisent pas les mêmes réalités. Ils sont issus des plaintes et ne sont ni vérifiés ni évalués, ce qui ne permet pas d'avoir une vision claire de la situation.

Une enquête intitulée « Événements de vie et santé » vise à apporter des éléments de connaissances sur les phénomènes de violence et à améliorer la connaissance des liens potentiels existant entre violence et santé. Elle s'inspire des recommandations du rapport « Violence et Santé » de l'OMS et fait suite à l'étude ENVEFF sur la violence envers les femmes. Cette enquête concerne une population générale et s'adresse aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Pour des raisons méthodologiques, des restrictions ont été posées s'agissant de l'âge : cette étude ne concerne ni les personnes âgées de moins de 18 ans (pour des raisons de complexité juridique), ni les personnes âgées de plus de 75 ans. Seules ont été retenues les personnes vivant en ménage ordinaire, à l'exclusion des personnes accueillies en établissement sanitaire, social ou médicosocial.

Cette enquête doit permettre de dresser une comparaison entre une population déclarant avoir subi des violences et une population témoin non-victime. Cette étude recherchera des corrélations sans pour autant être en mesure de se prononcer sur les causalités. Le questionnaire comprend des items classiques qui permettront d'établir une comparaison (tableau de composition du ménage, questionnaire de santé), une biographie des personnes interrogées (biographie professionnelle, familiale, conditions de vie), et un questionnaire spécifique sur les violences (violences subies au cours des 24 derniers mois, violences subies au cours de la vie entière).

Ce travail est en préparation depuis septembre 2003. L'INSEE est le maître d'œuvre de cette enquête qui débutera fin 2005 et dont les premières exploitations seront disponibles à la fin du premier semestre 2006.

²² Enquête Nationale sur les Violences envers les femmes en France, dite ENVEF, 2001

²³ HUGONOT Robert, « Détreffes cachées, vieux en danger », Nantes – Congrès de gérontologie – CODERPA, juin 1998

²⁴ chiffres repris par Jean Roche dans la Revue du praticien 2004

²⁵ citées dans l'ouvrage HUGONOT Robert, « La vieillesse maltraitée », Dunod

B. Les autres sources de données

1. Les données disponibles auprès de la DGAS

La circulaire du 30 avril 2002 renforce les procédures de signalements à l'administration centrale des situations de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les signalements de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux sont transmis par les services déconcentrés à la Direction générale de l'action sociale qui en présente chaque année le bilan. En tout état de cause, les chiffres sont partiels et ne reflètent qu'en partie la réalité du terrain.

De 2001 à ce jour, la DGAS a été informée de plus d'un millier de situations de maltraitance soit 1 147 situations (tous secteurs confondus, domicile et établissements). En raison du caractère partiel des informations et du champ de compétence du bureau de la protection des personnes (personnes vulnérables accueillies dans un établissement social ou médico-social), 90 % de ces données ont été exploitées de manière statistique, soit 1 024 signalements en 4 ans (2001-2004).

1. 1. Données générales 2001 – 2004 : 816 signalements (sur les deux années exploitées 2003 et 2004)

Le nombre de départements qui signalent est en augmentation constante. De la moitié des départements en 2001 à 90 % en 2004.

- Répartition des signalements 2001-2004 par catégories d'établissement : 41 % des signalements sont relatifs à des établissements accueillant des mineurs (principalement enfance handicapée), 24 % sont relatifs à des établissements accueillant des adultes handicapés ou en situation d'exclusion, 31 % sont relatifs à des établissements accueillant des personnes âgées, 4 % des signalements concernent des établissements dont la catégorie n'a pu être précisée.
- Les établissements accueillant des personnes handicapées, majeures ou mineures représentent 54,7 % de l'ensemble des signalements soit 628 signalements répartis ainsi : établissements accueillant des mineurs handicapés : 390 signalements, soit 62 % ; des majeurs : 238 soit 38 %.

1. 2. Analyse qualitative des signalements 2003-2004

- Le sexe des victimes n'est pas une variable discriminante, hommes et femmes sont représentés dans les mêmes proportions, quelle que soit la tranche d'âge, avec toutefois deux exceptions notables : parmi les victimes âgées de 7 à 15 ans, on observe qu'il y a deux tiers de garçons pour un tiers de filles ; parmi les victimes âgées de + de 85 ans, dans 9 cas sur 10 il s'agit d'une femme.
- Nature des violences par type d'établissement : il convient de souligner que 63 % des violences sexuelles signalées concernent les mineurs handicapés. Les violences sexuelles dans les établissements accueillant des enfants handicapés représentent 57,7 % de l'ensemble des violences qui y sont perpétrées.
- Les « mis en cause » par type d'établissement : dans les établissements accueillant des mineurs handicapés, 6 fois sur 10 (61 %) le « mis en cause » est un résident de l'établissement, le personnel est incriminé dans 20 % des cas, la famille dans 13 %. Dans les établissements accueillant des adultes handicapés : les résidents sont mis en cause dans 40 % des signalements, le personnel dans 47 % et la famille dans 13 % des signalements. Dans les établissements accueillant des personnes âgées, 3 fois sur 4, c'est le personnel qui est incriminé, les corésidents 13 %, la famille 9 %.

- Les « mis en cause » au regard des violences et maltraitements perpétrés : toutes violences confondues, le personnel est mis en cause dans 40 % des signalements, les résidents dans 35 % des signalements, la famille 9 %, autres (tiers extérieurs à l'établissement, anonyme...) : 17 %.

Dans 53 % des situations signalées, les résidents sont mis en cause dans des situations de violences sexuelles.

2. Les données disponibles auprès du ministère de la Justice

Le ministère de la Justice appréhende les phénomènes de violence à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées à travers le critère de la vulnérabilité, circonstance aggravante d'un crime ou d'un délit ou élément constitutif de l'infraction. La notion de vulnérabilité n'est pas liée à un état objectif mais est appréciée par le juge. Les statistiques du ministère de la Justice ne font donc pas apparaître d'éléments relatifs au handicap ou à l'âge.

3. Les données des réseaux associatifs

3. 1. Les réseaux d'écoute téléphonique ALMA

Le nombre d'appels reçus par le réseau ALMA-France est passé de 2 118 en 1997 à 7 366 en 2002. Les appels relatifs à des situations de maltraitance identifiés par ALMA (1 593 en 2002) concernent principalement des personnes vivant à domicile (71 % des cas).

L'analyse des 12 400 appels téléphoniques reçus entre 1995 et 2002 par les antennes départementales ALMA révèle que les signalements de violences en institution représentent 38 % des dossiers ouverts par ALMA en 2002. Les maltraitements évoqués sont de diverses natures : maltraitements physique, financière, psychologique, médicale ou négligences. Les victimes sont en majorité des femmes (75 %) âgées (la moyenne d'âge des victimes est de 79 ans), veuves, vivant en famille, disposant de biens ou de ressources et souvent dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne. La plupart des situations de maltraitance signalées à ALMA sont d'origine familiale, les auteurs sont principalement des membres de la famille (près de 60 % des appels, notamment le fils ou la fille), l'entourage non familial, le voisinage (près de 20 %) et les personnels soignants au domicile ou en institution. Enfin, les éléments favorisant la maltraitance les plus souvent cités sont les relations familiales difficiles (25 %), les problèmes financiers (18 %) et le manque de communication (12 %).

Il convient de souligner que les données affichées par les réseaux, essentiellement ALMA reposant sur les plaintes des usagers, ne concernent que la moitié des départements.

3. 2. Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés (AFBAH)

Depuis son lancement fin janvier 2004, le Centre d'écoute est installé dans les locaux de l'hôpital Paul Brousse, mis à disposition par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il a reçu du 21 janvier au 30 septembre 2004, 2 086 appels.

Sur ces 2 086 appels enregistrés par le Centre d'écoute, il a été possible de répondre à 1 449 d'entre eux : 676 correspondent à des dossiers « initiaux », 773 à des appels de « suivis » relatifs à des dossiers déjà ouverts. Les dossiers se répartissent en quatre groupes :

- Les signalements proprement dits, qui correspondent aux appels dont la nature justifie l'ouverture d'un dossier pouvant être transmis à la structure départementale concernée, soit d'emblée, soit après le recueil d'informations complémentaires et pour lesquels devra être mise en place une procédure de suivi et d'évaluation ;

- Les demandes d'information : ce sont des demandes simples de documentations, d'adresses utiles, des questions diverses auxquelles les psychologues à l'écoute sont en mesure de répondre directement sans transmission aux structures départementales ;
- Les signalements renvoyés : il s'agit d'appels concernant des signalements provenant de l'extérieur de la région Île-de-France et renvoyés vers une antenne Alma ou un service social en l'absence d'une antenne départementale. Les éléments de communication, entre autres les articles et insertions dans la presse nationale, génèrent des appels nombreux en provenance des régions. Nous devons nous pencher plus sur ces appels et leur devenir afin d'être mieux à même d'en étudier le suivi, la prise en charge et le service rendu à la population concernée ;
- Les témoignages : il s'agit de faits relatés par des appelants qui refusent que ces faits soient transmis aux structures départementales, ce sont le plus souvent des personnes qui souhaitent rester anonymes et ne donnent souvent que très peu d'informations ne permettant même pas, parfois, de situer le lieu de la maltraitance.

Il existe une nette prédominance de dossiers relatant des situations de négligence passive (manque d'aide, oubli, indifférence) et de maltraitance psychologique. Très souvent la maltraitance dite « principale » est associée à d'autres maltraitements dont il appartient à l'équipe départementale de préciser l'importance relative. La maltraitance psychologique est présente dans plus d'un tiers des cas. La maltraitance physique associée correspond le plus souvent à un passage à l'acte de la part de l'auteur présumé, de manière occasionnelle et le plus souvent dans des situations de souffrance morale au long cours et d'épuisement physique et psychologique.

3. 3. SNATEM

Les bilans dressés par le Service national accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée ne permettent d'identifier les appels concernant des enfants porteurs de handicap.

3. 4. APF

Parmi les quelque 40 000 personnes en situation de handicap que représente l'Association, 12 situations de violence et de maltraitance ont été recensées en 2002. Parmi ces 12 dossiers, 9 n'ont pas encore donné lieu à une décision de justice, trois ont donné lieu à des mises en examen, et deux ont donné lieu à des rappels à la loi. Parmi ces 12 situations, quatre concernent des situations de familles, quatre portent sur des violences d'un salarié à l'encontre d'un usager, trois concernent des violences entre usagers, et un cas porte sur des violences portées par un usager envers un salarié. Parmi ces 12 cas, neuf dossiers concernent des violences sexuelles, deux concernent des violences physiques et un concerne une pression morale. Des situations de violence restent probablement inconnues des services.

Toutes ces données sont parcellaires et, de ce fait difficile à mettre en cohérence en elles et avec les données statistiques de cadrage démographique. La Commission attend avec intérêt l'exploitation de l'enquête « événements de vie » qui devrait, malgré les limites évoquées plus haut, donner de premiers éléments généraux.

II. Limites et carences de l'appréhension chiffrée de la maltraitance

A. Difficultés liées au repérage ou à la prise de conscience

Une enquête qualitative réalisée par la DREES à la demande du secrétariat d'État aux personnes âgées et intitulée « Une maltraitance ordinaire : les perceptions de la maltraitance des personnes âgées en institution et à domicile » vient d'être publiée²⁶. Cette enquête qualitative porte sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance.

Elle a été menée auprès de deux populations : une population diffuse de personnes âgées de plus de 65 ans pour lesquelles on n'avait pas connaissance *a priori* de maltraitance, et, une population qui avait fait un signalement ou s'était plainte. Les entretiens se sont focalisés sur les deux registres de la plainte, à savoir la lamentation et la revendication.

D'après les résultats de cette enquête, les plaintes peuvent être diverses : violences, blessures, vols, escroqueries, violences verbales, actes de dénutrition ou de malnutrition, négligences dans les soins, inattentions à la souffrance physique et psychique, solitude, manque d'affection, etc... Les auteurs du rapport ont classé les plaintes suivant trois catégories originales : les atteintes au corps, les atteintes à la dignité et les atteintes à l'autonomie. Le plus souvent, ces actes ne sont pas isolés mais s'inscrivent dans la banalité quotidienne. Parmi les 32 plaintes prises en considération par cette étude, seules trois plaintes ont été déposées par la victime elle-même. Il faut également noter une somatisation de la violence, certaines personnes ne pouvant exprimer leurs plaintes en mots : une personne qui ne se sent pas considérée comme un adulte autonome se sent niée en tant que sujet et a alors du mal à se plaindre en tant que sujet. À cela s'ajoute le fait que la plainte de cette personne pourrait aussi être considérée comme non-crédible.

Cette étude met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance.

En dépit des formations que se multiplient, les professionnels ne semblent pas toujours sensibilisés à cette question ; on note, globalement une absence de sensibilisation, d'information, voire de formation, d'analyse des pratiques.

B. Les freins à l'énonciation,

Outre le déni qui entoure les situations de maltraitance, déni par les victimes et par les aidants, la peur des représailles incitent les témoins et les familles au silence. C'est particulièrement vérifié dans un contexte où l'accès aux prestations (établissements ou service) est difficile.

La Commission a identifié des difficultés liées au partage du secret médical. Les textes existants présupposent que les médecins travaillent seuls ou, pour les textes les plus récents que leur travail d'équipe ne se fait qu'avec des professionnels de la santé. Or, dans le champ médico-social, le travail se mène aujourd'hui en équipe pluridisciplinaire.

Comment faire entrer le partage du secret médical dans un cadre bien défini et apportant des garanties aux personnes comme aux professionnels, alors que le secret médical, catégorie particulière du secret professionnel, est défini par les juges comme « général et absolu » ? La notion de confident nécessaire pourrait-elle être utilisée lorsque le travail s'effectue en équipe ?

Le dispositif de protection juridique des témoins, affirmé clairement dans la loi à l'article L. 314-24 du Code de l'action sociale et des familles, trouve rarement à s'appliquer de manière préventive ; c'est le plus souvent devant les prud'hommes ou le tribunal administratif que les agents qui ont dénoncé des faits de maltraitance peuvent démontrer qu'ils ont subi des représailles ou des brimades. Ces brimades peuvent prendre des formes subtiles : modifications du roulement, refus d'accorder certains congés, affectation auprès des personnes les plus dépendantes, pressions morales, opprobre des collègues.

La Commission constate un fort décalage entre l'ensemble des normes juridiques et les pratiques.

²⁶ Lettre de la DREES, « Une maltraitance ordinaire », février 2005

C. Recueil et traitement des données

Outre les difficultés évoquées plus haut, la Commission souligne les écueils suivants :

- Il n'y a aucune commune mesure entre le nombre de situations à risque de maltraitance, de suspicions de maltraitance et celles qui sont ou seraient signalées. Dans l'immense majorité des cas, les personnes concernées, dans les établissements comme dans les familles, au sein des particuliers comme au sein des professionnels, n'ont pas tant besoin de « signaler » à une autorité administrative et / ou judiciaire que de demander conseil et assistance avant que d'avoir recours à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours.
- Difficultés à cerner les publics concernés : quels sont les critères retenus pour les personnes handicapées, la reconnaissance de la COTOREP ou de la sécurité sociale. Et pour les personnes âgées, le seuil des 60 ans, 75 ans ? les bénéficiaires de l'APA ?

La DGAS a mis en place en juin 2003 un système d'information intitulé « Prévention des risques, inspections, signalements de la maltraitance en établissements sociaux et médico-sociaux » (PRISME).

PRISME permet, notamment, de recueillir et analyser les signalements relatifs aux maltraitances et violences dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, une réflexion est engagée pour permettre, au niveau des DDASS d'harmoniser et informatiser la gestion administrative et le suivi des plaintes, en lien avec l'IGAS qui élabore un guide des bonnes pratiques de la gestion administrative des plaintes, à paraître prochainement.

La Commission remarque que :

- Le système d'information PRISME documenté par les services déconcentrés du ministère de la santé (DDASS) ne concerne que les usagers accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux : les usagers des établissements de santé, handicapés ou âgés en sont exclus.
- Les DDASS sont tributaires, pour renseigner la base de données des renseignements fournis par les établissements ; or les modalités de transmission de ces informations par les établissements ne sont pas claires et reposent sur des prescriptions administratives.
- Les bilans dressés par le SNATEM (service national d'appels téléphonique pour l'enfance maltraitée) ne font pas apparaître les appels concernant des mineurs ayant un handicap.
- Il n'existe pas de système organisé et cohérent de données épidémiologiques concernant la violence à domicile, hormis le recueil effectué au sein du réseau d'Alma France et la plate forme d'Ile de France. Il serait utile de faire converger les items retenus par les différents acteurs afin de pouvoir à terme croiser les données.

Aucune procédure centralisée ou homogène n'existe en termes de méthode de recueil des données relatives à la violence ou à la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées.

VIOLENCE ET SANTÉ MENTALE

I. Violence et trouble mental

A. Facteurs généraux de la violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence

1. Troubles psychiatriques et comportements violents : données

Nous disposons actuellement d'au moins 7 types de données (triées et regroupées par Asnis, 1997) :

- Études d'épidémiologie psychiatrique dans la population générale corrélant les prévalences de troubles mentaux et de comportements violents dans chacune des catégories psychiatriques ;
- Études longitudinales de cohortes suivies depuis la naissance ;
- Prévalence des troubles mentaux chez les personnes détenues (comparativement à la population générale) ;
- Données sur les personnes suivies en psychiatrie ambulatoire ;
- Taux d'arrestation chez les patients sortis d'institution psychiatrique ;
- Prévalence des troubles mentaux chez les meurtriers homicides ;
- La comorbidité psychiatrique, qui accroît le risque de comportements violents (la fréquence des comportements violents s'élève avec le nombre de diagnostics psychiatriques co-occurents).

1. 1. Études en population générale

L'étude *Epidemiological Catchment Area* (ECA) (Robins et Regier, 1991) permet d'estimer, sur plus de 10 000 personnes évaluées sur plusieurs sites aux États-Unis, la fréquence d'indicateurs de comportements violents auto-déclarés associés à la présence d'un diagnostic sur l'axe I du DSM. La violence est définie comme la participation ou l'incitation aux bagarres ou l'utilisation contre autrui d'une arme (couteau, bâton, revolver). À titre d'exemple, dans cet échantillon, sur 7 870 individus n'ayant reçu aucun diagnostic DSM III, 2 % déclare avoir réalisé des actes violents dans l'année écoulée. Sur 3 205 qui ont eu un trouble mental dans l'année écoulée, les actes de violence auto-déclarés augmentent à 29 % (Swanson, et al, 1990).

Concernant la criminalité, Swanson et al (1990) ont montré à partir des données américaines que les troubles mentaux, *stricto sensu* et sans l'appoint d'une dépendance alcoolique, n'étaient impliqués que dans 3 % des actes criminels. Plus récemment, ces auteurs indiquent que la fréquence des comportements violents - définis comme toute bagarre, attaque physique ou sexuelle, ou utilisation ou menace d'utilisation d'une arme - chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves et identifiés dans le système de soins psychiatrique, atteint 13 %. Trois variables - le fait d'avoir été victime de violence dans le passé, la violence environnante et l'abus de substances toxiques - ont un effet cumulatif sur le risque de comportement violent (Swanson et al, 2002). Cette révision à la hausse concerne moins le trouble psychiatrique que les troubles ou les facteurs qui lui sont associés. Cette donnée a des implications multiples, en termes de soins, de politique de prévention, mais aussi de recherche, afin de saisir la dangerosité contenue dans l'interaction du trouble mental avec des variables associées.

1. 2. Étude de cohortes suivies depuis la naissance

Réalisées dans les pays scandinaves où existent des registres d'hospitalisation psychiatrique et de police, elles portent sur 358 180 sujets nés entre 1944 et 1947. Sur un suivi de 43 ans, le risque pour des crimes violents et non-violents, pour tous les diagnostics psychiatriques, varie de 5 à 35 %, relatif au risque pour ceux qui n'ont aucun diagnostic. Pour la schizophrénie, ce risque relatif est de 12,7 (Hodgins et al, 1992-1996).

1. 3. Études de prévalence de troubles mentaux chez les détenus

Teplin (1990, 1996) a montré que le risque relatif pour tous les troubles de l'axe 1 du DSM était multiplié par 3 chez les détenus, relatif aux non-détenus ; et par 10 à 15 pour les troubles de la personnalité et les comportements addictifs. La prévalence de ces troubles semble assez importante chez les détenus auteurs d'infractions violentes. Ainsi Lamb et Grant (1982) avaient trouvé des fréquences de 80 % pour les troubles de l'humeur, et de 75 % pour la schizophrénie.

Plus récemment, en France, une étude la DREES réalisée en juin 2001, concernant l'activité des services de psychiatrie en milieu pénitentiaire, a montré que 50 % des détenus relevaient de soins psychiatriques et que les principaux diagnostics étaient les suivants (critères CIM-10) : trouble de l'adaptation, trouble de la personnalité, trouble de l'humeur, trouble délirant. 60 % des détenus avaient un diagnostic de trouble addictif et 40 % avaient des antécédents psychiatriques (Coldefy, Faure, Prieto 2002).

Enfin, les premiers résultats de la première étude épidémiologique nationale française sur les détenus (Falissard, Rouillon et col, 2004), initiée par la DGS et le ministère de la Justice et présentés le 7 / 12 / 2004, confirment la fréquence élevée des troubles psychiatriques et de l'humeur chez les détenus.

1. 4. Données sur les personnes suivies en psychiatrie ambulatoire

Pour les patients en psychiatrie ambulatoire, la prévalence des comportements homicidaires est de 3 à 5 fois plus élevée qu'en population générale. Si on limite les indicateurs à des idéations homicidaires et suicidaires, la prévalence chez les patients psychiatriques est multipliée par 10 (voir Asnis et al, 1989, 1994, 1997). Toutefois, ces données ne sont pas assez fines pour permettre de séparer les patients qui suivent un traitement de ceux qui sont en rupture de soin. L'expérience clinique suggère que cette dernière situation présente un risque quant au passage aux comportements violents (voir ci-dessous).

1. 5. Données sur les arrestations des patients sortant d'institutions psychiatriques

Link et al (1987) ont analysé 13 recherches publiées entre 1965 et 1989. Cette méta-analyse a mis en évidence un risque multiplié par 3 relativement à la population générale, pour les crimes violents, dans les cas d'association à une dépendance toxique, alcoolique, et à un trouble de la personnalité antisocial (voir aussi les études de Asnis, 1997 ; de Link et al, 1987, 1992, 1994).

1. 6. Données sur les troubles mentaux chez les meurtriers

Dans les études scandinaves (Eronen et al, 1996), les risques relatifs chez les meurtriers sont élevés pour la schizophrénie (0,4), la personnalité antisociale (0,10) et l'alcoolisme (0,40). Gotlieb et al, 1987, ont trouvé 25 % de psychotiques parmi un groupe de meurtriers.

1. 7. Comorbidité psychiatrique et comportement violent en population générale

L'étude ECA menée en population générale et citée ci-dessus démontre que le pourcentage de personnes ayant déclaré des actes de violences dans l'année écoulée augmente avec le cumul de diagnostics psychiatriques : diagnostics psychiatriques co-occurents ou comorbides (Swanson et al, 1990). Par exemple, 12,7 % des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie au moment de l'enquête déclarent avoir commis de tels actes dans les 12 derniers mois. Ce pourcentage est assez similaire pour d'autres groupes définis par un seul diagnostic psychiatrique : trouble bipolaire (11 %), état dépressif majeur (11 %), trouble de panique (12 %).

En revanche, les pourcentages d'individus déclarant un comportement violent augmentent dès qu'il s'agit de la co-occurrence de deux ou plusieurs diagnostics : 21 % pour la schizophrénie + le trouble de l'humeur, 28 % pour la schizophrénie + le trouble de l'humeur + la toxicomanie et 100 % pour la schizophrénie + le trouble de l'humeur + la toxicomanie + le trouble de l'anxiété. Toutefois, il faut lire ces résultats avec prudence parce que l'effectif des groupes de sujets est extrêmement réduit dès qu'on arrive à une comorbidité importante (5 personnes pour la dernière catégorie de 4 diagnostics co-occurents) (Swanson et alii 1990).

2. Les facteurs prédictifs des comportements violents

La prédictibilité de la survenue d'un comportement violent chez une personne précise est actuellement impossible. Les facteurs contextuels, événementiels, aléatoires et contingents sont à la fois trop nombreux et trop divers, et leur association, trop variable et singulière, pour leur conférer un poids stable et une fiabilité dans la prédiction de la survenue de l'acte violent.

On peut seulement en évaluer statistiquement le risque, sur la base de l'existence de facteurs psychopathologiques stables et de situations contextuelles dégradées.

On ne peut nier en effet qu'un comportement violent soit statistiquement corrélé à la présence chez son auteur de perturbations mentales avérées, du moins au moment du passage à l'acte. Il serait plus approprié de parler d'« état psychopathologique », sans préjuger de sa pathogénie. En effet, si tout acte violent peut être conçu comme l'expression (défensive ?) d'une souffrance incontrôlable mentalement, ou comme la réponse à une menace ou à une mise en danger éventuellement vitale, l'agent pathogène peut se trouver aussi bien chez l'auteur de l'acte en tant que trouble psychiatrique, que dans son environnement, en tant que situation pathogène incontrôlable par le sujet. Ces données environnementales ont été soulignées chez les détenus par l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) dans un rapport (2002) dénonçant la dégradation du dispositif public de santé mentale en tant que l'un des agents de la marginalisation voire de l'exclusion d'une frange croissante de la population, ainsi que la responsabilisation désormais courante des malades mentaux auteurs de crimes.

On peut dire sur ces bases que *les personnes à risque criminel sont plus probablement celles qui souffrent du cumul de troubles psychopathologiques (troubles de la personnalité, de l'humeur, psychotiques, addictifs, psychotraumatiques etc...) et de difficultés sociales complexes : familiales (familles violentes et / ou négligentes, abusives, incestueuses, carencées), scolaires (échec scolaire), professionnelles (perte d'emploi), relationnelles et affectives (rupture des liens, isolement), toutes situations exposant à la marginalité et / ou l'exclusion. La similitude des facteurs de prédiction de risque de violence " criminelle " et ceux de risque de développement d'un trouble psychiatrique (pouvant se manifester par des actes de violence) favorise la confusion entre violence criminelle et violence psychiatrique, citant encore une fois Bourgeois et Bénézech (2001).*

Parmi les facteurs de risque d'ordre strictement psychiatrique, on identifie principalement :

- Les troubles psychiatriques eux-mêmes ;

- Les états psychotiques avec syndrome hallucinatoire, délires de persécution, mystiques ;
- Les troubles de l'humeur ;
- L'alcoolisme et la toxicomanie ;
- Les troubles de la personnalité de type antisocial, paranoïaque, borderline, passif-agressif, schizotypique, dépendant, évitant, en général intriqués.
- L'exposition aux événements psychotraumatiques et leurs effets, en termes de troubles anxieux, dépressifs, addictifs etc...

Les recherches cliniques montrent l'intérêt d'étudier de plus près le rapport entre certains troubles, encore peu explorés, et les actes de hétéro ou auto-agression. Le trouble bipolaire est souvent présent en co-occurrence avec un autre trouble psychiatrique (principalement une addiction, un trouble de la personnalité, un trouble anxieux), bien qu'il est peu fréquent en population générale (0,4 à 1,6 % sur la vie). Pourtant il peut être sur-représenté, à titre indicatif, en détention. La co-morbidité de ce trouble avec d'autres peut avoir des conséquences médico-légales fréquentes : délits mineurs mais également crimes violents, et dans tous les cas, exposition à la transgression, au passage à l'acte violent. Si l'on a tendance à considérer la schizophrénie comme un véritable « prédicteur » de la dangerosité, il faudrait le faire, au même titre, pour le trouble bipolaire.

D'ailleurs, suivant Nestor (2002), il serait intéressant d'étudier les 4 dimensions de la personnalité qu'il considère être associées au risque criminel chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Il s'agit du manque de contrôle des impulsions, de la dysrégulation affective, de la perturbation narcissique et du mode de pensée paranoïde. Les deux premières sont plus corrélées aux troubles addictifs (primaires ou secondaires) et les deux autres aux troubles schizophréniques (voir aussi Rouillon, 2004).

Les autres facteurs de risque d'ordre psychiatrique identifiés incluent :

- Les associations comorbides, comportant au moins un diagnostic de l'axe 1 et une dépendance addictive, principalement alcoolique ;
- Les antécédents psychiatriques de l'enfance et de l'adolescence ;
- Les antécédents criminels ;
- Les carences thérapeutiques.

Des manques en matière de modalité thérapeutique et de dispositifs de soin sont aussi identifiés comme des facteurs pouvant contribuer au risque de violence criminelle chez les individus souffrant de maladie mentale et à la suicidalité chez celles atteintes de schizophrénie. Il s'agit notamment :

- Du manque de rigueur clinique ;
- De traitement inapproprié ou de durée insuffisante ;
- De désinstitutionalisation et / ou fermeture des lits, quand ces changements ne sont pas accompagnées d'un dispositif de prise en charge alternatif en ambulatoire et / ou médico-social.

L'importance de maintenir une continuité de soins pour prévenir la récidive chez des patients psychiatriques ayant déjà commis des crimes violents est illustrée par une étude récente, seule étude longitudinale de ce type en France. Il s'agit d'une description de 97 patients hospitalisés d'office dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) et présentant « un état majeur dangereux majeur certain ou imminent incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire »²⁷ (Mathis, Léger, Christophe, Kottler nd). Cette étude a analysé l'évolution clinique et sociale de 80 hommes et 17 femmes à quatre ans après admission à l'UMD. À l'issue de l'hospitalisation, on a pu considérer que l'état de la plupart des patients s'était « amélioré », et

²⁷ Arrêté 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

qu'aucun cas d'aggravation n'était relevé. Sur une période de 4 ans, seuls l'état de 8 hommes et d'1 femme nécessitait une réhospitalisation en UMD, mais 30 % de l'ensemble des sujets de l'étude sont décrits comme actuellement dangereux, sans pour autant être considérés comme relevant d'une indication d'hospitalisation en UMD. Cette enquête suggère que le séjour thérapeutique en UMD et un bon suivi psychiatrique ont été bénéfiques pour des patients identifiés comme étant dangereux. Des enquêtes de ce type avec des populations psychiatriques considérées comme à risque pour des actes dangereux ou violents devraient être poursuivies, sur des échantillons plus importants, et avec de meilleurs outils épidémiologiques et cliniques et un suivi plus long.

Swanson et al (2002), montrent l'importance de la prise en compte du *contexte socio-environnemental* chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, et présentant des comportements violents. Toutefois, si les données sont éloquentes sur le plan statistique, la question du processus du passage à l'acte violent et de ses liens avec le contexte exposant demeure posée.

D'autres travaux s'y attellent. Par exemple, Link et al (1998, 1999), proposent d'examiner chez les sujets psychotiques l'existence d'un trouble spécifique du contrôle, lié directement à la signification pour le sujet de ses contenus de pensée, hallucinatoires et délirants. Les auteurs estiment que la dangerosité d'un malade mental n'est en jeu que dans ce cas. Leurs données permettent ainsi de re-dimensionner la représentation sociale de la dangerosité des malades mentaux. De plus, on trouve dans cette approche théorique du passage à l'acte psychotique, la problématique énoncée par l'article 122-1 du Code pénal, qui distingue pour commencer « discernement » et « contrôle », mais qui les lie ensuite sous une même étiologie psychopathologique. Dans la description de Link, le discernement pourrait s'appliquer à la « menace », en tant que percept influençant le jugement, et, partant, le discernement.

Toutefois, il nous semble que l'approche explicative du comportement violent fondée sur l'identification et l'élucidation des mécanismes de contrôle compte tenu de la perception d'une situation menaçante, pourrait s'appliquer à d'autres problématiques, comme nous l'avons remarqué plus haut, chaque fois qu'une situation perçue comme menaçante impose à la personne, vitalement pourrait-on dire, une réaction violente. Il est clair que ce schéma impose à son tour une élucidation exhaustive des mécanismes en jeu et des traits contextuels activateurs de même que des dimensions individuelles sensibles.

Nous en sommes probablement à la préhistoire de l'approche « biopsychosociale » de la violence, des comportements violents et, partant, de la dangerosité. La Commission propose une série de questions de recherche qui pourrait nous aider à avancer dans ce sens.

B. Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux

1. État de la question : les patients en dehors de l'hôpital

Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux constituent un problème ressenti important, soulevé par les membres des associations d'usagers (FNAPSY) et des amis et des familles des malades (UNAFAM) lors des auditions devant notre Commission. Ces violences font cependant partie d'une zone opaque peu explorée et pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, en fort contraste avec l'abondance de la littérature consacrée aux violences causées par des personnes souffrant de trouble psychiatrique grave, peu de recherches ont été menées sur la problématique des violences que subissent patients ou anciens patients. D'ailleurs, et à notre connaissance, il n'existe pas d'études équivalentes en France aux études internationales concernant cette problématique. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons toutefois souligner quelques connaissances dans ce domaine.

En préalable, on remarquera que la plupart de ces études ne font pas de distinction entre les types de violence ou de victimisation (acte commis contre une personne par opposition à acte portant atteinte à des

biens ou à des propriétés) dont sont victimes ces patients ou ex-patients. Les études les plus anciennes démontrent un taux élevé de victimisation, dans le sens élargi du terme. Ainsi, une étude transversale de personnes sans domiciles fixes et souffrant de trouble mental, montre que 44 % des sujets avait subi des violences, dans les deux mois précédant l'entretien, qu'il s'agissait d'un vol, d'une attaque physique, ou d'une agression sexuelle, ou encore d'un cambriolage ou d'une menace avec une arme (Lam et Rosenheck 1998). De même, une autre étude révèle que, chez des patients souffrant de schizophrénie et vivant dans des logements thérapeutiques, 34 % avaient été victimes de vol ou d'attaque au cours de l'année écoulée (Lehman, Ward, Linn 1982). Dans un registre cette fois comparatif, d'autres travaux apportent des précisions significatives. Ainsi, rapporté à la population des individus sans diagnostic de trouble mental, une de ces études met en évidence que les patients souffrant de schizophrénie ont 3 fois plus de risques d'être victime d'un crime violent (Chuang, Williams, Dalby 1987). Enfin, une dernière étude porte sur 331 patients ayant été hospitalisés sans consentement, puis assignés à des soins ambulatoires obligatoires. Il en ressort que, si dans les 4 mois précédant l'entretien, le taux de victimisation pour crime non-violent (cambriolage, larcin ou escroquerie) y approche celui que l'on peut trouver en population générale (autour du 22 %), par contre, le taux de crime violent (attaque, viol, vol avec agression) se situe lui à un niveau qui est presque 3 fois celui trouvé en population générale (8,2 % contre 3,1 %). Au moyen d'une analyse multi variée, les auteurs établissent que l'utilisation occasionnelle d'alcool ou de drogues et l'instabilité du logement sont des forts prédicteurs de victimisation par un crime violent. Pourtant, et paradoxalement, peu des patients enquêtés ont déclaré se sentir particulièrement exposés à la violence. S'agissant des causes de cette violence sélective, les auteurs remarquent que l'état (Caroline du Nord, aux États-Unis) et le comté où a été menée cette étude bénéficie d'un taux de crime au dessous de la moyenne nationale, ceci ayant pour effet d'écarter au moins une des hypothèses écologiques possibles (Hiday, Swartz, Swanson et al 1999). Par contre, les conditions environnementales plus spécifiques qui contribuent à « cibler » ces victimes, mais qui affectent aussi la conscience qu'ils prennent (ou ne prennent pas) de leur propre vulnérabilité, seraient à élucider.

Un des problèmes des études citées ci-dessus, outre les limites d'une méthodologie transversale ou qui s'appuie sur des déclarations rétrospectives, concerne la nature hétérogène de leur échantillonnage. Les échantillons diffèrent par le type de dispositif par lequel les sujets sont pris en charge, la particularité de la situation dans laquelle ils se trouvent (par exemple, de haute précarité) et les profils diagnostiques.

Une étude américaine a essayé de surmonter ces défauts, ceci par un suivi sur 3 ans de 172 personnes souffrant de schizophrénie et vivant en dehors de l'hôpital. Au début de l'étude, tous étaient logés et aucun ne présentait un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Les entretiens ont été menés tous les 6 mois. Au cours de ces trois ans, plus d'un tiers (38 %) des suivis ont déclaré avoir été victime d'un crime, dont 91 % d'un crime violent (vol, attaque, viol). L'analyse multi-variée conduite a mis en évidence que la sévérité des symptômes était prédictive de victimisation, ainsi – mais à un moindre degré – que l'abus d'alcool et / ou de drogues. Au total, le taux de victimisation des personnes souffrant de schizophrénie et vivant en dehors de l'hôpital y dépasse de 65 % à 130 % le taux trouvé pour la population générale (Brekke, Prindle, Bae, 2001). Toutefois, les résultats de cette étude sont limités par le fait que l'analyse statistique porte sur des victimisations attenantes aussi bien à des actes violents qu'à d'autres qui ne le sont pas, ou à un degré moindre.

On mentionnera enfin une autre étude britannique portant sur les victimisations violentes à l'endroit de patients, et qui elle aussi porte sur des patients atteints de psychose et vivant en dehors de l'hôpital. Il s'agit de 691 sujets pris en charge par des équipes de secteur (*community mental health teams*). 16 % des enquêtés ont déclaré avoir été battus, molestés, attaqués ou avoir été victimes d'un autre crime violent au cours de l'année écoulée. Ce taux de prévalence sur un an est 2 fois celui reporté pour la Grande Bretagne. Mais, parce que cette étude est transversale, il n'est pas possible d'identifier des facteurs prédictifs de victimisation violente. Toutefois, cette victimisation est associée (sans qu'on puisse parler de causalité ou d'effet) à des symptômes graves, le fait d'être sans abri, l'abus de substances, des précédents en matière de comportement violent et la manifestation de troubles de la personnalité comorbides avec la psychose (Walsh, Moran, Scott et al 2003).

Toutes les enquêtes citées posent des problèmes de définition et de méthodologie et donc d'interprétation. Aucun n'examine de manière suffisamment serrée le jeu des variables contextuelles. Pourtant, et malgré des différences, *une présence importante de violence en direction des personnes souffrant de trouble mental et vivant dans les lieux de vie se dégage de l'ensemble des résultats*, y compris quand il s'agit de patients suivis en santé mentale. Il se peut que les dispositifs mis en place ne suffisent pas à protéger les plus vulnérables, ou que les lieux et conditions de vie extra-muros sont loin d'être acceptables. En même temps, étant donné la plus importante victimisation de ces personnes souffrantes comparées à celles vivant dans des conditions similaires, il faut prendre en compte les caractéristiques individuelles telle la vulnérabilité due aux symptômes ou au manque d'autonomie. Enfin, ces résultats sont à mettre en relation avec la stigmatisation générale des patients.

2. Violence légitime, violence illégitime : l'institution psychiatrique

Les actes de violence commis en direction des patients dans le cadre de l'hôpital ou d'autres services sont d'un autre ordre que ceux commis dans les lieux de vie ordinaires. La violence institutionnelle fait partie des rapports sociaux socialement établis, lesquels sont en même temps des relations de pouvoir. Il s'agit d'une violence « légitime » au sens sociologique du terme : dans la mesure où le psychiatre (ou le soignant sous sa direction) a reçu mandat de la société pour guérir ou soigner des personnes souffrant de trouble mental par des méthodes souvent perçues comme violentes.

L'histoire de la psychiatrie montre jusqu'à quel point l'intervention du soignant en psychiatrie mélange le soin et la contrainte. La contrainte, comme l'intrusion dans la vie privée du patient en dehors et encore plus à l'intérieur de l'hôpital, est souvent vécue comme une violence corporelle aussi bien que psychique (le dépouillement des affaires personnelles, les limitations de mouvement, la prise forcée de médicaments, la promiscuité, etc...). Pourtant il s'agit là d'une contrainte exercée « pour le bien du patient ». L'institution psychiatrique existe alors dans une relation étroite avec la violence d'état en deux sens, au moins : en exerçant des contraintes sur le patient fut-ce « pour son bien » ; en traitant des symptômes qui sont eux-mêmes provoqués par des violences exercées sur le patient (voir l'état de la littérature ci-dessus)²⁸. À cette violence « ordinaire », il faut ajouter des formes plus récentes et / ou particulières, soulevées récemment par des associations : le prolongement de dispositifs comme les mesures de tutelle ou de curatelle, l'abus des sorties d'essai prolongé, la non-judiciarisation (ou judiciarisation très tardive par rapport aux standards européens) des procédures d'hospitalisation sans consentement, la confusion autour même de la notion de consentement...

La problématique de consentement nécessite une réflexion en elle-même, au-delà des possibilités de cette Commission, et qui est au cœur des débats actuels sur les contours de la psychiatrie et les droits des patients. La question devient à ce moment-là celle de l'évolution dans le temps des frontières entre le « tolérable » et « l'intolérable » (Fassin et Bourdelais 2005) et de la notion même de la violence. En revanche, quand la violence s'exprime à travers les dérapages en institution, les frontières entre légitimité et illégitimité sont plus clairement franchies. Ces violences vont de la contention du patient pour punition jusqu'à l'utilisation de la force ou encore la négligence en cas de grande vulnérabilité. (Sur ce point les données sont pratiquement non existantes. Voir cependant les exemples et les réflexions de Clément 1996).

La violence en institution est fonction de deux types de composantes en tension l'une avec l'autre. D'un côté les facteurs, individuels aussi bien qu'organisationnels, qui la suscitent, de l'autre les dispositifs qui permettent d'y parer, et notamment les recours possibles pour les victimes. En ce qui concerne les causes, elles sont de plus en plus connues car inhérentes aux dysfonctionnements plus généraux de la psychiatrie française actuelle. On peut citer le manque de formation du personnel, le manque d'adéquation du service

²⁸ Sur ces points, voir Vivet et Tomkiewicz 1991, Martin 2000, Castel 1989.

au besoin du patient, le faible nombre de personnel en situation d'encombrement et / ou de crise, l'application des techniques chimiques et physiques en absence de la parole ou de la tentative du dialogue, l'utilisation à des fins punitives de techniques développées dans une optique thérapeutique (Clément 1996). On peut aussi noter la fragilité des centres de crise et d'accueil, lesquels, quand ils sont bien utilisés, permettent l'établissement d'un dialogue avec le patient en crise et l'évitement de la seule répression (Martin 2000).

Quant aux obstacles à un recours du patient en cas de violence on peut relever l'opacité dont sont entourées les structures hospitalières, l'isolement du (ou des) patient(s), la solidarité ou le désaccord du corps soignant devant l'infraction d'un des leurs (Clément 1996). En même temps, se développe aujourd'hui un mouvement d'affirmation des droits des patients, sous la forme d'associations, de lois et de dispositifs permettant un tel recours. La défense de ces droits nécessite aujourd'hui un investissement et un engagement, à la fois des pouvoirs publics, de la psychiatrie et des associations d'usagers.

II. Violences et traumatismes psychiques

A. Conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence

Les conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence sont depuis une vingtaine d'année largement documentées. C'est d'ailleurs un thème récurrent en constante progression dans la littérature internationale depuis le début des années 80, puisqu'on dénombre plus de 1 500 publications référencées sur ce thème en 2004²⁹, pour seulement 22 en 1980. Avec une augmentation de près de 70 fois supérieure à l'année de référence (1980³⁰), le taux de croissance de ces articles dépasse largement celui des articles consacrés à d'autres catégories psychiatriques. Par exemple, le taux d'articles consacrés à la schizophrénie double simplement dans le même intervalle de 20 ans (passant, certes, de 1 130 en 1980, à 2 426 en 2000), alors que dans le même temps, pourtant, l'intérêt scientifique pour la schizophrénie a été profondément renouvelé grâce à l'imagerie cérébrale, les hypothèses étiologiques neurobiologiques et neurogénétiques, la mise sur le marché de nouvelles molécules plus efficaces et le regain des débats autour des enjeux sociaux de la schizophrénie. Cette expansion tout à fait remarquable traduit un double phénomène. Avant tout, il s'agit incontestablement d'une large prise de conscience au sein de la communauté scientifique prenant désormais en considération l'impact de la violence (des violences ordinaires jusqu'aux catastrophes humaines et naturelles) sur la santé publique et sur la santé mentale.

Ensuite, c'est également la preuve d'une bien plus grande visibilité dans l'espace social des conséquences psychiques de la violence et des traumatismes (nous reviendrons plus loin sur cette distinction essentielle pour notre propos), qui s'accompagne d'une volonté très forte de la part des professionnels, des autorités sanitaires, des médias et bien sûr des victimes elles-mêmes de déstigmatiser les troubles psychologiques consécutifs à des événements violents. D'autant que dans cette recension de la littérature nous n'avons pas pris en considération les articles de vulgarisation parus dans la presse généraliste qui foisonnent sur ce sujet. En effet, à la différence des autres catégories psychiatriques, les troubles psychologiques consécutifs à des accidents ou à des violences sont désormais non seulement bien mieux dépistés mais sont surtout perçus dans l'imaginaire social comme *une réaction normale à une situation anormale* les distinguant radicalement des autres formes de pathologies psychiatriques, lesquelles conservent une connotation

²⁹ A partir d'une recherche par mots clés effectuée sur le serveur *Sciencedirect* de la maison d'édition *Elsevier* qui regroupe les principales banques de données internationales dont *MedLine* (de la National Library of Medicine) qui est la plus importante dans ce domaine. <http://www.sciencedirect.com>

³⁰ Année à laquelle a été introduite la nouvelle dénomination des troubles psychiatriques post traumatiques dans la troisième révision de la classification américaine des troubles mentaux A.P.A (1980).

encore très péjorative ³¹. Cet aspect est essentiel. Il dénote un profond renversement des sensibilités collectives tant chez les professionnels que chez les profanes qui favorise très largement une bien meilleure prévention (secondaire à défaut d'être primaire) de ces troubles et la mise en œuvre précoce de soins adaptés. À la différence des autres troubles psychologiques, les victimes acceptent plus volontiers de se reconnaître souffrantes, voire d'être « étiquetées » de la sorte sans crainte de conséquences sociales préjudiciables. Ainsi aux États Unis, la psychiatre Nancy Andreasen, rédactrice en chef de *l'American Journal of Psychiatry*, notait dès 1995 que les troubles post-traumatiques étaient devenus les seuls diagnostics psychiatriques que les patients réclamaient, non seulement pour obtenir d'éventuelles réparations financières, mais aussi et peut-être surtout en guise de paradoxal certificat de normalité (Andreasen 1995), bien que le statut unique de ces troubles soit en train de changer très lentement³². Mais c'est surtout dans les ouvrages destinés au grand public³³ et sur Internet³⁴ que la reconnaissance des souffrances psychiques induites par les violences a rencontré le plus large écho. Avec quelques années de retard la France a connu un développement similaire dans le grand public ³⁵, sans que toutefois la victimologie parvienne à s'imposer avec la même force dans la psychiatrie officielle française (Latté 2001).

Ce succès repose en grande partie sur une idée commune, désormais largement répandue, selon laquelle les violences subies justifient une écoute ou un suivi psychologique. C'est dans la presse généraliste, dans les médias et jusque dans le discours du sens commun, que l'on en retrouve les plus fréquentes occurrences (Fassin et Rechtman 2002). Encore récemment l'accompagnement psychologique des jurés d'une cours d'assise appelée à juger un réseau de pédophiles a non seulement été proposé par l'administration judiciaire, mais a surtout été l'objet d'une importante couverture médiatique insistant sur les dangers psychologiques encourus par les jurés à l'audition des faits reprochés aux accusés. Or, une telle attention à la souffrance psychique des personnes exposées directement ou indirectement à la violence est à la fois une chose très récente et en même temps un *a priori* qui semble aujourd'hui ne plus devoir souffrir la moindre exception. La création en France à partir de 1997 d'un dispositif public de prise en charge des victimes, les cellules d'urgences médico-psychologique (CUMP), est d'ailleurs venue répondre à cette attente collective. En effet, de l'aveu même des pionniers de cette nouvelle forme de prise en charge psychiatrique, c'est à l'initiative de Jacques Chirac que les premières CUMP ont vu le jour au cours de la vague d'attentats, imputés au terrorisme, pour la plupart dans les métros, de l'été 1995 (Verger, Dab, Laming et al 2004) pour répondre à la souffrance psychique des victimes que le Chef de l'État avait personnellement constatée (D'Halluin, Latté, Fassin et al, 2004).

Or, cette conception repose essentiellement sur ce lien qui semble aujourd'hui évident entre la violence et la souffrance psychique qu'elle entraînerait nécessairement. Pourtant, derrière cette évidence, une réalité scientifique beaucoup plus contrastée se dessine. Deux aspects méritent d'emblée d'être soulignés.

B. Violence et souffrance psychique

La notion même de souffrance psychique demeure particulièrement difficile à définir d'un point de vue clinique. Dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la « souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », les rédacteurs insistent dès l'introduction sur l'imprécision de la notion

³¹ Voir les parties II D 2 et III D de ce rapport. Malgré des avancées très significatives, notamment grâce à de nombreuses campagnes d'information, la dépression pourtant bien mieux comprise par le grand public demeure une pathologie mentale encore trop souvent *honteuse*. Quant aux autres troubles psychiatriques chroniques, comme les psychoses, les tentatives de déstigmatisation restent encore vaines.

³² Sur le marché de la justice réparatrice pour les troubles dits « sociomédicaux » aux États-Unis, voir Dumit J (2004).

³³ Voir par exemple Terr (1990).

³⁴ La multiplication des sites internet intégralement dédiés aux traumatismes et à leurs conséquences psychiques rend impossible toute recension exhaustive. A côté des sociétés internationales de victimologie, comme *l'International Society for Traumatic Stress Study* (<http://www.istss.org>) ou *L'International Victimology Website* (<http://www.victimology.nl/>), la toile regorge de pages individuelles ou associatives destinées à alerter et à sensibiliser les lecteurs sur les conséquences psychologiques de la violence.

³⁵ De nombreuses pages web francophones sont actuellement dédiées aux traumatismes psychologiques et aux conséquences psychologiques des violences voir par exemple <http://traumapsy.com/stress-post-traumatique.php>, notamment par les associations de victimes d'abus sexuels (par exemple <http://lesmauxdusilence.free.fr/parler.php>) cf le rapport intermédiaire de l'étude en cours de réalisation Fassin et Rechtman (2004).

de souffrance psychique (Haut Comité de la Santé Publique 2002). À la fois signe d'un malaise propre à cet âge de la vie, chez certains, et d'une tendance déjà pathologique, pour d'autres, la souffrance psychique correspondrait essentiellement à une accumulation de petits signes infra-cliniques ne permettant justement pas de poser un diagnostic psychiatrique (Rechtman 2004), mais dont on peut craindre que l'évolution conduise vers la constitution d'un authentique trouble psychiatrique ou à l'accentuation de problèmes sociaux. Si elle a été un peu plus étudiée chez les adolescents (Choquet, Michaud, Frappier 1997), autour des notions de malaise, de mal-être, de conduites à risque et de petite délinquance, cette notion pourtant régulièrement utilisée par rapport aux adultes, notamment dans les populations en situation précaire (Joubert 2003), n'a justement pas fait l'objet d'études précises, cliniques ou épidémiologiques. La psychologie clinique l'a désignée comme l'un de ses objets spécifiques mais ne le lui donne pas pour autant un contenu précis et concret³⁶. On la retrouve également régulièrement mentionnée en médecine du travail ou en médecine générale comme un regroupement de signes devant alerter les praticiens vis-à-vis d'un trouble éventuellement en voie de constitution, mais là encore aucune définition précise ne vient circonscrire les signes qui pourraient ou non relever d'une souffrance psychique³⁷. En fait c'est régulièrement plus un signal *subjectif*, une souffrance ressentie, qu'un signe *objectif*.

Difficile à définir et donc à évaluer, la souffrance psychique est avant tout un indicateur de santé mentale³⁸, distinct d'un trouble mental, ayant surtout une valeur pronostique vis-à-vis de l'éclosion secondaire de problèmes plus sévères (indistinctement sociaux ou de santé mentale). C'est à ce titre que la prise en charge des souffrances psychiques s'apparenterait plus volontiers à de la prévention primaire par rapport au déclenchement d'un éventuel trouble psychiatrique, ou à la prévention secondaire des problèmes déjà existants.

Appliquée aux conséquences de la violence, la notion de souffrance psychique est encore plus problématique pour au moins deux raisons essentielles. Tout d'abord, elle est intimement liée à l'évolution des conceptions psychiatriques sur le traumatisme psychique et n'apparaît sur la scène sociale qu'après la reconnaissance par la psychiatrie américaine au début des années 80, puis plus tard en France, de l'existence d'une pathologie psychiatrique spécifique dénommée État de Stress Post-Traumatique (dans la classification américaine des troubles mentaux et dans la classification internationale de l'OMS- la CIM 10- cf. infra) (Rechtman 2004). C'est avant tout parce que la définition de l'événement traumatique a préalablement changé dans les conceptions psychiatriques, pour devenir le seul facteur étiologique, que la souffrance psychique a commencé à être reconnue (Rechtman 2005). Mais sa délimitation demeure extraordinairement extensive et varie selon les auteurs. Pour les psychiatres, elle désigne l'ensemble des manifestations psychologiques qui surviennent au décours d'un événement potentiellement traumatique mais qui restent en deçà, en nombre ou en intensité, des critères cliniques permettant de porter un diagnostic de trouble mental (Cordier, Sylvestre, Leyrie 1994, Crémniter 2002). Pour les victimologues et le grand public, elle désigne en fait toutes les conséquences psychologiques consécutives à un traumatisme psychique, aux premiers rangs desquels figure la violence, qu'elles relèvent ou pas de la pathologie mentale. Or, cette régulière oscillation entre une définition extensive qui inclut la pathologie mentale, et une définition plus restrictive qui à l'inverse l'exclut est caractéristique de la transposition de la notion de souffrance psychique dans le domaine des violences et des traumatismes. En effet, malgré l'imprécision du terme, la souffrance psychique est justement apparue dans le vocabulaire psychologique pour distinguer, prévenir et prendre en charge des souffrances qui ne constituent pas des troubles mentaux en tant que tels (Gallais et Alby 2002, Raix et Migné, 1995), ni même des formes minorées de troubles mentaux. Il s'agissait avant tout de faire entrer dans le champ de la santé mentale des « maux » jusqu'alors méconnus et toujours

³⁶ Ainsi on peut lire dans l'article de synthèse de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale « Le champ théorique de la psychologie clinique est constitué du domaine de la psychopathologie clinique étendu aux manifestations psychologiques des différentes formes de souffrance. C'est en ce sens que la psychologie clinique peut être productrice d'une théorie de phénomènes appartenant au registre de la normalité. », mais les auteurs ne s'étendent pas plus sur la définition de ces autres souffrances (Pédellet Bénény, 2001).

³⁷ Cf par exemple : Gallais et Alby (2002) et Raix A et Migné C. (1995). La question du statut nosologique de la souffrance psychique a été soulevée par l' Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) lors d'un séminaire national consacré à cette question, Arles, le 3 et 4 novembre, 2002.

³⁸ Même si la notion de santé mentale n'est pas non plus un concept aujourd'hui plus unifié cf Lovell, 2004.

inclassables dans la nosographie psychiatrique. C'est l'inverse qui s'est produit avec l'introduction de la notion de souffrance psychique consécutive à des événements traumatiques.

C'est à la suite d'un processus d'euphémisation d'une catégorie psychiatrique que le terme de souffrance psychique a d'abord été introduit pour désigner les mêmes troubles dans l'opinion publique, puis qu'il a été secondairement étendu de façon très large à l'ensemble des réactions et émotions suscitées par la survenue d'un événement hors du commun (Rechtman 2005). Or, aucune donnée objective nouvelle n'est jusqu'à ce jour venue conforter cette extension. Pourtant, non seulement les programmes de dépistage précoce et de traitement des souffrances psychiques sont de plus en plus nombreux, mais ils s'appuient le plus souvent sur les données psychiatriques et les moyens à mettre en œuvre pour traiter les troubles psychiatriques liés aux violences. Il conviendrait donc de développer les études cliniques et épidémiologiques sur les souffrances psychiques post-traumatiques afin de développer des réponses plus adaptées probablement distinctes de celles mises en œuvre pour les troubles psychiatriques.

C. Violence, traumatisme et psychiatrie

Ce n'est que vers la fin des années 70 aux États-Unis (au milieu des années 80 en France) que la pathologie psychiatrique post traumatique va prendre son essor. Jusqu'alors la névrose traumatique (Barrois 1998), c'est-à-dire la réaction psychologique consécutive à un événement traumatique, restait assimilée à une sorte de névrose de revendication dans laquelle la victime venait avant tout rechercher des bénéfices matériels (réparation financière, exemption militaire dans le cas des combattants) (Brunner 2000). C'est dire que pour les spécialistes, comme pour le grand public, la névrose traumatique était avant tout une expression anormale, c'est-à-dire pathologique, à une exposition à un événement violent.

Le changement introduit dans la troisième révision de la classification américaine des troubles mentaux (le DSM-III) va être essentiel, dans la mesure où pour la première fois, la définition des troubles post-traumatiques va précisément indiquer que l'événement traumatique est le seul agent étiologique, sans pour autant modifier le reste de la séméiologie de l'ancienne névrose traumatique (APA 1980). À partir de cette date, le lien entre le trouble psychiatrique et l'événement traumatique va pouvoir devenir automatique et non plus conjoncturel, c'est-à-dire le produit d'une rencontre entre une susceptibilité singulière et un événement. C'est précisément la définition de l'état de stress post-traumatique³⁹, qui est le nouveau nom attribué à la névrose traumatique. Même si tous les traumatismes ne génèrent pas nécessairement de PTSD, la définition du trouble indique clairement que c'est une réponse normale à une situation anormale et qu'il est susceptible de survenir chez n'importe quel sujet (APA 1980, OMS 1993). Dans la classification américaine comme dans la classification de l'OMS, le PTSD est le seul diagnostic qui témoigne d'un lien causal direct et exclusif entre un événement et une pathologie mentale, et de ce fait, c'est également le seul diagnostic qui va pouvoir ouvrir droit à réparation par la mise en évidence d'une imputabilité directe. Si les premiers éléments d'un lien entre violence et souffrance psychique semblent alors constitués, il faut d'emblée reconnaître que du point de vue de la psychiatrie américaine, comme plus tard en France, ce n'est pas la violence qui engendre nécessairement un PTSD, c'est le traumatisme (Cordier, Sylvestre, Leyrie, 1994). Or, trop souvent la tendance actuelle consiste à élargir considérablement le champ d'application de cette conception en établissant un lien de causalité naturelle entre violence et souffrance psychique alors même que la catégorie diagnostique du PTSD est finalement beaucoup plus restrictive.

De cette discussion on peut tirer quatre points importants :

- *La distinction entre traumatisme psychique et violence est essentielle et mérite d'être soulignée ici.*

Si l'on suit avec précision la définition actuelle des troubles post-traumatiques alors on peut dire que la violence est susceptible de produire des traumatismes psychiques chez les personnes qui la subissent, que

³⁹ Dont l'acronyme anglais PTSD (post traumatic stress disorder) s'est imposé en France.

ces traumatismes peuvent produire un état pathologique caractéristique et spécifique, le PTSD, et enfin que lorsque cet état pathologique est constitué il doit être considéré comme une réponse adaptative, certes pathologique, mais « normale » (c'est-à-dire prévisible) au sens où elle n'est pas disproportionnée par rapport à la nature du stress. C'est ce dernier point qui est le plus souvent source de confusion. En énonçant que le PTSD était une réponse normale à une situation anormale, les rédacteurs des récentes classifications internationales n'ont pas voulu dire que la réponse psychologique « normale » à la violence était le développement d'un trouble psychiatrique, ce qui aurait ouvert un vaste débat sur la « non-normalité » de ceux qui ne développaient pas de PTSD. Mais plus précisément, ils ont voulu distinguer cette nouvelle catégorie du groupe des pathologies réactionnelles, c'est-à-dire des réactions psychologiques disproportionnées (et donc pathologiques) par rapport à la nature du stress.

Ce qui équivaut à dire que toutes les situations violentes n'entraînent pas nécessairement de traumatisme et inversement que tous les traumatismes ne sont pas nécessairement produits par des situations violentes.

Or, l'idée commune aujourd'hui d'un lien naturel entre violence et souffrance psychique risque d'accréditer l'assimilation trompeuse entre le traumatisme et la violence, alors que les données existantes permettent plus modestement d'établir un lien entre certains traumatismes et la pathologie. Le fait de subir des violences n'entraîne pas nécessairement de trouble post-traumatique du point de vue psychiatrique. De même aucune donnée objective ne permet à ce jour d'affirmer que les violences entraînent nécessairement des souffrances psychiques.

Ce qui ne veut pas dire, loin s'en faut, que des violences éventuellement sans conséquences psychiatriques ou même psychologiques chez certains individus ne sont pas condamnables pour autant (nous reviendrons plus loin sur les risques de tels amalgames). Il conviendrait donc plus justement de parler d'événement potentiellement traumatique (EPT), plutôt que de violence *stricto sensu* qui, comme on vient de le voir, est une notion qui n'a pas de correspondance dans le vocabulaire psychiatrique.

- *La plupart des cas observés qui ont été exposés à une situation traumatique ne développent pas de trouble psychiatrique spécifique.*

Alors que la nouvelle catégorie de PTSD a été imposée dans la classification psychiatrique américaine (DSM III) sous la pression de mouvements sociaux et pour des motifs plus politiques que scientifiques dans les années 1980⁴⁰, la démonstration scientifique du lien de nécessité entre l'événement traumatique et la pathologie a dû attendre le milieu des années 90.

Ce n'est qu'au début des années 1990 que les premières grandes enquêtes épidémiologiques sur le PTSD ont été menées aux États-Unis (Breslau, Davis, Andreski et al 1991, Breslau et Davis 1992). Or, leurs résultats n'ont pas confirmé les hypothèses des chercheurs. Alors que la nouvelle définition du PTSD affirmait qu'il s'agissait de la *réponse normale à une situation anormale*, les travaux de l'épidémiologiste psychiatrique, Naomi Breslau, sur un échantillon de plusieurs milliers de personnes exposées à de multiples situations à haut potentiel traumatique ne retrouvaient parmi eux qu'un tiers de sujets pouvant être diagnostiqués avec un PTSD, un tiers avec une réaction traumatique brève sans lendemain et un tiers indemne de pathologie psychiatrique, même s'ils présentaient, pour certains, des signes que l'on pourrait aujourd'hui qualifier de souffrances psychiques⁴¹.

Autrement dit, le développement d'un trouble psychiatrique spécifique n'est pas la réponse la plus fréquente à une situation traumatique, puisque dans deux tiers des cas on n'observe pas l'apparition d'un PTSD. Ce qui indique clairement que la réponse normale à la violence n'est pas nécessairement le développement d'un trouble psychiatrique.

- *Certains sujets sont plus susceptibles que d'autres au développement des troubles psychiatriques suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatisant.*

⁴⁰ La littérature anthropologique et sociologique s'est considérablement développée ces dernières années sur ce sujet dans la suite des travaux pionniers d'Allan Young : Young A 1995a 1995b, 2001, 2002. Voir aussi Summerfield 1999, 2001 et Bracken 1998.

⁴¹ D'autres études ont retrouvé les mêmes résultats. Voir Breslau, Kessler, Chilcoat et al, 1998.

Le PTSD n'est bien évidemment pas le seul trouble possible consécutif à des événements hors du commun parmi lesquels la violence occupe une place centrale. D'autres manifestations sont fréquentes, comme l'anxiété, la dépression, les somatisations, la décompensation d'une pathologie antérieure, l'alcoolisme ou le PTSD partiel (nouvelle dénomination d'une série de symptômes proches du PTSD mais insuffisants en intensité et en nombre pour permettre un diagnostic de PTSD avéré et dont l'évolution est également chronique) (Franklin, Sheeran, Zimmerman M. 2002 ; Mylle et Maes 2004).

L'inégale distribution du PTSD dans la population a conduit à repenser différemment les rapports entre les événements potentiellement traumatiques et la pathologie psychiatrique. Premièrement, le DSM-IV a redéfini les critères de l'événement stressant pour élargir la gamme des situations susceptibles de générer un PTSD. Ainsi, deux niveaux critères sont apparus au sein de la définition de l'événement stressant : un critère « objectif » détaillant le type d'événement susceptible de provoquer chez n'importe quel sujet une détresse significative, et un critère « subjectif » insistant sur la peur, la détresse, ou l'horreur expérimentées par le sujet en question au moment de l'événement. Cet élargissement a significativement augmenté le nombre de cas de PTSD diagnostiqué dans une population générale (Breslau et Kessler 2001), sans pour autant modifier la part relative du PTSD soit 1 / 3 de cas. Mais c'est surtout la détermination de populations à risques ou vulnérables qui représente aujourd'hui l'avancée la plus significative. Ainsi il convient désormais de distinguer deux grands types de populations à risque : celles qui présentent un risque important de développer une réponse spécifique, type PTSD, et celles qui présentent un risque de développer d'autres pathologies psychiatriques, moins spécifiques du traumatisme mais dont le déclenchement ou l'aggravation sont significativement corrélés à l'exposition à des événements potentiellement traumatisants.

les populations vulnérables au PTSD

Un certain nombre de facteurs de risque ont pu être retrouvé chez les sujets susceptibles de développer un PTSD (Halligan et Yehuda 2000, Brewin, Andrews et Valentine 2000).

- Les antécédents de traumatismes multiples (surtout dans la jeune enfance) sont les facteurs de risques les plus significatifs avec la précarité des relations sociales (faible capital social) (Breslau, Chilcoat, Kessler et al 1999 ; Gold, Engdahl, Eberly et al 2000) ;
- Le sexe est le deuxième facteur puisque la prévalence du PTSD est double chez les femmes, sans que l'on dispose à ce jour d'explication satisfaisante (Breslau, Davis, Andreski et al 1997) ;
- Un faible niveau d'éducation, des capacités intellectuelles basses sont également des facteurs de risques (McNally RJ, Shin LM 1995) ;
- L'appartenance à une minorité ethnique, mais ce facteur est en fait lié aux précédents (essentiellement les antécédents de traumatismes multiples et le faible niveau éducatif) puisqu'il vise préférentiellement les minorités ethniques en situation précaire et ne semble pas viser d'éventuels particularismes culturels (Breslau, Kessler, Chilcoat et al 1998) ;
- Un facteur « génétique » a également été évoqué pour rendre compte de la transmission familiale du risque (Halligan, Yehuda 2000) ;
- Enfin les antécédents psychiatriques lourds sont également incriminés. À ce titre, les études retrouvent un taux de PTSD très significativement augmenté chez les malades mentaux exposés à des violences parfois moins sévères que dans la population générale (Mueser, Goodman, Trumbetta et al 1998 ; Mueser, Rosenberg, Goodman et al 2002)⁴².

Ces différents facteurs de risques montrent que les caractéristiques des populations les plus vulnérables au PTSD reproduisent assez fidèlement les caractéristiques des populations en situation de précarité.

⁴² De façon très surprenante cet aspect a été largement ignoré dans les suites de la catastrophe de l'usine AZF à Toulouse en septembre 2001 où la majorité des malades mentaux de l'hôpital Marchand, presque intégralement détruit par le souffle de l'explosion, ont dû être transférés dans d'autres lieux sans qu'une attention particulière soit portée aux risques traumatiques encourus.

Les populations vulnérables à d'autres pathologies non spécifiques

Cette vulnérabilité regroupe l'ensemble des personnes souffrant déjà de troubles psychiatriques ou de troubles somatiques chroniques et sévères, ou encore présentant des antécédents traumatiques qui vont soit décompenser, soit voir leur pathologie s'aggraver au décours d'un événement traumatique. Le risque de co-morbidité avec le PTSD est significativement important tant les caractéristiques de ces deux populations se recoupent (Perkonig, Kessler, Storz S et al (2000).

- *Les troubles post-traumatiques spécifiques comme le PTSD facilitent aujourd'hui l'ouverture de droit à réparation au nom d'une imputabilité avérée dès lors que l'événement traumatique est par ailleurs reconnu.*

Si les effets sur les personnes vulnérables des événements potentiellement traumatiques sont désormais bien établis sur le plan clinique, et devraient permettre une prévention plus adaptée aux besoins de chaque population, *il convient de souligner que la question de l'imputabilité et donc de la réparation financière demeure problématique*⁴³. Selon la définition, seul le PTSD autoriserait la mise en évidence d'une imputabilité susceptible d'ouvrir droit à réparation, alors que les autres troubles seraient éventuellement pondérés d'un facteur d'aggravation⁴⁴.

⁴³ C'est ce qui ressort clairement de l'enquête en cours de réalisation sur la réparation financière des traumatismes psychologiques consécutifs à la catastrophe de l'usine AZF de Toulouse. Cf Fassin et Rechtman (2004).

⁴⁴ « Il est du rôle de l'expert d'établir un diagnostic précis et, à partir de celui-ci, de démontrer une relation certaine, directe et exclusive avec le fait accidentel en cause. » (Cordier 1994).

DONNÉES ET INTERROGATIONS AUTOUR DES ENQUÊTES DE VICTIMATION

RENÉE ZAUBERMAN

SOCIOLOGUE, CENTRE DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES SUR LE DROIT ET LES INSTITUTIONS
PÉNALES (CESDIP)

Cette méthode d'enquête en population générale a été conçue pour édifier une connaissance de la délinquance indépendante des systèmes officiels d'enregistrement. Elle permet ainsi d'avoir accès à des infractions qui, pour une raison ou une autre, ne sont pas parvenus à la connaissance des institutions chargées de les réprimer.

C'est ainsi qu'ont eu lieu une série d'enquêtes nationales de victimation, la première menée en 1986 par le CESDIP, les suivantes tous les ans depuis 1995 par l'INSEE dans le cadre de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages sur des échantillons d'environ 6 000 d'entre eux.

Précisons pour une compréhension partagée le sens des indicateurs dont on peut se servir pour étudier la victimation :

- ⇒ **le taux de prévalence** mesure dans une population le pourcentage de personnes (ou de ménages) atteint(e)s au moins une fois au cours de la période de référence ;
- ⇒ la **multivictimation** (homogène) est le nombre moyen de faits de même type par victime ;
- ⇒ le taux d'**incidence** mesure le nombre de faits subis pour 100 répondants au cours de la période de référence.

L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes recouvre un spectre très large, allant de l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital.

I. Analyse des données

Lorsque nous avons entrepris d'analyser nos données sur le long terme, nous avons essayé de voir comment les classer de manière stable.

Nous avons d'abord envisagé d'exclure les agressions sans contact physique, puisqu'il est admis qu'un des éléments de la modernité de nos sociétés est l'extrême sensibilité aux atteintes au corps ; d'un autre côté, les tensions identitaires et culturelles révèlent des susceptibilités très vives, et dans ce contexte, les injures, menaces et attitudes agressives ne sont probablement pas à négliger dans la construction de ce que les gens considèrent comme des violences. Finalement, on a distingué :

- des situations qui n'impliquent pas d'interactions physiques mais des menaces, des insultes ou du chantage (*violences verbales*),
- celles qui comportent des coups – souvent mutuels : bagarres – qui n'ont pas donné lieu à une ITT de plus de huit jours, ni à une hospitalisation et sans usage d'armes (*violences physiques simples*),
- des agressions physiques ayant donné lieu à une ITT de plus de huit jours (*violences physiques caractérisées*),

→ enfin l'ensemble des deux dernières catégories (*violences physiques*).

Les figures qui suivent sont construites à partir de résultats d'enquêtes de victimation.

Le périmètre de la population touchée

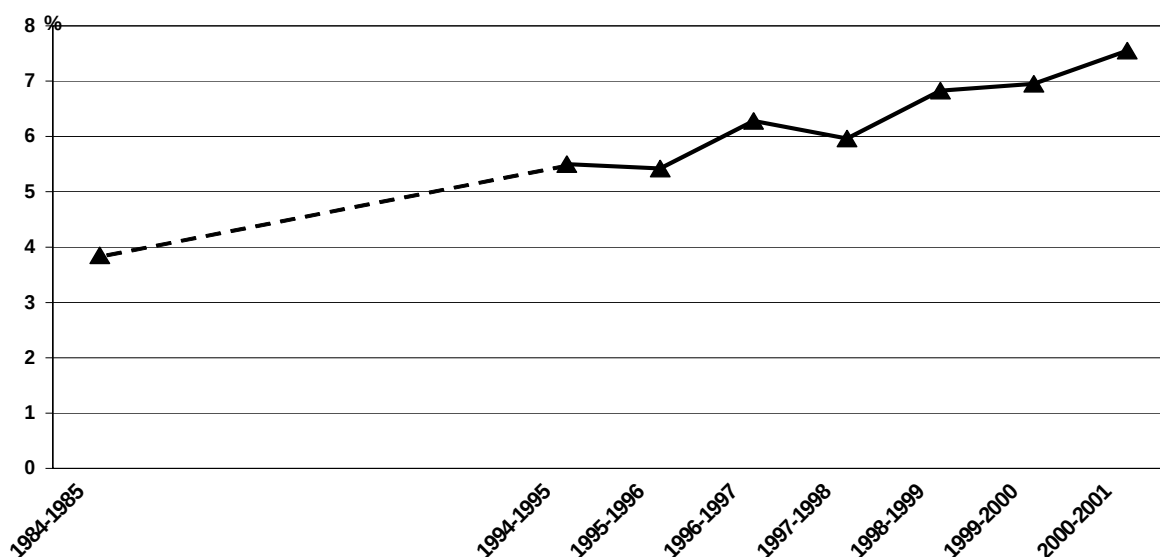


Figure 1 : prévalence de l'ensemble des violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

Au milieu des années 80, 3,8 % des 15 ans et plus disent avoir été victimes de violences au cours des 24 mois écoulés. Du milieu à la fin des années 1990, les enquêtes de l'INSEE suggèrent des prévalences sur deux ans évoluant entre 5,5 et 7,5 %. Finalement, entre 1984 et 2001, la proportion de gens qui se déclarent victimes d'une violence quelconque a presque doublé.

Encore faut-il distinguer entre les divers types de violences que nous avons définis, pour voir si leurs courbes suivent la même allure

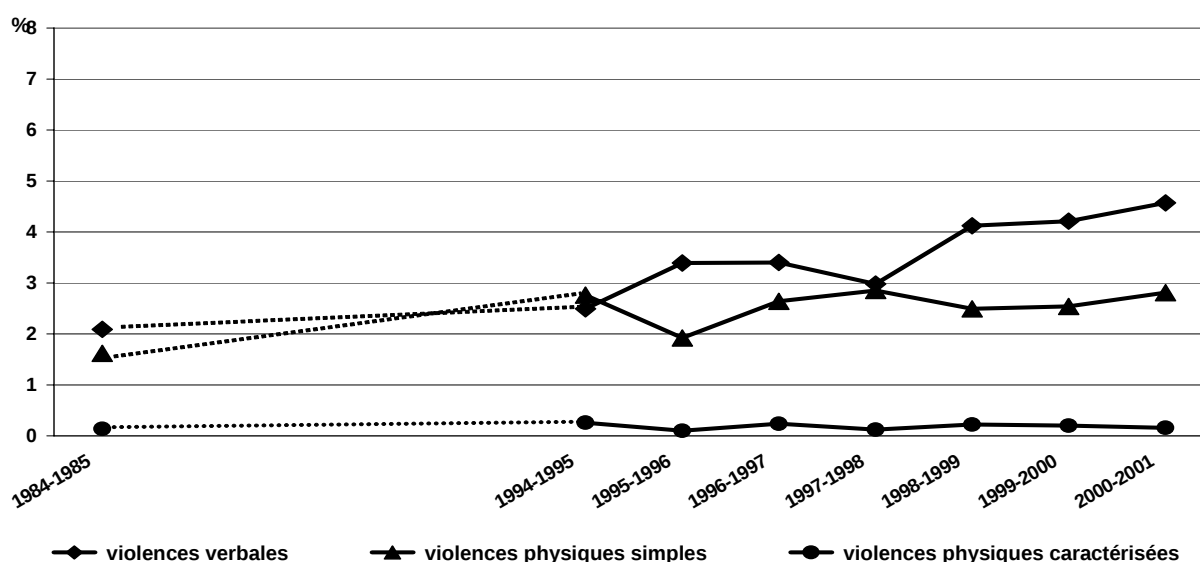


Figure 2 : prévalence de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

La proportion – deux fois et demie plus petite – des interviewés qui disent avoir subi des violences physiques simples (la courbe à triangles), après avoir connu une certaine croissance entre le milieu des années 80 et 90, n'a guère varié depuis ; elle oscille entre 2 et 3 % dans toute la dernière période. Seules

les victimes de violences verbales (courbe à losanges) ont vu leur proportion croître franchement au cours de cette période.

Quant aux violences physiques caractérisées, qui se traîne ici au bas du graphique, observons-la de plus près, en zoomant sur cette zone entre 0 et 1 % de la population :

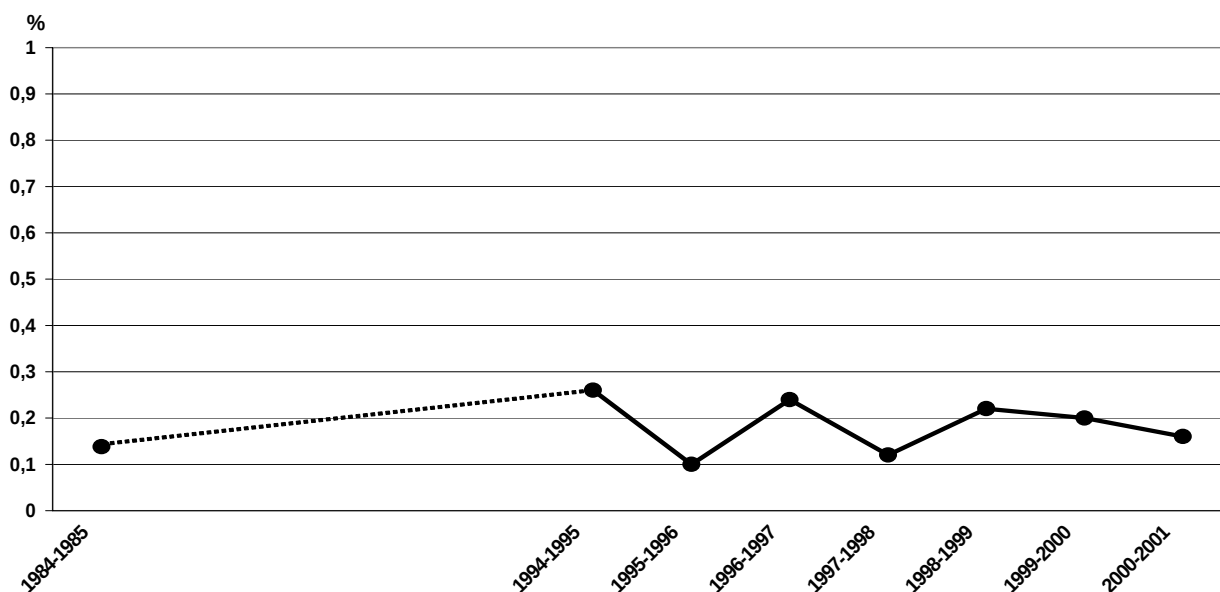


Figure 3 : prévalence des violences physiques caractérisées (enquêtes nationales 1984-2001)

(Source : Cesdip)

Elles concernent une population vingt à trente fois plus petite que l'ensemble des agressions ; la proportion de ces victimes est de 0,14 % en 1984-85 ; dix années après, la première enquête INSEE la situe à 0,26 %, mais celles qui suivent suggèrent des proportions oscillant entre 0,12 % et 0,22 %, donc plutôt en retrait sur le chiffre de 1994-95. Entre 1984-85 et 1994-95, la croissance de la prévalence des *violences physiques caractérisées* est réelle, statistiquement significative (elle n'est pas due au hasard). En revanche, elle ne l'est pas au cours de la période 1994-2001. Certes, le point de départ 1984-85 est unique et de ce fait relativement fragile —dans un échantillon de plus de 10 000 personnes, 0,14 % représentent une quinzaine d'enquêtés— mais il n'existe pas en France d'autre enquête permettant de corroborer ou de corriger ce résultat. D'ailleurs, à l'autre extrémité de la période, les mesures fournies par les enquêtes INSEE pour ces atteintes graves ne sont pas très stables non plus. Si la proportion de ces victimes s'est élevée légèrement arithmétiquement, elle n'a donc pas connu, sur l'ensemble de la période, de croissance « significative » au sens statistique.

Sur la base de ces premières données, on observe donc que l'accroissement continu de la population touchée par l'ensemble des violences entre 1984 et 2001 que l'on a constaté figure 1 se retrouve très marqué dans un seul cas de figure, celui des *violences verbales*, moins si l'on regarde les *violences physiques simples*. Bref, on a une évolution divergente entre les formes les moins marquées de la violence et celles qui le sont le plus, ce qui semble suggérer, en particulier dans la deuxième partie de la période, une bipolarisation de la violence.

La multivictimation

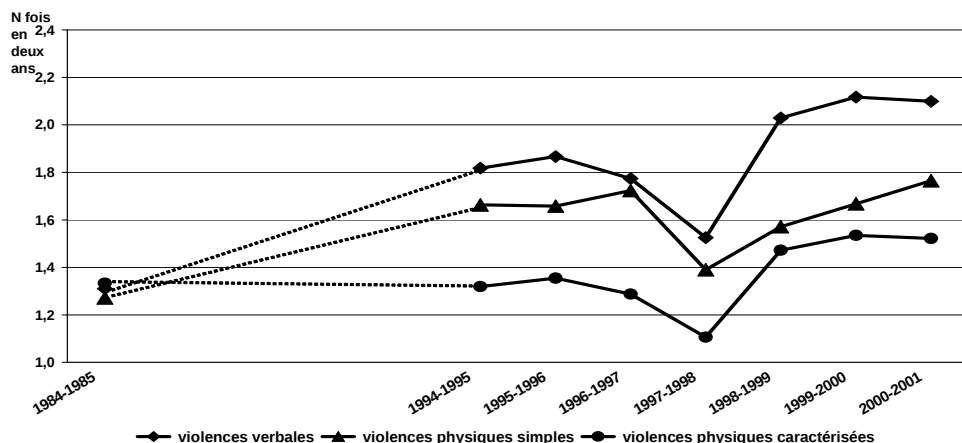


Figure 4 : multivictimation de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

Le nombre moyen d'agressions (multivictimation) subies par chaque victime au cours des deux années de chaque enquête a crû, de manière statistiquement significative, de 1,3 agression à 2 agressions, soit plus de 50 % d'augmentation entre 1984 et 2001. La figure 4 montre comment se décompose cette moyenne suivant les divers types d'agression : une courbe de multivictimation de violences augmente encore plus nettement, en d'autres termes, un type de violences intensifie sa pression sur les populations qu'elle atteint : les violences verbales.

Les incidents

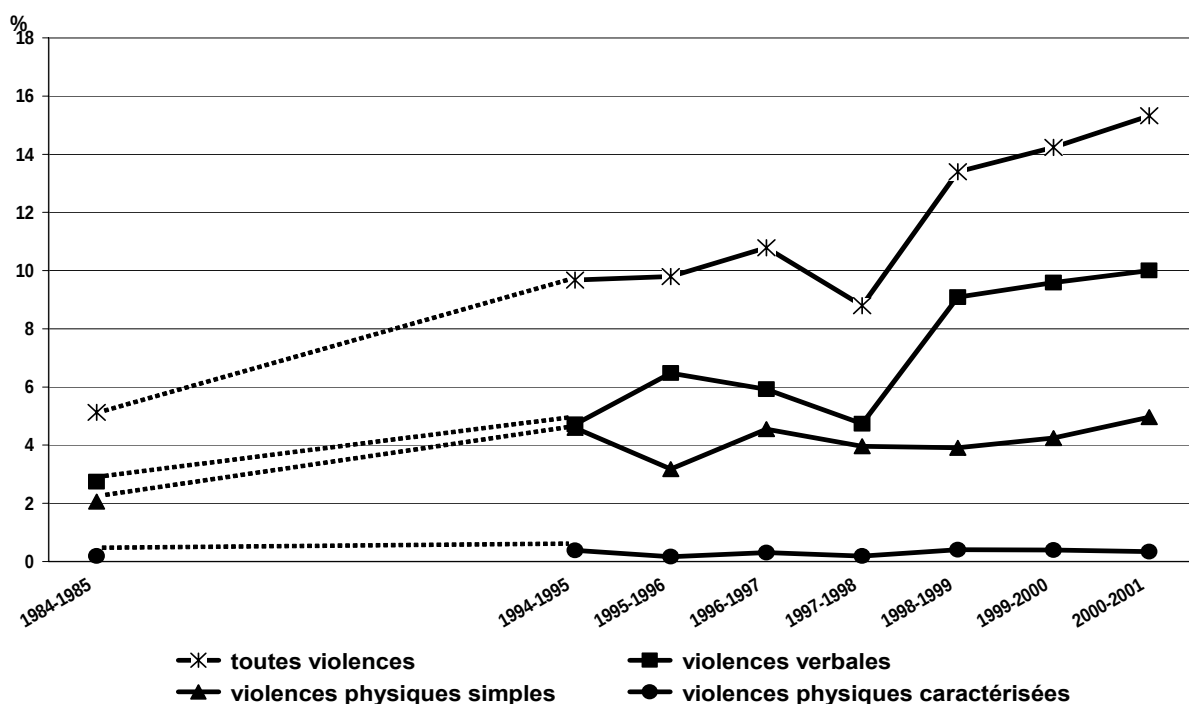


Figure 5 : incidence de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

On voit bien que la croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ de la courbe à croisillons depuis environ 5 % à 15 % en 15 ans est largement expliquée par celle des violences verbales, beaucoup plus modérément par celle des *violences physiques*. Comment peut-on comprendre cette évolution ?

Pour les violences physiques simples, la modeste croissance observée ici tient à une multivictimation plus marquée (figure 4), sur une population dont le périmètre ne s'est guère élargi (figure 2). Pour les violences verbales au contraire, on a observé à la fois un élargissement de la population touchée et une intensification de la multivictimation ; la question est de savoir comment interpréter cet élargissement du périmètre des victimes et la multiplication des victimations qu'elles mentionnent. Ces comportements augmentent-ils vraiment ou bien plus de gens font-ils preuve d'une susceptibilité croissante ? Il est bien sûr difficile de trancher, mais au minimum, on peut avancer l'idée d'une rugosité accrue des relations sociales.

Une information intéressante porte sur le profil social de ces victimes de violences : si on ne trouve pas de polarisation claire des violences physiques par catégories socioprofessionnelles, comme le montre la figure 6,

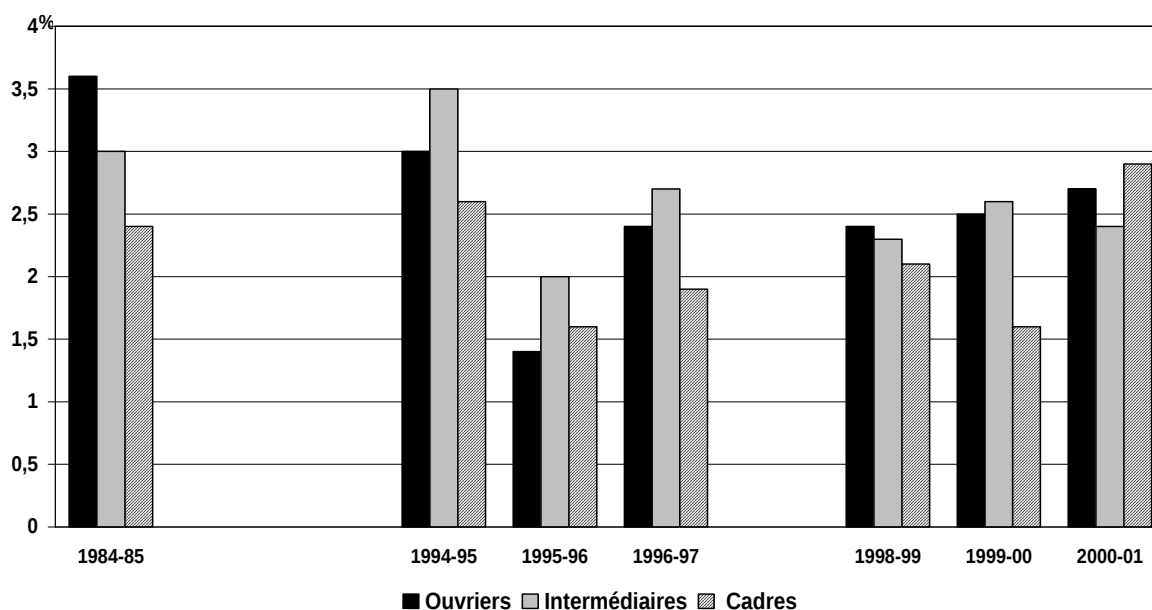


Figure 6 : prévalences des violences physiques selon la catégorie socioprofessionnelle

(enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

En revanche, on est frappé par la part des couches moyennes ou supérieures parmi ceux qui mentionnent des violences verbales, en particulier dans les dernières années de l'enquête.

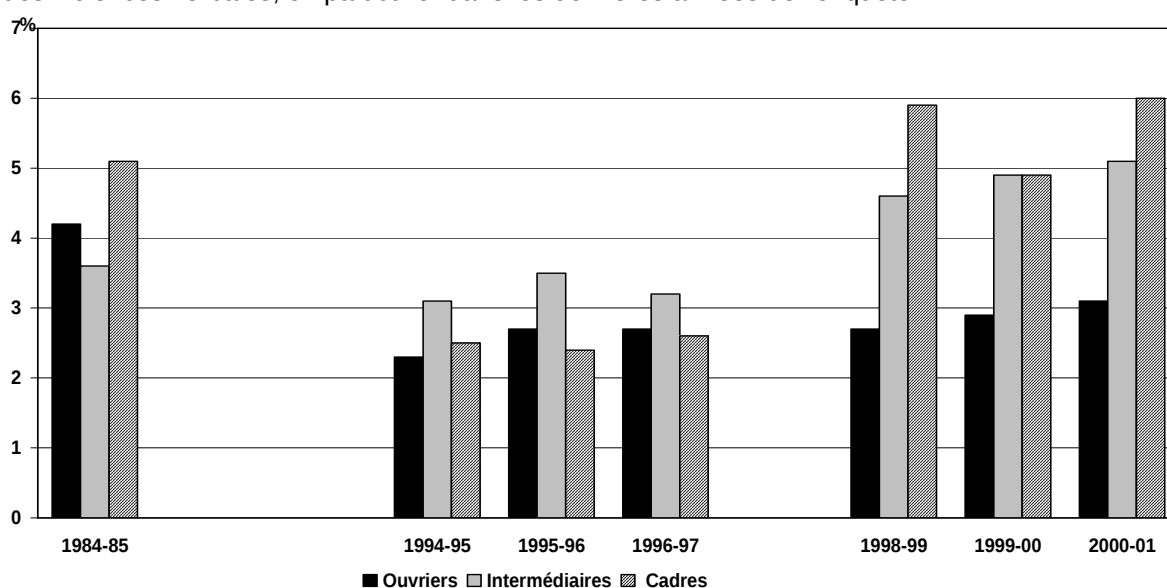


Figure 7 : prévalences des violences verbales selon la catégorie socioprofessionnelle

(enquêtes nationales 1984-2001)

Si on embrasse d'un même regard prévalence et incidence des violences physiques caractérisées, voici ce qu'on observe :

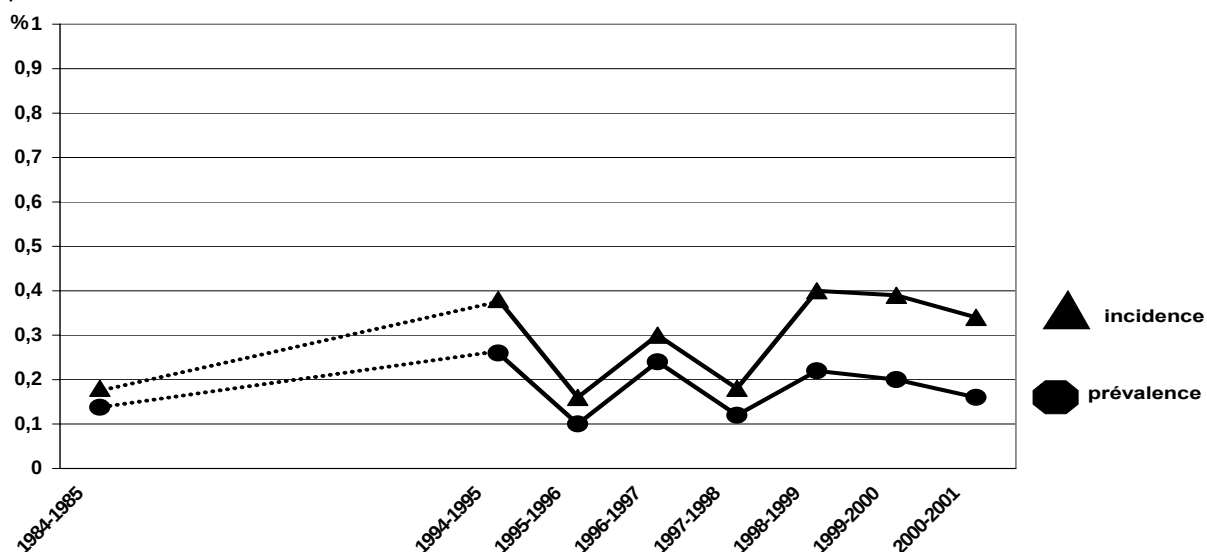


Figure 8 : incidence et prévalence des violences physiques caractérisées

(enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

Jusqu'en 1997-1998, la prévalence, c'est-à-dire le taux de ces victimes dans la population, et l'incidence, c'est-à-dire le taux de ces violences évoluent à peu près en parallèle ; à partir de là, cependant, on assiste à un décrochage : le périmètre des victimes ne s'élargit guère, mais l'incidence, elle change de palier, pour l'essentiel en raison de la réitération de plus en plus fréquente que nous a montré la figure 4 : la multivictimation pour ces violences est passée de 1,33 sur deux ans à 1,52.

LA VIOLENCE EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL ET L'EMPLOI

(EXTRAIT DU RAPPORT DE LA COMMISSION « VIOLENCE, TRAVAIL, EMPLOI, SANTÉ »)

I – La violence comme instrument du pouvoir dans le monde du travail

Tous les chercheurs œuvrant dans les sciences du travail s'accordent sur le constat qu'en France, dans les milieux **ordinaires** du travail, l'usage de la violence, c'est-à-dire le fait de faire travailler quelqu'un contre son gré en usant de la force, est rare. C'est un point qui mérite d'être souligné. La violence *stricto sensu* comme instrument de l'exercice du pouvoir dans l'entreprise et les administrations est exceptionnelle. De ce fait les enquêtes qui annoncent des chiffres de 3,5 à 25 % de victimes de violence dans le travail doivent être interprétées en tenant compte du fait que ce qui est qualifié de violence exclut probablement tout ce qui ressortirait justement à l'exercice de la force sur des personnels, contre leur gré.

La violence comme instrument de l'exercice du pouvoir dans le travail est pratiquement absente en France. Même en prison, les travaux forcés ont été abolis. Ce n'était pas le cas au XIX^{ème} ni au début du XX^{ème} siècle. Ce n'est toujours pas le cas dans de nombreux pays du globe où la violence est couramment utilisée pour contraindre les enfants comme les adultes, à travailler.

Mais affirmer que la violence n'est pas utilisée comme instrument de pouvoir dans le monde du travail ordinaire ne signifie pas que la violence soit absente. Elle se rencontre dans les circonstances suivantes :

- a) La violence du harcèlement sexuel : la violence dans le harcèlement sexuel se retrouve dans de nombreux lieux de travail en France. Le harcèlement sexuel, toutefois, ne recourt pas constamment à la force. Il peut se limiter à des formes verbales d'insultes, d'insinuations, de grossièretés, de mépris, etc... L'usage de la force sur le corps des femmes est une pratique non exceptionnelle (voir le rapport de Marie Pezé en annexe), mais pas comme méthode réglée d'exercice du pouvoir dans l'entreprise. C'est plutôt l'exercice du pouvoir qui sert de moyen (de prétexte ou de couverture) au harcèlement sexuel. L'enquête publiée par E. Brown, D. Fougeyrollas-Schwebel, M. Jaspard, (2002), donne une description circonstanciée des facteurs favorisant l'emploi de la violence.
- b) La violence s'observe entre collègues dans les milieux professionnels fortement structurés par les références à la virilité. C'est le cas dans le bâtiment et les travaux publics et, d'une façon plus générale, dans les situations où le travail expose à des risques importants pour l'intégrité physique des travailleurs. On retrouve également l'exercice de violences contre de jeunes ouvriers ou employés pendant la période d'apprentissage. La violence alors est en général exercée par les anciens contre les jeunes. Les pratiques de bizutages violents doivent en être rapprochées. Elles persistent dans certains milieux professionnels, en particulier dans l'Armée, mais aussi dans certaines écoles d'ingénieurs et de techniciens. L'Armée, toutefois ne constitue pas un " milieu ordinaire de travail " et c'est l'un des lieux où la violence est parfois utilisée comme instrument de pouvoir par les supérieurs hiérarchiques.
- c) La violence est aussi utilisée comme instrument d'exercice du pouvoir dans les milieux non-ordinaires de travail que sont :
 - Le travail sexuel dans certains secteurs de la prostitution ;
 - Le travail clandestin qui est certainement le lieu d'exercice le plus fréquent de la violence. Celle-ci repose sur la contrainte par corps dans la mesure où nombre de travailleurs clandestins ne disposent pas de la liberté de déplacement et de circulation, et ne peuvent pas recourir à la justice de droit

commun pour être protégés de toutes sortes de sévices y compris corporels (on retrouve de telles situations dans la restauration et l'hôtellerie, dans les emplois à domicile, dans la confection, dans le bâtiment et les travaux publics) ;

- La sous-traitance, en particulier la sous-traitance en cascade où, en fin de ligne, on retrouve le travail clandestin. Mais la sous-traitance est aussi le moyen de fournir des travailleurs pour les tâches dangereuses qui exposent soit à des accidents du travail, soit à des intoxications et des maladies professionnelles. Ainsi, même dans les entreprises à statut légal, la précarité de l'emploi est une condition qui est exploitée pour contraindre des salariés à s'exposer à des situations qui portent atteinte à leur corps. Les cas les plus fréquemment rapportés concernent les travailleurs immigrés ayant un statut de travailleur précaire qui sont exposés, **à leur insu**, à des tâches dont l'organisation contrevient au règlement de sécurité et au droit du travail. On trouve ici ce qui a justifié au chapitre de la définition de la violence, l'adjonction d'une formulation en complément de la définition principale de la violence : "faire violence c'est aussi agir délibérément sur quelqu'un ou le faire agir de sorte qu'il prenne, à son insu, des risques pour sa vie ou celle des autres". Lorsqu'il s'agit d'exposition à des produits toxiques ou à des radiations ionisantes, il arrive que les victimes ignorent une fois leur tâche achevée, qu'ils sont désormais porteurs d'une maladie évolutive parfois létale (ASMT - 1994).

Ces faits existent bel et bien en France et dans d'autres pays d'Europe (Walraff G. - 1985). L'identification des situations types, l'importance quantitative de ces délits est impossible à évaluer. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'aucune action préventive ne puisse être organisée. Les branches et les secteurs d'activité où sévissent la sous-traitance en cascade et en bout de ligne au travail clandestin, sont connus (confection, entreprises de ménage et de nettoyage, restauration, hôtellerie, BTP, maintenance industrielle, travail sexuel, etc...).

Le travail clandestin est un terrain favorable à l'exercice de la violence et à ce titre il mérite des investigations spécifiques.

Mais il a aussi des conséquences sur le travail ordinaire, dans la mesure où il permet d'exercer sur les autres salariés en situation régulière, mais en contrat précaire, des pressions sur l'intensité et la durée de leur travail.

De surcroît on ne sait pas quelle est l'incidence du travail clandestin sur l'économie du travail dans son ensemble et sur les coûts des biens et services offerts à la population. Mais il est probable que son impact sur la baisse de certains prix n'est pas négligeable.

Des recherches dans le champ du travail clandestin mériteraient un **soutien spécifique** en vue d'investiguer la violence dans ces secteurs d'activité. Elles sont en effet particulièrement difficiles à mener en raison des obstacles rencontrés pour pouvoir pénétrer sur ces terrains. Mais elles ne sont pas impossibles. Des travaux importants sur le travail clandestin et sexuel ont été accomplis en France par le centre Cabiria (Françoise Guillemaut, 2002), par le laboratoire Simone-Sagesse de l'Université Toulouse Le Mirail (Welzer-Lang, Lilian Mathieu, Saloua Chaker), sur le travail dans les espaces intermédiaires (Roulleau-Berger - 1991).

Soutenir ces recherches passe par la formation de jeunes chercheurs auxquels ils conviendrait d'accorder un statut particulier avec des délais plus importants que les autres doctorants pour réaliser leur recherche. Un système de bourse de formation à la recherche sur les différentes formes du travail clandestin en France, piloté par un comité scientifique *ad hoc* serait vraisemblablement efficace, si l'on en juge par d'autres actions similaires menées autrefois pour structurer la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (action RESACT-DGRST).

II – La violence sociale et ses incidences sur les activités de service

Si les premières victimes à avoir, en France, bénéficié de la reconnaissance des conséquences psychopathologiques de la violence au titre de maladie professionnelle sont les salariés du système bancaire (victimes d'agression lors des hold-up), la liste des professions exposées ne cesse de croître : les personnels soignant des hôpitaux et des services d'urgence, les policiers, les travailleurs sociaux, les agents de transport en commun en relation avec les usagers, les personnels des plateaux clientèle des grandes entreprises, les personnels au contact du public à l'ANPE, à la sécurité sociale, aux allocations familiales, au trésor public, les enseignants des collèges dans les zones urbaines touchées par un fort taux de chômage, les caissières des supermarchés, les transporteurs de fonds, les chauffeurs de taxi, les serveurs de bar et agents de restauration, les agents de débit de carburants, les agents de la poste, les pharmaciens et les médecins dans les zones péri-urbaines, etc...

A. Incidences du chômage sur la violence des adolescents et des jeunes gens

Au vu des enquêtes sociologiques aussi bien qu'épidémiologiques, il apparaît que les violences commises par les usagers, les clients ou les collégiens, s'observent surtout dans les zones frappées par une forte incidence du chômage et de la pauvreté. Le vandalisme des jeunes en bandes se retourne contre les objets et les biens qui symbolisent les modes de vie et de consommation des catégories sociales traditionnelles d'ouvriers et d'employés. Ces catégories sont aussi celles qui sont le plus touchées par le chômage.

Les conséquences néfastes du chômage sur la santé n'affectent pas que les salariés licenciés eux-mêmes. Le sort qui leur est fait, la spirale psychopathologique dans laquelle ils sont souvent emportés, ont sur le **développement psychologique des enfants** des conséquences lourdes. Le mépris social dont les parents sont victimes ruine aux yeux des enfants, tout le sens des efforts consentis par les parents pour travailler, gagner leur vie et pourvoir aux besoins de la famille. Au-delà, c'est tout l'éthos ouvrier qui s'effondre avec ses références normatives à l'endurance. Dans la génération des enfants, nombreux sont ceux qui se retournent contre celle des parents, contre les valeurs qui étaient celles de leur milieu et prennent en horreur tout ce qui représente ou symbolise le mode de vie et l'éthos ouvriers. Le vandalisme se concentre sur les mobylettes, les voitures, les cabines téléphoniques, les cages d'escaliers, les ascenseurs, les pancartes d'arrêt de bus et de train de banlieues, les affichages municipaux, etc...

La violence des jeunes gens est favorisée par le chômage dont ils sont victimes directement, mais dont ils subissent aussi les conséquences par le truchement du chômage des parents et des adultes. D'ores et déjà, de nombreux adolescents et jeunes gens dont les parents n'ont jamais connu d'emploi stable, se sont organisés mentalement et socialement pour pouvoir endurer cette condition, de telle façon que s'est formée, avec eux, une culture dépourvue de référence aux valeurs du travail et rétive à toute allusion au travail comme médiateur d'accomplissement de soi ou d'émancipation. Faute de pouvoir raisonnablement espérer trouver le chemin de l'emploi, ils ont plutôt forgé des stratégies collectives de défense, voire des idéologies défensives, qui impliquent diverses formes de dérision du travail, des risques du travail, de l'emploi et du salariat (Dunezat X. - 2001).

Pour les enfants de ces adultes coupés du monde du travail, la construction de la santé mentale passe par la recherche d'autres formes de reconnaissance, alternatives à la reconnaissance du travail.

Il existe dans la "ville-intervalle" des pratiques très diversifiées. Certaines s'organisent autour de la production artistique, en particulier de la musique et de la danse. Bien que contraintes à une condition de marginalité, ces productions individuelles et collectives passent par des formes parfois très exigeantes d'organisation du travail. Un certain nombre de groupes et d'individus parviennent par cette voie à rejoindre le monde ordinaire de la production et l'économie formelle du marché (C. Nicole-Drancourt C., Roulleau-Berger L. - 1995).

D'autres pratiques sociales se constituent qui reposent sur le refus manifeste et ostentatoire de tout travail organisé. Du larcin au coup par coup à l'intégration dans le trafic de stupéfiants, le racket organisé, le

banditisme et le proxénétisme, ces pratiques entretiennent avec la violence des rapports étroits. En général les collectifs en cause sont structurés par des règles et des valeurs opposées à celles du travail, exaltant la possession d'argent rapidement gagné, avec si nécessaire **recours à la force et la violence** en lieu et place du travail, et accordant une valeur cardinale à la virilité et aux signes extérieurs de la virilité (Rabinovitch G. -2001).

Le non-travail et la virilité comme valeurs, utilisent la force et la violence comme instrument de pouvoir sur les victimes, mais aussi sur les membres de la "bande", du "réseau", du "clan" ou de la "famille" (Bourgeois P, 2001)

Le chômage de longue durée, le chômage primaire prolongé et l'exclusion complète hors du monde du travail sont certainement ce qui, dans l'évolution des rapports sociaux dans la cité, est la principale source d'où émergent les usages variés de la violence. Et la pérennité de ces usages contribue certainement à former des cultures de la marginalité qui servent à un certain nombre de jeunes gens non seulement de référence, mais de **modèle** et de base à "l'imitation prestigieuse" (pour reprendre le terme de Marcel Mauss).

B. Les cibles de la violence sociale

1. Les mouvances d'extrême droite

Dans les dernières décennies, pendant lesquelles les conduites violentes se sont développées comme conséquence de l'impossibilité d'accéder à l'emploi, on a assisté en France comme dans les autres pays d'Europe à la formation de groupements qui se donneraient pour vocation de récupérer, de coordonner et d'utiliser cette violence à des fins politiques. Cette "issue" organisée de la "haine" et sa transformation en violence politisée, sont le fait de certains milieux d'extrême droite qui prônent la violence collective comme moyen d'action dirigée contre certaines cibles : les clochards, les Gitans, les Juifs, les Arabes...

La renaissance itérative de ces groupes après leur dissolution ou leur interdiction est indissociable de la formation des masses de chômeurs, en particulier chez les jeunes, qui résulte des politiques en matière d'organisation du travail et de gestion de l'emploi.

2. La violence non-"organisée"

Une de ses formes a été évoquée à propos du vandalisme dans les zones péri-urbaines. La cible dans ce cas est constituée par les signes extérieurs symbolisant la condition ouvrière traditionnelle.

Cette violence, à laquelle on assiste le plus couramment de la part des jeunes gens exclus de l'emploi et du travail, n'est pas organisée méthodiquement. Ce qui ne veut pas dire qu'elle ne soit pas ritualisée. Les rituels collectifs de violence dans la jeunesse marginalisée sont mal connus et mériteraient des investigations scientifiques approfondies.

Parmi les rituels connus, certains sont très répandus. Ils sont alimentés par la haine qui répond au sentiment d'injustice et au mépris social dont les jeunes gens sont victimes. Il s'agit d'épreuves collectivement organisées de provocation vis-à-vis de la société ordinaire. Elles visent essentiellement les **services publics** et la **grande distribution**. Refus de payer les titres de transport par exemple, vols dans les magasins, affrontements verbaux sur les thèmes inlassablement repris de l'inégalité, de l'« antijeunisme », du racisme, de la discrimination, de l'injustice sociale. Ces affrontements verbaux peuvent à leur tour être le point de départ de rituels de résistance violente, à mains nues ou avec armes, contre les représentants de l'ordre. Sont tenus pour tels, en vertu d'un amalgame issu de "la haine", non seulement les forces de police,

les sociétés de gardiennage et les polices privées spécialisées, ce qui est logique, mais aussi, ce qui l'est moins, le caissier du métro, le conducteur de bus ou de car, le contrôleur de titres de transport, l'enseignant du collège, la caissière du supermarché, l'infirmière des urgences, l'agent de la poste, etc...

L'affrontement collectif est convoqué comme rituel de formation. Il constitue ainsi la voie habituelle pour s'approprier individuellement les savoir-faire dans l'usage ordinaire et quotidien de la fraude, du vol et de la force, et accéder ainsi à une certaine autonomie dans la sphère de la consommation. Il est important dans une perspective de connaissance mais aussi d'action, de remarquer que ces rituels sont mis en œuvre par des jeunes gens dès la phase de la pré-adolescence, en France, plus tôt encore dans d'autres pays. Ils prennent de ce fait aussi pour cibles les enseignants et les adultes intervenants dans les collèges et les services associés (par exemple les agents des transports collectifs routiers face auxquels les jeunes gens se retrouvent en nombre et en force).

3. La violence dans les collèges

Sous cet éclairage, on comprend mieux pourquoi les écoles et les collèges sont devenus un lieu d'affrontement privilégié. De fait les enseignants ont toujours dans leur fonction une part qui revient à l'exercice de la discipline. Ils sont donc tout naturellement les premières cibles des idéologies défensives dirigées contre les formes ordinaires de l'ordre social. Mais de surcroît l'enseignement ne tient son sens que de la promesse qu'il porte de donner non seulement accès à la connaissance mais aussi et surtout à l'emploi. Par rapport aux stratégies de défense des jeunes gens contre la souffrance liée au non-emploi chronique, les contenus d'enseignements et surtout ce qu'ils impliquent comme efforts et comme contraintes pour les élèves, symbolisent inévitablement tout ce qui est rejeté de la condition ouvrière ou de la condition d'employé. L'attaque ne porte pas que contre les enseignants mais contre l'apprentissage, l'effort, contre les contenus d'enseignements eux-mêmes, qui n'ont de sens que par rapport à la possibilité d'une intégration dans l'emploi et dans la société.

La violence dans les collèges prend son point de départ chez les enfants des parents privés chroniquement de travail. Mais elle désorganise l'ensemble du dispositif scolaire qui, en cherchant à s'adapter aux nouveaux objectifs que constitue la lutte préventive contre la violence (animation plus qu'enseignement), polarise l'ensemble des élèves sur la discipline, l'ordre, l'autorité, les formes extérieures du savoir-vivre et du respect.

La violence des jeunes gens appartenant aux couches sociales fortement atteintes par le chômage chronique, ne s'exerce pas seulement contre les adultes. C'est un point important : elle s'exerce aussi contre les autres élèves, ceux-là qui, en participant aux règles de fonctionnement de l'institution scolaire, remettent en cause sans le savoir la cohérence des stratégies collectives de défense des premiers. Les efforts des élèves qui jouent le jeu de l'école, symbolisent inévitablement le mode de vie et les valeurs de la condition salariale, tout comme les efforts des enseignants ou des personnels de services. Ils sont donc attaqués avec violence voire avec cruauté. De sorte que finalement tous les élèves sont pris dans la dynamique générée par l'usage de la violence.

On ne voit pas bien comment le surinvestissement par l'institution scolaire de l'autorité et de la discipline pourrait contrebalancer les forces qui poussent les jeunes gens à la violence. **Car l'origine de la violence n'est pas dans le manque d'autorité des adultes ni dans le laxisme éducatif.** Elle est, en la circonstance, dans le non-emploi des parents de ces jeunes gens qui participent à ces stratégies collectives de défense.

Faute de connaissance sur les enchaînements entre la perte de reconnaissance des parents *via* le travail et la violence de ces jeunes gens, le risque pour le clinicien est de rapporter ces conduites au manque d'autorité des parents. C'est loin d'être toujours le cas. Ce qui mobilise les jeunes générations d'enfants de chômeurs n'est pas toujours le laxisme des parents, il s'en faut de beaucoup. C'est le prestige du travail et

de l'effort qu'il implique, la promesse de bonheur ou au moins d'émancipation par le travail, que la génération des parents ne parvient plus à soutenir, ce qui est tout autre chose qu'un supposé laxisme éducatif.

Les attaques verbales et physiques parfois, contre les personnels qui n'ont pas de fonction de police à proprement parler, posent des problèmes d'intelligibilité. Pourquoi s'attaquent-ils à ces petits personnels qui ne sont pas les responsables ni ceux qui tirent les profits des entreprises mais plutôt ceux sur le travail desquels se font les bénéfices qui reviennent à d'autres (aux actionnaires par exemple) et qui, à cet égard, sont plutôt du côté des exploités ?

Il y a à cela plusieurs raisons :

- Ces personnels de service sont des cibles faciles et disposent de peu de moyens de défense. Il est donc relativement aisé pour un adolescent ou un jeune adulte de faire sur eux la preuve de son courage, de sa force, de sa virilité et de son prestige dans l'arène dramaturgique de la marginalité ;

- Ces personnels, quand bien même ils seraient exploités, exercent, de fait, des fonctions de maintien de l'ordre. Distincts des forces de l'ordre, ils contribuent tout de même à faire fonctionner un ordre qui, même lorsqu'il s'agit du service public soucieux d'égalité de traitement de tous les publics, usagers ou clients, est de fait organisé pour le plus grand nombre. Or, de ce plus grand nombre précisément, les jeunes marginalisés ne font pas partie. La rencontre quotidienne avec le service public réactive constamment le sentiment d'injustice de ceux dont les familles n'ont pas les moyens matériels suffisants pour leur assurer la jouissance de ces services. Les agents des services publics sont pour cette raison, à la fois les plus proches de ces jeunes gens dans la société et ceux qui incarnent, auprès d'eux, la réalité de l'injustice sociale, fût-ce à leur insu ;

- Ces "petits personnels" sont particulièrement représentatifs d'une culture et d'un système de valeurs qui ont succédé à la culture ouvrière traditionnelle et, à ce titre, ils sont tout particulièrement visés par la haine, le ressentiment et la révolte contre le mode de vie qui était déjà et demeure la cible du vandalisme.

Les couches sociales marginalisées de l'emploi sont au contact direct des petits personnels, non seulement dans le fonctionnement ou l'usage des activités de service (publiques et privées) mais par l'espace urbain d'habitation où ils se côtoient.

C. Réactions à la violence

1. Les réactions chez les personnels visés par la violence :

Le résultat de cet usage banalisé de la violence des jeunes gens privés d'emploi contre ceux qui s'efforcent, par le travail, de conserver une place et un rôle dans la société, génère chez ces derniers trois types de réactions :

- La peur de l'agression, y compris de l'agression verbale parce qu'il n'est pas possible de prévoir si l'agression va en rester au registre de la parole ou si elle va dégénérer en violence physique. De sorte que les agressions verbales sont très souvent perçues comme une menace de violence ;
- L'ambivalence : un certain nombre d'agents des activités de service se sentent assez proches des jeunes gens privés d'emploi, parce que nombre d'entre eux ont connu ou connaissent encore la précarité de l'emploi, parce qu'ils subissent aussi l'humiliation, l'injustice, la non-reconnaissance et le mépris, parfois, dans l'exercice même de leur activité professionnelle, de la part de la hiérarchie ou de la direction de l'entreprise. On ne peut parler en cette occasion de solidarité, mais seulement d'indulgence à l'égard de jeunes dont la situation est jugée très difficile et peu enviable ;

- La haine et le raidissement idéologique : certains employés de ces activités de service, ceux qui précisément sont les plus attachés aux valeurs de la culture du travail, tolèrent mal ces attaques dont ils sont la cible et nourrissent des sentiments d'hostilité contre ces conduites qui, au-delà des désagréments directement infligés par les injures, les provocations et la violence, sont effectivement reçues pour ce qu'elles sont ; à savoir : une attaque voire une rébellion des jeunes gens contre la condition d'employé, que, de leur côté, ils ont choisie ou acceptée et que les jeunes gens rejettent.

Parmi ceux qui ont peur et ceux qui éprouvent du ressentiment, il y a presque toujours un ferment de radicalisation idéologique. Se sentant insuffisamment ou pas protégés, ils rêvent d'un système répressif et punitif intransigeant, supposé capable d'enrayer les provocations et la violence.

Le raidissement idéologique prend en général la forme d'un système radicalisé et rationalisé centré par un **credo sécuritaire**.

Victimes de la violence et de la peur, ils le sont indubitablement. C'est ce qui favorise leur adhésion à des projets d'organisation d'auto-défense. C'est ainsi que les salariés d'une ligne d'autobus de la région parisienne, à la suite de violences subies par un agent de conduite, ont tous, en masse, abandonné leur syndicat respectif pour rejoindre une organisation proche d'un parti d'extrême-droite.

Ce risque de dérive qui conduit à gonfler les effectifs de l'électorat d'extrême-droite est patent. Il a l'inconvénient de contribuer à la stigmatisation des auteurs de troubles et à occulter que ces comportements de provocation et d'agression sont le résultat de la souffrance de ceux qui sont privés du droit d'accès à l'emploi. Il a, de surcroît, l'inconvénient de générer à son tour de nouvelles tendances à la violence en réaction à la violence subie.

Force est de reconnaître que les personnels des services publics et privés au contact de la clientèle sont en état de souffrance.

La haine contre les agresseurs est une réaction **défensive individuelle** contre la peur.

L'idéologie d'auto-défense et l'idéologie sécuritaire s'inscrivent, quant à elles, à l'intérieur de **stratégies collectives de défense** contre la souffrance et la peur.

Comme toutes les stratégies de défense, elles obscurcissent la possibilité de penser ce qui, dans la difficulté de leur travail, ressortit à l'organisation du travail et à la gestion.

Lorsque le risque d'agression est présent dans le travail ordinaire de ces personnels, il devient, de fait, partie intégrante de la tâche. Ces personnels sont alors contraints de chercher et d'inventer des savoir-faire nouveaux permettant de désamorcer autant que faire se peut les provocations et la violence des usagers. À ce niveau existe, il faut bien le reconnaître, une grande confusion dans les directions d'entreprises et de services.

2. Les réactions de l'encadrement

Pour l'encadrement, la violence des usagers constitue aussi une difficulté pratique de taille. Comment concevoir des réponses adaptées à la violence ? Comment les formaliser ? Comment les transmettre ? À l'aide de quels types de formations ?

À ces questions, nombre de directions d'entreprise n'ont pas de réponse cohérente, et l'encadrement se trouve, tout comme les employés, face à une impasse. Si l'on veut reprendre cette question de façon plus technique, on dira que **la violence des usagers** constitue une des formes majeures, actuellement, du **réel du travail**, dans les activités de service. Le réel, c'est-à-dire ce qui se fait connaître à ceux qui travaillent (employés ou cadres) par sa résistance à la maîtrise. La violence apparaît comme une source incidentelle qui vient troubler ou désorganiser la conception des tâches de service et nuit à leur efficacité.

L'échec consubstantiel à l'expérience du réel est un vécu affectif pénible. À cette souffrance les **personnels d'encadrement** de certaines entreprises, réagissent en construisant à leur tour des stratégies collectives de défense qui leur permettent d'opposer un déni ou un désaveu collectif aux difficultés occasionnées dans le travail de leurs subordonnés par la violence des usagers. Ils sont alors partisans de dédramatiser la gravité et l'importance quantitative de la violence et ils rejettent la responsabilité des incidents sur l'incompétence des employés.

Dans le sillage de cette stratégie de défense, on retrouve souvent une psychologie spontanée péjorative de l'encadrement. Elle consiste en ceci que la violence ne relèverait pas du réel (c'est-à-dire de ce qui résiste à la maîtrise) du travail, mais d'une forme d'incompétence professionnelle qui trouverait son origine dans les défauts psychologiques des employés : "timoré", "châtré", angoissé, instable psychologique, impressionnable, mal assuré, "suggestionnable" etc... Les cadres qui donnent dans la psychologie spontanée péjorative se tournent généralement vers deux types de réponses :

- La sélection psychologique à l'embauche : écarter tous les sujets "émotifs" ne possédant pas suffisamment de self control. Et ce qui va avec, écarter ou licencier parmi les salariés ceux dont les personnalités seraient trop fragiles ;
- Mettre en place des formations à la gestion du stress, ce dernier étant considéré comme ce qui, venant des employés, entretient ou déclenche la violence des usagers.

Face à ces stratégies de défense des cadres, les employés qui, eux, ont directement à faire avec la provocation et la violence, voient non reconnues et les difficultés concrètes (le réel), et leur souffrance (la peur), et leurs efforts parfois très importants pour ne pas se plaindre, pour persister à tenir leur poste et pour chercher des astuces susceptibles de conjurer la violence (l'intelligence et le zèle au travail).

Stratégies de défense de l'encadrement contre stratégies de défense des employés, on est dans une configuration connue sous le nom de "pathologie de la communication" qui se rencontre aussi dans d'autres situations de travail, y compris industrielles (Dejours C. - 1992).

Le résultat c'est le risque, du côté des employés, d'une radicalisation des stratégies de défense en idéologies défensives de métier dont l'idéologie de l'auto-défense et l'idéologie sécuritaire sont les formes concrètes les plus fréquemment rencontrées.

D. Responsabilité de l'organisation du travail dans l'aggravation de la violence des usagers

Dans d'autres entreprises, l'encadrement et la direction s'efforcent de réfléchir à ce qu'implique, dans une activité de service, d'avoir à faire avec la violence des usagers. L'enjeu est ici d'une extrême importance et il est indispensable d'entrer quelque peu dans le détail.

De plus en plus nombreuses sont les demandes de formation formulées par les entreprises, les administrations, les services publics et privés, pour apprendre aux employés les conduites à tenir pour prévenir et désamorcer la violence des usagers. C'est en règle mettre la charrue avant les bœufs, car pour former les salariés, il faudrait qu'on possède au préalable, sur cette question, des savoir-faire formalisés. Ce qui n'est pas le cas. Résultat : de nombreuses officines proposent leurs services et leurs formations. Les sessions ainsi organisées servent, au mieux, d'alibi aux directions mais ne résolvent pas le problème et risquent plutôt de l'aggraver par la déception des employés qui est proportionnelle à l'authenticité de leurs attentes.

D'autres directions acceptent d'ouvrir l'entreprise à l'investigation, aux études, aux recherches et aux expérimentations en matière de prévention des conséquences psychologiques de la violence des usagers.

Ce faisant elles prennent le risque d'ouvrir la boîte de Pandore dans la mesure où c'est l'occasion pour les employés d'exprimer leurs plaintes, sans qu'existent de solutions adaptées pour autant.

C'est pourtant à ce prix que certains résultats peuvent être obtenus qui ont un réel intérêt théorique et pratique. Se trouve en effet alors posée la question de l'analyse de l'activité de travail dans la prestation de service, ce qui permet de remonter jusqu'à l'organisation du travail elle-même.

On découvre souvent des incohérences dans l'organisation du travail qui jouent parfois un rôle important dans la genèse des violences des usagers. Par exemple, pour des raisons d'économie, on procède à des réductions d'effectifs dans un service public et on remplace les employés par des machines ou des distributeurs automatiques. C'est ignorer que ce faisant on demande aux usagers d'assumer des tâches d'auto-contrôle d'une part, de faire fonctionner des quantités de savoir-faire techniques pour pouvoir user des automates, d'autre part, de disposer enfin de moyens de paiement spéciaux, en particulier ceux qui évitent le recours à la monnaie. De ce fait on rend l'accès aux services encore plus sélectif, encore plus discriminatif et encore plus difficile aux usagers défavorisés. Dans de nombreux cas, les jeunes gens sans emploi ne peuvent user de cartes de crédit et ils se trouvent rejetés du système. Ce sont précisément ceux-là mêmes qui commettent provocations et violences. Ce type de choix organisationnel est donc un contresens. Les usagers les plus virulents s'en prennent aux distributeurs automatiques et, dans la logique du vandalisme dont il a été question précédemment, ces derniers sont souvent mis hors d'usage, ce qui finit par irriter même les usagers qui jusque-là restaient plutôt placides.

Le résultat de cette réduction d'effectif, c'est qu'il faut remplacer les employés chargés de l'accueil, de la distribution des billets, du contrôle, facilement identifiables par leur uniforme, par des vigiles ou par la police. Le bilan est contre productif vis-à-vis de la violence.

Autre exemple : les personnels au sol dans les aéroports sont dans certains sites fréquemment victimes d'agressions verbales et bientôt de violences physiques de la part des clients. L'analyse de l'organisation du travail montre que ces violences surviennent toujours en phase de surcharge de travail du personnel au sol. En remontant dans l'organisation du travail, on constate que la planification des vols avec le dispositif de HUB, crée des encombrements invraisemblables à certaines heures sur l'aéroport. De ce fait, certains clients manquent leurs correspondances. D'autres ne parviennent pas à embarquer alors que leur billet a été payé et leur place réservée. Dans le même temps, on accroît les offres publicitaires et les garanties de qualité de service qui, de fait, ne peuvent pas être tenues par les agents au sol. Enfin on pratique le "surbooking", de sorte que, de toute façon, on sait qu'il y aura des voyageurs non seulement lésés, mais victimes effectives de non-respect des engagements de l'entreprise. Que les clients en viennent à agresser les personnels au sol est une conséquence logique des choix en matière d'organisation du travail. (Flottes A., Rebeyrat JF. - 2001)

On retrouve dans quantité d'entreprises de service des incohérences organisationnelles de ce genre. Dans les agences de placement, à la sécurité sociale, aux allocations familiales, dans les hôpitaux, à la poste, à EDF-GDF, dans la maintenance de l'électro-ménager, etc...

Un exemple très circonstancié est donné par Lise Gagnard dans sa contribution qui figure en annexe où elle montre comment les critères racistes dans la sélection des candidats à l'emploi et à la formation, retentissent, via l'organisation du travail à l'ANPE, sur le déclenchement de la violence.

De ce chapitre difficile sur les violences dont sont victimes les personnels dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles, nous retiendrons surtout deux éléments :

a) - si l'on veut éviter les dérives sécuritaires ou sécuritaristes de la société civile parce que précisément la violence fait partie de son instrumentation politique, alors il faut tenir compte de ce que nous enseigne la clinique de la violence dans le travail et dans l'emploi. Tenir compte de cet enseignement :

- C'est d'abord reconnaître la centralité de l'emploi et du non-emploi dans la genèse de la violence sociale et de l'insécurité ;

- C'est ensuite reconnaître la souffrance qui précède et génère la violence. Cette souffrance est d'abord celle des populations qui n'ont pas l'espoir d'accéder à des emplois dignes de ce nom. Mais c'est aussi celle des personnels des entreprises de service qui sont les premières victimes de ces violences ;
- C'est enfin reconnaître que des deux côtés, si la violence se développe, c'est toujours dans la logique de stratégies de défense contre la souffrance.

b) Si l'on veut éviter les dérives sécuritaires il faut, pour qu'une action soit rationnelle, qu'elle soit orientée vers le traitement **étiologique** des rapports entre emploi-travail, violence et santé, et non vers le traitement symptomatique de la violence, par la répression :

- Si l'on veut agir rationnellement en faveur de la limitation, voire de la prévention, de la violence des usagers, il faut accepter de procéder à une analyse critique de l'organisation du travail dans les services. On sait que dans nos sociétés, le gisement principal d'emplois se situe précisément dans les activités de service. Mais compte tenu de l'évolution du spectre social des populations visées par ces services, compte tenu de l'évolution de la société tout entière sous l'effet de la transformation en profondeur de la répartition des emplois entre secteurs d'activités, compte tenu des mutations des méthodes d'organisation du travail et de gestion, il est nécessaire, en retour, de revoir la conception même et la théorie de la relation de service dans ce nouveau contexte. Cela suppose un investissement massif de recherche-action dans le domaine des activités de service, non pas sur la question de leur rentabilité, mais sur la question de leur **conception**. Faute de quoi, les activités de service elles-mêmes risquent de contribuer à **aggraver les tensions sociales** et la violence avec en fin de compte une aggravation des conséquences de la violence sur la santé des personnels employés dans les activités de service.

III – La violence comme conséquence des rapports de travail

Nous nous écartons ici un peu de la question de l'**emploi** pour revenir à celle du **travail**.

Nous avons précisé au début de la deuxième partie que sauf dans le travail clandestin, la violence ne fait pas partie de l'arsenal d'**exercice du pouvoir** dans le travail **ordinaire**. La violence pourtant est effectivement présente dans le monde du travail ordinaire. Toutefois elle ne se présente pas comme un **instrument** du pouvoir dans l'entreprise, mais plutôt comme une **conséquence** possible des rapports sociaux de travail et de la domination. En d'autres termes, le pouvoir exercé **sans violence** peut pourtant **générer la violence** chez les sujets qui sont soumis à ce pouvoir. On parlera alors de la violence comme **conséquence des rapports sociaux de travail**.

Du point de vue théorique il est important de donner ici une précision. Qu'un pouvoir ou une conduite quelconque provoque ou déclenche la violence chez l'autre n'implique nullement que ce pouvoir ou cette conduite soient eux-mêmes violents.

Pour illustrer cette remarque, nous pouvons nous appuyer sur un exemple banal. Deux hommes boivent au comptoir d'un bar. La conversation devient aigre entre les deux hommes. L'un d'eux jette à l'autre l'énoncé suivant : "Fils de pute". L'autre explose de colère et avec un couteau blesse sérieusement le premier. L'agressivité du premier ne peut en aucun cas être qualifiée de violence. Il n'y est pas question d'agir sur l'autre ou de faire agir l'autre contre son gré par la force. Il n'y a pas même de menace de le faire. Le premier des protagonistes a seulement proféré une **injure**. Le second en revanche use de la force, des coups et d'une arme. La violence est indiscutablement de son fait. Que l'injure soit le prétexte de la réaction violente ne permet pas de la qualifier de violente. Que l'injure ait été ressentie ou vécue comme une violence, c'est fort possible. Mais il est nécessaire ici de tenir compte de l'écart entre violence et vécu subjectif de violence. Car il est aussi des paroles proférées par un sujet qui déclenchent la violence de l'autre, sans que le premier ait même eu la moindre intention d'agresser le premier. À l'inverse, si l'un des protagonistes connaît les

points de vulnérabilité psycho-affective de l'autre, il peut décider de s'en servir pour atteindre agressivement l'autre. Il n'empêche qu'il n'a pas commis pour autant de violence. Si l'autre réagit par la colère, ou froidement, à distance, par une vengeance mûrement réfléchie, c'est bien lui qui est l'agent de la violence, pas le premier. En situation de travail ordinaire existe aussi toute une gamme de modalités d'exercice du pouvoir *via* l'organisation du travail et le management qui aboutissent à la violence, comme "conséquence" d'un échange inégal.

A. La violence "coutumière"

Nous reprenons ici le terme introduit par B. Jolivet.

Avant d'examiner la violence comme conséquence, on s'arrêtera sur le problème particulier de la violence banalisée.

Des cas dans lesquels la violence est banalisée, il a déjà été question. Ce sont les situations de travail impliquant des risques importants d'atteinte à l'intégrité corporelle : bâtiment et travaux publics, industrie chimique, armée, etc... où se constituent des stratégies collectives de défense contre la peur. Dans ces milieux de travail, les stratégies collectives de défense impliquent l'ensemble de la collectivité de travail. Elles sont centrées par des références constantes au courage viril et intègrent dans les signes ostentatoires de la virilité, la capacité d'endurer la souffrance, voire la violence, et la capacité d'infliger la souffrance voire la violence à autrui. En raison du caractère collectif de ces stratégies de défense, la violence n'est pas dénoncée, elle est considérée comme banale, sinon normale et de ce fait elle est euphémisée.

Il convient ici de faire une remarque sur la dimension paradoxale de la violence dans ces situations. Les stratégies collectives de défense viriles ont été largement décrites, aussi bien chez les ouvriers que chez les soldats et chez les cadres. Mais ces conduites violentes ont ceci de paradoxal qu'elles s'intègrent dans des stratégies **de défense**. C'est-à-dire qu'elles prennent place dans les stratégies souvent assez sophistiquées qui ont précisément pour vocation, comme toute défense, de contribuer à la **protection** psychique des sujets contre la souffrance engendrée par les contraintes de travail. Et surtout d'outiller ces travailleurs pour qu'ils soient psychiquement en état de continuer à travailler, à affronter les risques du travail et à assumer leurs tâches dans le procès de production. De sorte qu'à la limite on peut, dans ces cas, considérer que la violence est utilisée en faveur de la construction ou de la protection de la santé mentale des travailleurs en cause. Qu'il faille consentir une perte d'intégrité du côté de la santé physique pour gagner en force du côté de la santé mentale et maintenir la pérennité du travail soumis à risque, c'est certain. Il y a même parfois des situations qui tournent au drame. Elles ont été plusieurs fois mentionnées (il s'agit d'épreuves organisées collectivement où chacun doit démontrer aux autres, à tour de rôle, son courage, son endurance, sa bravoure, et son audace. Ces manifestations collectives impliquent parfois de véritables cruautés collectives et engendrent aussi quelquefois des accidents). Lorsqu'elle s'intègre dans des stratégies collectives de défense, la violence ne saurait être combattue ou prévenue de la même façon que dans les cas où elle n'a aucun tropisme protecteur. Nous ne pouvons pas examiner ici les techniques de prévention de ces conduites dangereuses, mais elles ont été étudiées et expérimentées en France dans la prévention des accidents dans le BTP (Cru D. - 1983) et au Brésil, dans la prévention des conduites violentes pathologiques, liées à la consommation d'alcool dans le travail (Karam H. -).

Si ces conduites violentes sont intégrées aux situations de travail dangereuses, au point parfois de devenir une sorte de culture professionnelle (chez les marins pêcheurs et les dockers par exemple (Castellain JP. - 1989 ; Dejours C., Burlot A. - 1985)), elles posent en revanche de sérieux problèmes hors-travail. En effet, la violence dont il est ici question est intégrée à une stratégie défensive. Une stratégie défensive n'est pas une superstructure psychologique contingente. Sa mise en place implique un gauchissement de toute l'économie psychique qui se met en congruence avec ladite stratégie défensive. Ceci, cliniquement, signifie que la violence, au départ convoquée pour faire fonctionner une stratégie de défense contre la peur au travail, se trouve presque inévitablement exportée **en dehors du travail**. Le fonctionnement psychique

acquis pour le travail ne se dépose pas à la sortie de l'atelier ou du chantier avec le bleu de travail ou le casque. L'ouvrier qui donne dans la violence virile est souvent violent jusque dans son espace domestique. Si la stratégie défensive virile implique la consommation de boissons alcoolisées par exemple, le travailleur est aussi alcoolique en dehors de son travail.

Ainsi s'éclaire l'un des problèmes les plus méconnus soulevés par les rapports entre violence, travail et santé. La violence dont usent les travailleurs dans les situations impliquant des risques d'accidents protège psychologiquement ces derniers. Mais cette même violence a des effets désastreux, hors-travail, sur l'espace privé, sur les compagnes, épouses ou conjointes, et sur les enfants. On doit bien conclure dans ces cas, qui sont fréquents, que **la pérennité de la santé mentale** de ceux qui souffrent de situations de travail générant la peur et s'en défendent par la violence virile, est souvent maintenue au prix de **la dégradation de la santé mentale (et parfois physique) des proches, en particulier des enfants**, dont le développement psychique est gravement affecté par la violence parentale.

Aussi convient-il de souligner que dans ces cas, comme dans d'autres bien différents d'ailleurs, les effets délétères des contraintes de travail se traduisent bien davantage par la pathologie de la génération suivante que par celle des adultes qui maintiennent à un prix psychique fort, leur "force de travail". Cette situation peut légitimement être rapprochée de celle qui a été évoquée à propos des travailleurs victimes de licenciements dont il a été question plus haut. C'est la génération des enfants qui, là aussi, fait de la violence un usage beaucoup plus important que la génération des parents souffrant de la relégation hors de l'emploi.

B. Inégalité, iniquité, et genèse de la violence dans le travail

Les actes de violence dans le monde du travail, perpétrés par les salariés sur leurs lieux de travail, sont rapportés en France depuis quelques années, mais la fréquence de leur occurrence est inconnue parce que ces actes font souvent l'objet d'une stratégie efficace de dissimulation. Ils sont toujours, dans les cas qui ont été portés à notre connaissance, la réaction paroxystique d'un ou de plusieurs salariés. Se considérant comme victimes d'une situation d'injustice qui, faute d'être résolue convenablement perdure longtemps et devient intolérable, ils finissent par céder au passage à l'acte, au sens strict qu'a ce terme en clinique.

Ces situations nécessitent une analyse assez nuancée. Pourquoi ? Parce que l'injustice dans le monde du travail est une banalité. Elle est presque inhérente aux rapports sociaux de travail et à la domination. Or l'injustice ne provoque qu'exceptionnellement la violence. Ce sont des situations très particulières qui, seules, génèrent des réactions violentes.

L'**injustice** doit d'abord être située par rapport à l'**inégalité**. Le monde du travail place, de fait, les agents dans des situations très inégales vis-à-vis de la pénibilité de la tâche, vis-à-vis des risques pour la santé, vis-à-vis de la reconnaissance, vis-à-vis du prestige, vis-à-vis du statut, vis-à-vis du salaire, vis-à-vis des avantages en nature, vis-à-vis des fonctions, vis-à-vis de la servitude et de la domination.

L'inégalité, même si elle peut ou doit légitimement être combattue, est toutefois une donnée de la réalité du monde ordinaire et elle est, dans l'ensemble, non seulement reconnue mais assez bien tolérée sinon admise, comme l'ont très justement montré certains auteurs (Veyne P. - 1987).

L'inégalité de condition entre les salaires dans une organisation est, dans bien des cas, injustifiable. Cela n'implique pas la violence pour autant. Pourquoi ? Parce que dans les situations ordinaires les salariés admettent l'injustice, non comme bonne, mais comme un état de fait sur lequel on n'a pas de prise. L'inégalité est acceptée à la mesure de la capacité à reconnaître la réalité d'un rapport de force.

Cela étant, à l'intérieur d'un cadre donné et de repères stables sur l'inégalité des conditions et des attributions de chacun dans une organisation, les agents sont toutefois mus par des **attentes** "proportionnées" à la connaissance de ce cadre et de ces références. Attentes de reconnaissance par exemple, dont il a été question à plusieurs reprises dans les chapitres précédents : attente de rétribution, de

progression d'indice ou de carrière, de prime ou de sanction, de réponses à des questions ou à des critiques vis-à-vis de l'organisation, de solutions ou d'aides techniques face à certaines difficultés gênant le travail, de formation ou d'information sur le procès de travail, etc...

Ainsi s'esquissent des attentes qui acquièrent par le truchement des us et coutumes de chaque milieu professionnel une légitimité implicite. Ces **attentes** sont très en deçà d'un objectif d'**égalité** des conditions. Elles désignent un objectif plus modeste : l'**équité**, c'est-à-dire la rétribution proportionnelle à ce qu'on est fondé à attendre d'autrui dans un contexte professionnel donné ("conception d'une justice naturelle qui n'est pas inspirée par les règles du droit en vigueur" dictionnaire Robert, sens n°2).

La violence comme réaction paroxystique à l'injustice ne se déclenche que lorsqu'une situation faite à un agent ou à un groupe d'agents n'est pas équitable et lorsque, faute de trouver une solution négociée, le litige ou la contestation s'enkyste et fait monter la tension entre les parties en conflit. Or ces situations où les conflits ne se règlent pas de façon équitable sont elles aussi, il faut bien le reconnaître, fréquentes sinon banales dans le monde du travail. L'émergence de la violence signe donc **quelque chose de plus** que l'iniquité, tout en relevant bien de ce cadre.

L'inégalité est tolérable, l'injustice est tolérable et l'iniquité peut être tolérable, mais à une condition tout de même c'est que les autres, les collègues, les pairs surtout qui ne sont pas directement concernés par le litige en cause, reconnaissent avec celui ou ceux qui subissent une décision ou un jugement non équitable, qu'il est (ou qu'ils sont) bien **victime(s)** d'une injustice.

C'est, dans tous les cas rapportés de violence face à l'iniquité dans le travail, lorsque la communauté manifeste de l'**indifférence**, que la réaction à l'injustice peut dégénérer en violence.

Plusieurs types de situations de ce genre ont été rapportés. Il peut s'agir d'un groupe d'ouvriers qui, l'exaspération étant à son comble, vont tenter de saboter une installation nucléaire en découplant la centrale du réseau de distribution, ce qui pouvait provoquer, ils le savaient pertinemment, un accident nucléaire majeur. Dans ce cas c'est une escouade de syndicalistes — violence contre violence — qui, *manu militari*, ont physiquement empêché le sabotage au prix d'un affrontement physique dur. Une autre fois, ce sont deux équipes de techniciens hautement qualifiés qui s'affrontent physiquement sur un désaccord grave concernant la sécurité du chantier. Une autre fois c'est un technicien isolé qui sabote trois tranches d'une centrale nucléaire qu'il met en panne successivement. Dans un autre cas, c'est un agent de service de sécurité d'un site industriel qui prend en otage les cadres dirigeants et les tient en joue sous la menace d'une arme à feu pendant une demi-journée. Une autre fois ce sont des menaces de mort, suivies de sabotages de véhicules de service et de voitures personnelles de supérieurs hiérarchiques occasionnant des risques d'accidents mortels.

Ce qui dans l'analyse de tous ces cas doit être souligné, c'est que la violence, comme conséquence de dysfonctionnements dans l'organisation du travail, ne survient que lorsqu'en plus de l'injustice et de l'iniquité en cause, le milieu social du travail est si gravement dégradé que la tolérance à l'injustice confine à la résignation voire à l'indifférence au malheur et à la tourmente de l'autre auxquelles plus rien ne semble pouvoir s'opposer. Dans tous les cas cités, on retrouve ce caractère commun. À ce point que la violence comme dimension émergente dans le travail, peut toujours être, après-coup, identifiée comme un **symptôme** de la déstructuration en profondeur du vivre ensemble qui l'a, de loin, précédé. En retour, on comprendra, et ce point mérite d'être mis en exergue, que la violence (qui est rappelons-le une réaction passionnelle banale) se produit rarement sur les lieux de travail, en dépit des iniquités fréquentes, parce que dans la communauté de travail, les collègues interviennent constamment, quotidiennement pour désamorcer cette menace de violence qui, sans cela exploserait fréquemment.

La prévention de la violence en milieu de travail est, au quotidien, assurée par les membres de la collectivité elle-même et non seulement par les efforts de la direction pour assurer une gestion équitable des ressources humaines.

C. Les conséquences de la violence sur la santé des victimes

Les conséquences sur la santé des victimes sont assez bien connues. Elles consistent dans les différentes formes de troubles psychologiques post-traumatiques, lesquels n'ont aucune proportionnalité avec la gravité des lésions physiques, ni avec la violence des moyens utilisés par l'agression. Ainsi a-t-on décrit il y a quelques années des agressions perpétrées par des employés contre les membres de l'encadrement. Réaction compulsive à un litige resté longtemps sans solution, l'agression consistait à saisir le cadre (souvent une femme) par le col et à le secouer vivement et longuement. L'impact psychologique à chaque fois était important, alors même que la matérialité de l'agression était, somme toute, peu de chose. Les investigations cliniques montrent que l'importance du traumatisme psychique était en rapport avec la dégradation en profondeur du vivre ensemble, l'incident apparaissant comme une véritable rupture dans les conventions sociales du milieu. La peur s'installe durablement chez les cadres à la suite de l'agression. Pourquoi ? Parce que les cadres qui, sur différents sites ont été la cible des agressions, n'étaient pas identifiés comme les plus odieux et ne manifestaient pas de propension particulière à l'autoritarisme.

Sentir, pour ces cadres, que la cible de l'agression dont ils sont l'objet n'est pas seulement leur personne, mais plutôt à travers eux, un management devenu insupportable qui a perdu sa légitimité, son autorité et sa crédibilité, c'est faire tout à coup l'expérience qu'un jeu de force hostile est en train de se déchaîner et risque au passage de s'en prendre à leur personne et à leur corps, sans qu'ils puissent prévoir, prévenir, contenir ou maîtriser le processus en cours.

D. Violence et santé des auteurs de la violence

(Tentative de suicide et suicide)

Cette question est insuffisamment étudiée. Dans la plupart des cas portés à notre connaissance, les conduites de violence, sabotage ou destruction, lorsqu'elles sont le fait de personnes agissant seules, se produisent dans un contexte de décompensation psychopathologique : délire sub-aigu, confusion mentale, raptus, ivresse aiguë, etc... Ces conduites, donc, témoignent d'un processus pathogène évolutif qui, à la suite, impose un temps d'hospitalisation en milieu spécialisé.

L'issue de loin la plus préoccupante de ce genre de crise est le geste suicidaire. Dans plusieurs cas, quelques jours après les événements ont été commises des tentatives de suicide. D'après les quelques cas seulement qui ont pu faire l'objet d'une investigation clinique approfondie, il semble que les tentatives de suicide et les suicides réussis sur les lieux de travail, dont on sait qu'ils augmentent en fréquence (plusieurs centaines de suicides sur les lieux de travail chaque année en France, Gournay M. et coll - 2004), se situent dans l'enchaînement qui a été retracé dans ce chapitre : injustice, absence de réaction de solidarité de la collectivité de travail, réaction violente qui s'achève par un retournement de la violence contre la personne propre.

Dans certains cas, l'étape de la violence contre les supérieurs hiérarchiques ou les collègues est supprimée et c'est dans le geste suicidaire que se concrétise la réaction violente. Avec une différence toutefois : alors que la violence tournée contre les supérieurs ou les collègues prend souvent la forme d'une réaction compulsive, peu ou pas préméditée, la violence retournée contre soi prend plutôt la forme d'une conduite dûment préparée. Il n'est pas rare dans ces cas que la victime laisse des documents explicitant son ressentiment, son geste et sa signification.

Doit-on tenir toutes les tentatives de suicide et tous les suicides sur les lieux de travail pour des équivalents de la violence comme conséquences des rapports sociaux de travail ? Il est difficile d'être assertorique étant donné le faible nombre d'investigations cliniques exhaustives publiées à ce jour. Mais pour des raisons qui relèvent surtout de la démarche pragmatique en clinique, on aura intérêt à répondre à la question

positivement, par principe. L'acte suicidaire commis sur le lieu de travail est de toute évidence un message adressé à la collectivité de travail. Le suicide doit être tenu *a priori* pour un équivalent de la violence comme conséquence des rapports sociaux de travail, jusqu'à ce que la preuve d'une autre étiopathogénie puisse y être opposée de façon argumentée et crédible (Dejours C. -2005).

E. Problèmes pratiques posés par la violence comme conséquence des rapports sociaux de travail

Ces considérations sur la violence hétéro et auto-agressive comme conséquence des rapports sociaux de travail, posent en retour des problèmes pratiques fort préoccupants pour les praticiens, qu'il s'agisse des médecins du travail, des consultants extérieurs appelés par les entreprises ou des praticiens exerçant la médecine hors de l'entreprise. En quoi consistent ces problèmes ? La violence comme conséquence est une conduite qui témoigne de la dégradation du vivre ensemble dans l'entreprise (rapports sociaux de travail) et ne surgit que lorsque la dégradation est déjà avancée (absence de solidarité).

Pour les médecins traitants ayant en charge les auteurs de violences, il est très difficile, voire impossible dans l'état actuel de leur formation, de reconstituer le chemin causal (au sens qu'a ce terme en épistémologie de la santé) (Fagot-Largeault A. - 1986) – l'étiologie sociale – des conduites en cause ; d'une part parce qu'ils ne sont pas formés à la psychopathologie du travail et parce qu'ils n'ont pas de connaissances en sociologie des rapports sociaux de travail, d'autre part parce qu'ils ne connaissent pas le monde de l'entreprise et son évolution récente. Apparaissent alors des conflits d'interprétation sur lesdites conduites violentes qui, compte tenu des connaissances limitées à l'ordre individuel et familial de ces praticiens (exercice privé ou exercice hospitalier), sont généralement rapportées à une étiologie psychofamiliale, alors même que pour les praticiens d'entreprise (médecins du travail, psychologues du travail) l'étiologie est plutôt rapportée à la dégradation des rapports sociaux de travail. Du point de vue pratique, pour les premiers, la conduite à tenir est fondée sur les principes de la psychopathologie générale et vise un traitement individualisé et décontextualisé. Pour les seconds (médecins du travail) la conduite à tenir doit s'efforcer de porter sur le milieu de travail pathogène.

Au-delà de ce conflit d'interprétation, la conduite à tenir face à la violence et au suicide en direction de l'entreprise, du management et de l'organisation du travail, non seulement n'est pas formalisée mais s'avère pleine d'embûches. Principalement en raison de la dégradation déjà avancée des rapports sociaux de travail dont la violence est le témoin tardif. Dans de nombreux cas, aucune investigation et aucune action n'est menée dans l'après-coup de l'incident. Tout se passe comme si une conspiration du silence s'abattait sur les lieux du drame.

Il faut y insister, cette abstention est néfaste : non seulement elle ne permet pas de remonter aux causes qui, de ce fait, ne peuvent être traitées, mais elle aggrave encore les risques de dégradation des rapports sociaux en plombant l'espace de délibération du poids d'un imaginaire malfaisant où l'accablement rivalise avec la peur — non injustifiée au demeurant — que d'autres incidents surviennent. C'est ainsi que dans plusieurs cas rapportés un suicide est, peu de temps plus tard, suivi par un puis par deux autres suicides, qui reproduisent presque à l'identique les données du premier drame de la série.

Annexe 5

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Les textes des lois, décrets et circulaires, cités au chapitre 2 de ce rapport, peuvent être trouvés *in extenso* sur le Site « Légifrance » : www.legifrance.gouv.fr

Afin de faciliter une recherche sur ce site, les références exactes des textes sont indiquées ci-dessous.

I. Les dispositions relatives à la protection de l'enfance :

La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la protection de l'enfance

La convention Internationale des droits de l'enfant, adoptée par les Nations unies le 20 novembre 1989

Le décret n°97-216 du 12 mars 1997 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants

La loi no 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

La loi n°2000-197 du 6 mars 2000, relative au renforcement du rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants

Le décret n°2002-883 du 3 mai 2002 (modifié par le décret n°2004-154 du 17 février 2004)

La circulaire interministérielle cabinet DGAS n°2001-52 du 10 janvier 2001

Les circulaires du ministère de l'Éducation nationale 2001-012, 2001-013, 2001-014 du 12 janvier 2001 relatives aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves et aux missions des médecins et des infirmières

La circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°2001-044 du 15 mars 2001

La loi n°2000-196 du 6 mars 2000 instituant un défenseur des enfants

La loi n°2001-504 du 12 juin 2001, tendant à renforcer la répression et la prévention des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales

La loi n°2002-305 du 4 mars 2002 le décret d'application n°2003-841 du 2 septembre 2003 relatifs à l'autorité parentale

La loi n°2003-239 du 18 mars 2003 relative au trafic des êtres humains

La loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance crée l'Observatoire de l'enfance en danger

la loi n°2002-3 du 17 janvier 2002 a consacré l'absence de sanction disciplinaire pour un médecin qui avait révélé des sévices ou des privations commis sur un mineur

La loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice à l'évolution de la criminalité

II. Les violences de genre

L'article 222.22 et l'article 223.23 du Code pénal définissent les agressions sexuelles et le viol

La loi ordinaire 85-1372 du 23 / 12 / 1985 relative à l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux et des parents dans la gestion des biens des enfants mineurs

La circulaire n°004 du service des droits des femmes du 12 octobre 1989 par laquelle les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales

L'arrêt du 5 septembre 1990 de la Cour de cassation reconnaît le viol entre époux

La loi ordinaire n° 93-22 du 08 / 01 / 1993 modifiant le Code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant affirme le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale

La loi Génisson du 9 mai 2001 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception du 4 juillet 2001

La loi n°92-1179 du 2 novembre 1992 définit l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 aborde, dans ses articles 168 à 180, la lutte contre le harcèlement moral au travail.

La loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce

La circulaire n°sdfe / dps / 2005 / 166 du 24 mars 2005 relative à la mise en œuvre du plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005 – 2007.

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 et la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 relative aux circonstances aggravantes de crimes et délits (homophobie)

III. Les violences envers les personnes âgées et handicapées

Les articles 221, 222, 223 225 du Code pénal définissent les circonstances aggravantes de la vulnérabilité des victimes de crimes ou de délits

Les articles 311, 312, 313 du Code pénal définissent les atteintes aux biens.

L'article 121-3 du Code pénal prévoit le principe de la responsabilité pénale des personnes morales

IV. Le secret professionnel, l'obligation de dénoncer et de porter secours

L'article 226-13 du Code pénal réprime la violation du secret professionnel

L'article 226-14 du Code pénal précise que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret

L'article 223-6 du Code pénal réprime fermement le simple fait de connaître l'existence de faits de maltraitance, de les dissimuler, de ne pas les révéler ou encore de s'abstenir de porter secours à la victime

L'article 223-6 qui réprime la non-assistance à personne en péril est applicable aux personnes soumises au secret professionnel

V. Les droits des usagers du système de santé et la politique de santé publique

La loi du 27 juin 1990 a affirmé le droit des malades hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Annexe 6

RECOMMANDATIONS DES 6 COMMISSIONS

I. Commission « Périnatalité, enfants et adolescents »

A. 7 recommandations prioritaires pour la périnatalité

- Promouvoir l'étude longitudinale, selon la méthodologie des cohortes, des facteurs périnatals de risque de maltraitance précoce et / ou de comportements violents de l'enfant, et de la survenue de ces événements, en constituant les populations d'étude au moment de la grossesse ;
- Faire un état des lieux des actions françaises de prévention précoce des phénomènes de violence et favoriser la mise en place de celles utilisant des méthodes validées ;
- Informer le grand public sur les différentes possibilités de soutien à la parentalité afin de mieux prévenir les problèmes de violence touchant la période périnatale ;
- Définir le contenu de l'entretien du 4^{ème} mois.
- Augmenter le nombre de psychologues en maternité ;
- Développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes et / ou avec jeunes enfants, en situation de grande précarité ;
- Soutenir la mise en place des réseaux de périnatalité médico-psycho-sociaux, comportant un volet ville-hôpital, avec un renforcement des liens entre les centres périnatals, les inter-secteurs de pédo-psychiatrie, les secteurs de psychiatrie d'adultes, la PMI, les modes de garde des jeunes enfants et le tissu associatif. Clarifier le financement et les missions de ces réseaux ainsi que les modalités de leur évaluation.

B. 14 recommandations prioritaires pour l'enfance

1. Maltraitance

- Favoriser des études épidémiologiques des formes graves de maltraitance non signalées et des recherches multicentriques des pathologies traceuses (type hématomes sous-duraux) ;
- Réduire rapidement les disparités départementales en harmonisant les systèmes en place sur l'ensemble du territoire national ;
- Réaffirmer auprès des institutions et organismes (dont les collectivités territoriales départementales) l'obligation légale d'appliquer les textes réglementaires relatifs à la maltraitance des mineurs ;

- Stimuler l'interdisciplinarité à partir de guides de bonnes conduites à définir en commun (conférence de consensus) et de formations communes pour différentes catégories de personnels aptes à effectuer correctement un signalement - y compris en milieu socialement favorisé -, (notamment à repérer les enfants secoués, les victimes d'abus sexuels) et à les prendre en charge ;
- Faire effectuer par un "tiers neutre" l'évaluation des dispositifs régionaux, départementaux et locaux (pôles régionaux, cellules départementales...) de prise en charge de la maltraitance des mineurs et des actions de prévention s'y rapportant ;
- Apporter un soutien à la parentalité à travers notamment des structures passerelles, des centres d'appels et de soutien aux parents agressifs, des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, en particulier la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement de compétences psycho-sociales.

2. Violence scolaire

- Optimiser le recueil administratif des actes de violence par un croisement avec les résultats d'évaluations externes ponctuelles et périodiques ;
- Étudier auprès des enfants repérés comme agressifs le retentissement psychologique et comportemental de décisions d'orientation telles que redoublement, orientation en classes spécialisées, changement d'école... ;
- Mettre en œuvre une méta analyse des stratégies et outils initiés par les établissements scolaires pour prévenir et gérer la violence à l'école (démarches internes à l'établissement et démarches partenariales communautaires) ;
- Favoriser la mise en place effective des processus qui font la preuve de leur efficacité, notamment le développement des compétences sociales ;
- Rendre obligatoire en formation initiale des enseignants, la connaissance des processus et facteurs de risque de violences ainsi que la gestion des conflits.

3. Violence et sport

- Favoriser l'étude des processus et de l'impact des violences psychologiques (pression de l'entourage familial, sportif et médiatique) sur les traumatismes du jeune sportif ;
- Étudier les risques d'Entraînement sportif intense (ESI) en fonction de l'âge et favoriser le repérage de l'ESI « dissimulé » ;
- Évaluer et diffuser auprès de l'ensemble des personnes concernées les référentiels de bonnes pratiques sportives existants.

C. 9 recommandations prioritaires pour les adolescents

1. Études et recherches

- Sur le thème des adolescents violents et des facteurs de vulnérabilité, développer des travaux transversaux avec une mise en commun des données entre institutions qui traitent d'un même public ;
- Pour les adolescents victimes de violence, développer des études sur les jeunes en situation de handicap ou de maladie mentale (faire le lien avec les groupes « dépendance » et « santé mentale ») ;
- Concernant les adolescents victimes d'une exigence trop élevée de performance, mettre en place des recherches sur leur situation sanitaire : sportifs de haut niveau, élèves des classes préparatoires mais aussi étudiants de faculté en échec ou jeunes en insertion.

2. Programmes d'intervention

- Pour assurer une meilleure continuité sur la durée des programmes d'intervention, établir des conventions entre partenaires et mettre en place un comité de pilotage afin d'assurer un rôle d'articulation et veiller à accompagner les différentes actions dans la durée dans le but d'éviter les initiatives ponctuelles et incohérentes ;
- Dans le contexte d'exigence de performance, mettre en place des actions sur la consommation de médicaments et de produits licites ou illicites ;
- Privilégier le jeu gratuit et former les encadrants et les parents dans ce sens.

3. Organisation

- Renforcer la cohérence et la qualité des liens dans la pratique de réseau, en raison du rapport direct entre cette capacité d'organisation et l'efficacité de la prise en charge des adolescents violents ;
- Faire des campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents, qu'ils soient témoins ou confidents, en donnant des informations précises et lisibles sur les lieux, les compétences et les services rendus ;
- Mettre en place des comités d'éthique de proximité pour les éducateurs et les adolescents témoins, confidents ou victimes de violence

II. Commission « Genre et violence »

A. 8 Objectifs

1. Objectif 1 : Mettre les personnes victimes de violence au cœur du système de soins

En demandant aux établissements de santé et aux professionnels de santé d'organiser le repérage des violences, la prise en charge des victimes, notamment des adolescents et des jeunes adultes, en urgence et à moyen terme, de veiller si nécessaire à la mise en œuvre d'un suivi, médical et psychologique.

Chaque établissement hospitalier, public et privé, est chargé d'organiser l'accueil, la prise en charge, éventuellement pluridisciplinaire, de définir et mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et de suivi des personnes victimes de violence, en lien avec la certification mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé. (HAS). Ce dispositif sera établi en tenant compte de l'historique et des spécificités de chaque établissement. Cet objectif concerne aussi la médecine de ville.

L'information systématique de l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans le cadre du dispositif sanitaire d'accueil des personnes victimes de violence mis en œuvre au niveau local : professionnels de santé, services sociaux, services de police, de gendarmerie, justice, secteur associatif...

La création d'équipes mobiles hospitalières afin que les établissements hospitaliers soient un relais et un point de coordination pour la prise en charge des victimes, voire des auteurs (sur le modèle des équipes mobiles de prise en charge des patients alcooliques ou toxicomanes, des équipes mobiles de gériatrie ou de psychiatrie).

La constitution de réseaux « Ville hôpital » sur le thème Santé violence, dans 2 ou 3 régions volontaires. La prise en charge de personnes victimes de violence concerne en effet chaque professionnel de santé qui peut être amené dans le cadre de sa pratique soit à recevoir soit à assurer le suivi de celles-ci.

2. Objectif 2 : Développer des programmes ciblés de réduction des conséquences de la violence sur la santé en direction :

2.1. des femmes enceintes : généraliser en France à l'horizon 2009 le repérage systématique des violences lors des consultations prénatales et périnatales.

La violence conjugale pendant la grossesse a été rapportée par plusieurs auteurs. Elle est estimée, dans les différents pays européens, entre 4 et 8 %. Son retentissement est important, tant pour les femmes que pour les enfants à naître. Les femmes enceintes victimes de violence parlent peu de ce qu'elles subissent et les professionnels de santé ne les interrogent pas. La surveillance médicale prénatale étant obligatoire, les professionnels, gynécologues obstétriciens et sages femmes, doivent mettre à profit ce dispositif pour repérer systématiquement les violences, lors des consultations prénatales et lors des séances de préparation à la naissance.

Ce repérage doit tout particulièrement figurer dans le contenu de **l'entretien individuel** instauré dans le cadre du « plan périnatalité ». Cet entretien sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse.

Le système d'information périnatal devra intégrer la problématique de la violence faite aux femmes enceintes et renseigner sur les aspects quantitatifs de ce type de violence (par exemple enquêtes nationales périnatales).

Des collaborations médico-psychologiques en maternité et des formations interprofessionnelles regroupant les professionnels de la naissance seront mises en œuvre.

2.2. des femmes victimes de mutilations sexuelles : éliminer en France, à l'horizon 2009, la survenue de mutilations sexuelles féminines et améliorer les conditions de prise en charge des femmes qui en ont été victimes en :

Informant de manière adaptée les migrants à leur arrivée et sortie du territoire, mais aussi les associations, les organismes qui sont à leur contact avec la création de supports adaptés en terme de culture et de langues (Recommandations de l'Académie nationale de médecine).

Veillant à ce que ce problème de santé publique figure, à l'issue du plan Violence et Santé, au programme des **formations initiales et continues des professionnels de santé**, notamment des gynécologues, des obstétriciens, des sages-femmes et des médecins généralistes.

Concentrant les efforts sur quelques régions particulièrement concernées par ce problème de santé publique (initiative régionale ou locale).

2.3. des personnes prostituées :

Mettre en place en France, à l'horizon 2009, un système d'information sur l'état de santé des personnes prostituées intégrant les violences ainsi qu'un outil national de prévention et de soins de celles-ci.

Élaborer une enquête sur la santé des personnes prostituées de rue, intégrant la question des violences et de ses conséquences (PTSD notamment).

Suivre des indicateurs en rapport avec les IST, la violence, la précarité, le recours aux dispositifs de prévention et de soins : cet objectif pourrait également être décliné au niveau européen dans le cadre d'un réseau sentinelle international.

Recenser et évaluer les outils et expériences locales de prévention et d'accès aux soins en France et en Europe (pays à réglementation comparable) : sur cette base, élaborer les ressources permettant aux personnes prostituées, quels que soient leur genre, origine, lieu de résidence, de disposer d'une information mutualisée et actualisée, sur les moyens de prévention, les législations et réglementations, les modalités d'accès aux soins, les aides susceptibles de leur permettre d'échapper aux réseaux, etc...

3. Objectif 3 : Définir le problème et en mesurer l'ampleur

Obtenir, à partir des outils statistiques existants, soit directement, soit par exploitation complémentaire, **des informations fiables et régulièrement actualisées** intégrant comme variable le sexe de la victime et celui de l'agresseur ainsi que le lien qui pourrait les unir :

« **Événements de vie et santé** » (DREES) qui renseigne sur les aspects violence et santé et qui permettra la réalisation d'exploitations particulières alliant violence, santé et genre.

« **Enquête santé** » de l'INSEE (dernière réalisée en octobre 2003) qui renseigne sur les événements –santé, qui est sexuée. Pour l'aspect violences, mise en relation des maladies, éventuels accidents ou événements violents (agressions, attentat, rixe). La taille considérable de l'échantillon (35 050 individus) devrait permettre la réalisation d'exploitations particulières, même si les questions utilisables à cet égard dans le questionnaire sont très peu nombreuses et pas du tout centrales dans la problématique de l'enquête.

Enquêtes particulières à reproduire de manière régulière (du type *ENVEFF*) en élargissant la prise en compte des phénomènes de violence au-delà de la stricte violence faite aux femmes, enquête CSF et son volet sur les violences sexuelles

Mise en place de réseaux sentinelles au niveau des services d'urgence, des professionnels de premier recours, des maternités et autres services et professionnels particulièrement concernés

Développer des études nationales sur l'impact économique de la violence de genre sur le modèle d'études internationales déjà menées afin d'en assurer la comparabilité.

Mettre en place des recherches sur les trajectoires des personnes victimes de violence dans le cadre de leur accès au système de santé : Enquête régionale sur les « trajectoires » des personnes victimes de violence : Prendre en compte, dans une région déterminée, la trajectoire (le parcours) de chaque victime (femmes, enfants, hommes) de violence dans son accès au système de santé, quel que soit le point d'entrée (urgences, UMJ, service de gynécologie, de pédiatrie, ...). Mieux connaître, au travers de l'analyse de ces trajectoires, le parcours des victimes, analyser les dysfonctionnements afin d'améliorer la prise en charge.

Soutenir le développement de recherches qualitatives, sociologiques et anthropologiques sur la problématique genre et violence, abordant tant les victimes que les agresseurs.

Développer des réseaux départementaux associant les différents acteurs associatifs et institutionnels des champs éducatif, sanitaire, social et sécuritaire dans le but de **lutter contre le sexisme et l'homophobie**, par exemple par la mise en place d'espaces de parole à destinations de personnes concernées, notamment des jeunes.

Développer les champs de recherche multidisciplinaires sur les liens entre genre violence et son impact sur la santé des victimes.

4. Objectif 4 : Développer la recherche de consensus autour des concepts et des pratiques qui permettent une approche commune de la problématique genre et violence dans le champ de la santé publique au niveau national, européen, et international

Saisir l'Académie nationale de médecine, la Haute Autorité de Santé, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, solliciter les sociétés savantes, nationales et internationales, établir un dialogue avec les professionnels associatifs experts du sujet, dans le but d'obtenir un consensus pour :

Définir les bonnes pratiques notamment en matière de repérage des violences, de conservation du secret médical, de détermination de la durée d'ITT. Il est nécessaire d'harmoniser les pratiques, notamment dans les domaines les plus délicats, qui sont justement ceux concernant particulièrement le thème Violence et Genre. Ces bonnes pratiques seront définies en s'appuyant également sur les besoins des praticiens en termes de repérage et de prise en charge des victimes. Elles concerneront tout particulièrement les violences répétées, les violences psychologiques, les violences sexuelles.

L'incapacité totale de travail est une notion de droit pénal destinée à renseigner les magistrats sur le retentissement fonctionnel des violences subies. L'évaluation de l'ITT nécessite un certificat médical descriptif minutieux des lésions : leur importance, leur nombre, le retentissement fonctionnel immédiat. Il est essentiel que son contenu soit en accord avec le vécu de la victime. Il est indispensable de décrire le retentissement psychologique exprimé par la victime et constaté par le médecin.

5. Objectif 5 : Développer des CENTRES-RESSOURCES disposant de site Internet sur le mode du site SIVIC, de centre de documentation, de réseaux de correspondants nationaux et internationaux, de réseaux d'assistants techniques et d'experts susceptibles d'appuyer l'élaboration d'analyses de situation et de plans, notamment dans le champ de la violence de genre.

Ces « centres- ressources » ont vocation à être mobilisés pendant la durée du plan et sur l'ensemble des problématiques du plan Violence et Santé. Il ne s'agit pas de créer des structures pérennes, mais de mettre en réseau des professionnels experts et des ressources (institutions publiques et privées, structures associatives, chercheurs) sur des thématiques communes pour une durée déterminée contractuellement. Les ressources humaines et financières doivent être déterminées par des contrats d'objectifs précis, intégrés dans des termes de référence constitutifs d'Appels d'Offres publics.

6. Objectif 6 : Faire évoluer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en :

Introduisant dans chaque cursus initial, médical et paramédical, un module sur l'impact de la violence sur la santé ; chaque formation devra comporter un module « violence » à l'issue du plan qui sera évalué au même titre que les autres matières enseignées.

Formation médicale continue : saisir le conseil national de FMC qui est chargé d'en définir les orientations nationales. Ce conseil national comporte le conseil national de FMC des médecins libéraux, celui des médecins salariés non hospitaliers et celui des médecins hospitaliers.

Formation continue de l'ensemble des formations médicales et paramédicales

7. Objectif 7 : Mobiliser les relais d'opinion (plus largement la Société) au niveau national et local en menant des campagnes

en direction des professionnels de santé.

en direction de la population

des décideurs, des élus...

Organiser, à l'initiative de la France, **des conférences et colloques**, aux niveaux national et international, autour de sujets particuliers relevant de la problématique générale de la violence de genre et ses conséquences en terme de santé publique.

8. Objectif 8 : Évaluer impérativement chaque mesure conduite dans le cadre du plan Violence et Santé

Mettre en place dès 2005, pour chaque mesure du plan Violence et santé, des indicateurs de processus, d'impact et de résultat.

Réserver un budget à cet effet dans le plan national et les plans régionaux.

III. Commission « Personnes âgées et personnes handicapées »

La Commission s'est attachée à sortir du face-à-face entre victime et auteur et d'une approche individuelle qui ressortit à la responsabilité civile et pénale, en privilégiant une approche dynamique et systémique qui prenne en compte les facteurs environnementaux, techniques, organisationnels et humains. De plus, elle considère indispensable de :

- Dire le droit et s'assurer de sa mise en œuvre ;
- Faire des recommandations à l'endroit de la majorité des personnes vulnérables qui vivent à leur domicile ;
- Accorder une attention particulière aux trajectoires de soins et aux solutions de continuité qui peuvent se présenter : orientation d'un patient vers une structure, retour à domicile, passage d'un lieu de soin à un autre, gestion de situation de crise ou d'urgence.

Les recommandations de la Commission concernent l'ensemble du champ de la prévention de la violence (ce qu'il est convenu d'appeler : prévention primaire, secondaire et tertiaire) et s'ordonnent autour de trois axes :

- S'assurer de l'effectivité des dispositifs existants ;
- Les compléter et les renforcer ;
- Infléchir et innover.

A. S'assurer de l'effectivité des dispositifs existants

Dans le secteur médico-social quelques grandes lois sont venues préciser les conditions d'exercice de ces droits fondamentaux pour des publics spécifiques. Cependant, bien que des textes récents aient renforcés les droits et la protection des usagers dans les établissements de soins et les établissements sociaux et médico-sociaux, la lutte et la prévention des phénomènes de violence et de maltraitance à l'égard des personnes âgées et handicapées n'ont donné lieu à une législation spécifique de protection que dans le cas de leur accueil dans des établissements d'hébergement et des services à caractère social et médicosocial (loi du 24 décembre 1971, reprise dans le CASF), contrairement à la démarche retenue pour la protection des mineurs. Celle-ci est, en effet, caractérisée par de nombreux textes législatifs et réglementaires. Cette situation trouve sa source dans l'antériorité de la prise de conscience du caractère intolérable des violences à l'égard des enfants, et de la nécessité d'un processus continu de protection de l'enfance en danger et dans le fait que l'enfant bénéficie d'un statut particulier alors que la personne âgée est un adulte détenteur de l'ensemble de ses droits, hormis les cas où elle est placée sous protection juridique.

Il apparaît que la politique de prévention des violences à l'égard des personnes âgées et personnes handicapées s'appuie, en dehors des textes fondamentaux cités plus haut et des textes de droit commun, sur des textes administratifs de type circulaire ou instruction ministérielle. Après avoir débattu sur l'opportunité de proposer une législation spécifique relative à la protection des personnes vulnérables et particulièrement des personnes âgées et des personnes handicapées, la Commission reste réservée sur ce point, soulignant le risque de stigmatisation de personnes faisant déjà l'objet de représentations négatives.

- | |
|---|
| <p>1. De manière unanime, <i>la Commission considère</i> que le cadre législatif existe déjà, qu'il est globalement satisfaisant et suffisant en ce qui concerne l'affirmation des droits fondamentaux.</p> |
|---|

La Commission s'est appliquée à dégager les conditions dans lesquelles on pourrait rendre effectives les dispositions existantes, selon deux pistes développées dans les paragraphes qui suivent :

- Dire le droit au sein des établissements et services à travers, d'une part, le rappel et la mise en œuvre de la loi et des règlements, et, d'autre part, l'exercice de la mission de contrôle de l'État ;
- Créer les conditions de la mise en œuvre effective du droit par le repérage des situations de violence, la formation des intervenants, la sensibilisation et la communication en direction du grand public et des professionnels.

1. Les moyens juridiques : production et mise en œuvre de la norme

Les textes concernant le secteur de la santé et le secteur médicosocial, et particulièrement les dispositions relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées, quel que soit leur âge, sont généralement perçus comme pléthoriques, peu lisibles, et parfois incohérents. Par ailleurs les textes concernant ces publics sont morcelés. Les rédacteurs en sont multiples (Direction générale de l'action sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, ministère de la Justice, de l'Intérieur, directives et résolutions européennes, ...) ce qui n'en facilite ni la connaissance, ni la mise en œuvre. Il est proposé d'intervenir, d'une part, en amont, sur le processus d'élaboration de la loi et sur les modalités de contrôle, et, d'autre part, en aval sur les conditions de mise en œuvre.

2. Interventions en amont

L'action publique aura connu dans les cinq dernières années une profonde évolution. Du point de vue spécifique de la prise en charge des personnes vulnérables - notamment les personnes âgées et handicapées - ce mouvement de la société a contribué à une prise de conscience au sein des administrations. Le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles ont été gagnés à partir des années 2000 par un même mouvement visant à construire un statut de l'usager ou du bénéficiaire de prestations garanties par la loi et à promouvoir une éthique de l'intervention autour de trois axes : l'information, le respect de la sûreté personnelle (santé, sécurité, bien-être physique et moral), l'exigence de professionnalisme des pratiques, reflet du développement de la règle dans les institutions et source de garanties. Dans ce contexte, la Commission considère que l'encadrement normatif de la prise en charge des personnes vulnérables a désormais atteint un degré élevé et suffisant.

Il semble bien que l'un des problèmes essentiels soit, non pas un nouveau travail législatif, mais une sensibilisation, une information plus précise et généralisée de l'ensemble des acteurs et le contrôle précis de l'effectivité des mesures prises par les différents services concernés. Par ailleurs, l'harmonisation des différents textes nationaux, en même temps que la vérification de leur validité, eu égard aux textes européens, paraît indispensable.

2. *La Commission recommande* d'effectuer un recensement de l'ensemble des textes législatifs textes relatifs à la protection des personnes vulnérables ou susceptibles de concourir à cette protection, quel qu'en soit l'auteur et la catégorie particulière de public concerné ;
3. *La Commission recommande* de procéder de manière systématique à une concertation interministérielle voire intraministérielle lorsque sont envisagées des mesures qui auront des incidences sur les droits et libertés des personnes vulnérables ;

4. *La Commission recommande* de prendre connaissance des recommandations élaborées par les instances européennes et le cas échéant de les transposer.

Certaines catégories « administratives » s'avèrent sur-discriminantes au regard des droits de l'homme. Les dispositions relatives à la protection des mineurs devraient de plein droit et sans restriction s'appliquer aux mineurs handicapés ; le dispositif relatif aux violences faites aux femmes, et aux violences conjugales en particulier, concerne également les femmes handicapées et les femmes âgées sans qu'il soit nécessaire de légiférer davantage.

5. *La Commission recommande* d'exploiter l'ensemble des textes disponibles et de sortir d'une logique populationnelle ou catégorielle pour privilégier une approche globale de protection de la personne et de ses droits quel que soit le statut ou l'âge de la personne (majeure ou mineure), son handicap ou son genre ;
6. *D'harmoniser* les dispositions relatives aux soins et à la prise en charge sociale et médicosociale ;
7. *De créer* sous l'autorité du ministère une mission nationale d'appui pour la protection des personnes vulnérables et la prévention de la maltraitance, à vocation transversale (santé et social).

Des avancées certaines ont été réalisées quant aux droits des usagers et à la protection des personnes, cependant le retard pris dans la publication de certains textes d'application en entrave la mise en œuvre effective. Plusieurs exemples illustrent ce constat :

- En vertu des dispositions de l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et les familles, les personnes accueillies dans les ESMS bénéficient de droits fondamentaux dont « l'accès à toute information et à tout document relatif à sa prise en charge », or les modalités de mise en œuvre de ce droit d'accès est subordonné à la parution d'un décret qui n'est pas encore intervenu⁴⁵ ;
- L'article L.133-6-1 prévoit un régime d'incapacité d'exercice professionnel sans que les modalités de mise en œuvre en soient précisées ;
- L'assermentation des IASS et des MISP prévue à l'article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles, nécessaire pour permettre à ces agents de dresser procès-verbal est subordonnée à la parution d'un décret.

8. *La Commission recommande* de vérifier que les textes d'application ont été publiés et, si nécessaire, de veiller à ce qu'ils le soient dans des délais raisonnables.

S'il convient de saluer l'édition d'un Code de la famille commenté, intégrant les dispositions réglementaires, la Commission constate que, trop souvent, ceux qui sont chargés de faire appliquer la loi sont ignorants de son contenu et sont désarçonnés par la complexité et la multiplicité des textes (exemple de l'article 226-14 du Code pénal relatif à la levée du secret professionnel qui a fait l'objet de 3 versions successives en trois ans).

⁴⁵ En l'absence de textes d'application, l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie apporte quelques précisions en renvoyant en matière de droits des patients, et précisément sur l'accès au dossier médical et renvoie aux dispositions du Code de la santé publique, dès lors que les personnes accueillies dans les structures médico-sociales y ont reçu des soins ;

9. *La Commission recommande* de faire connaître les textes et leurs modalités de mise en œuvre ;
10. *La Commission recommande* instamment de renforcer la formation initiale et continue des agents de l'État, des collectivités territoriales ainsi que des dirigeants d'établissements et services accueillant des personnes vulnérables sur l'état du droit, notamment en matière de protection des personnes et de lutte et prévention des violences ;
11. *La Commission recommande* d'accompagner la diffusion des textes législatifs et réglementaires de documents d'interprétation, notamment de type circulaire accompagnée de documents types, visant à préciser, expliciter, faciliter leur mise œuvre.

3. Dire le droit et veiller à sa mise en œuvre

La méconnaissance des textes de droit pénal par les acteurs de la santé et de l'accompagnement des personnes vulnérables est certes liée à la complexité évoquée plus haut mais elle est également imputable à une insuffisance d'efforts pédagogiques visant à diffuser de la manière la plus large et la plus simple les textes existants, en particulier, pour ce qui concerne le respect de la personne et de ses droits en établissement de santé, en ESMS, et également au domicile.

Certains documents visant une population particulière⁴⁶ pourraient servir de base à l'élaboration d'un document à vocation générale, incluant des formulaires types, et renvoyant vers des ressources spécifiques pour des problématiques particulières liées à l'âge, à la pathologie ou au handicap. Élaboré dans une perspective transversale à l'ensemble des publics fragiles, particulièrement exposés au risque de violences, ce document aborderait les différents aspects du repérage des situations de violence, de la conduite à tenir (à qui en parler, faut-il signaler aux autorités administratives et judiciaires, comment protéger la personne vulnérable, quels sont les recours ?).

Par ailleurs, il est recommandé de prévoir des outils adaptés qui déclinent les modalités opérationnelles dans des termes compréhensibles par tous et par les usagers en particulier ; aussi la Commission recommande-t-elle l'élaboration de documents de vulgarisation. Des initiatives telles que celle de l'UNAPEI (« traduction » de la loi du 2 janvier 2002 en pictogrammes) doivent être valorisées et encouragées.

12. *La Commission recommande* de rassembler la connaissance tant juridique que pratique dans un support transversal, interactif, évolutif ;
13. *D'en effectuer* une vaste diffusion en utilisant des outils pédagogiques adaptés.

4. Contrôler, évaluer, réguler la mise en œuvre des textes

La maltraitance peut être dans les établissements sociaux et médicosociaux, comme dans les services d'aide à domicile un risque institutionnel lié aux conditions d'organisation de l'action collective par les dirigeants. Les missions de surveillance confiées aux services déconcentrés ont pour objet de garantir le professionnalisme des organisations et des pratiques, qui se traduit notamment par l'expression de la règle et l'aptitude institutionnelle à la qualité. Dans le cadre de leur pouvoir de surveillance des établissements sociaux et médicosociaux et de protection des personnes qui y sont accueillis, les services déconcentrés du

⁴⁶ Cf. les documents élaborés par la Direction des affaires criminelles et des grâces : « enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques » ; « la lutte contre les violences au sein du couple, guide de l'action publique ») ; ou bien la brochure de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, relative à la conduite du praticien face aux violences sexuelles ; ou encore le CD-Rom élaboré par la DGAS sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.

ministère sont chargés de vérifier que les conditions et les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité, le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies dans les ESMS. Par ailleurs, les articles L.6116-1 et 6116-2 du Code de la santé publique disposent qu'ils contrôlent l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux.

Le dispositif de contrôle, longtemps « assoupi »⁴⁷ a été d'une certaine manière réactivée par l'impérieuse nécessité de repérer et prévenir les violences dans les ESMS.

Les personnes âgées et handicapées constituent des catégories de population considérées par la loi (principalement le Code de l'action sociale et des familles et le Code pénal) comme vulnérables. Dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, elles bénéficient de ce fait de garanties publiques, traduites principalement :

- Par l'affirmation d'un droit à être prises en charge ou accompagnées par des institutions spécialisées ;
- Par l'organisation d'une protection assurée par les autorités administratives à l'occasion de leurs séjours dans des établissements ou services.

Le contrôle des établissements et services sanitaires et sociaux, exercé par les services déconcentrés, a été essentiellement axé sur le respect des normes de prise en charge. La Commission estime qu'il convient d'appréhender désormais le contrôle comme l'exercice global d'une garantie de protection des personnes, en plaçant la prévention et le dépistage des risques institutionnels au centre de l'action publique.

14. *La Commission recommande* de s'orienter davantage vers un contrôle de la garantie des personnes, plus que vers celui du respect des normes et d'instaurer une vigilance partagée avec les dirigeants des établissements et services.

Par ailleurs, il est apparu que les dispositions relatives au contrôle étaient complexes et variaient selon le secteur considéré, sanitaire ou médicosocial. Il convient de veiller à l'harmonisation et à la cohérence des intentions de contrôle dans les dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'action sociale (CASF) et la santé publique (CSP).

Dans le cadre des compétences nouvelles confiées aux collectivités territoriales, en particulier en matière de prise en charge des personnes vulnérables et de fermeture des établissements⁴⁸, il paraît nécessaire de maintenir le principe d'une garantie de l'État dans la distribution des pouvoirs de contrôle institués par le Livre III et le Livre IV du Code de l'action sociale et des familles tout en mettant en commun les expertises.

15. *La Commission recommande* de stabiliser, simplifier et clarifier l'organisation des compétences de contrôle, en veillant à conserver une intention spécifique de protection des personnes dans les dispositifs de contrôle ;

16. *De veiller* à l'harmonisation des dispositions relatives au contrôle entre les secteurs sanitaire et médicosocial ;

17. *D'examiner* les conditions d'un partage d'expertise avec les services des collectivités territoriales sur le champ du contrôle et de la surveillance.

⁴⁷ cf. « *Maltraitance envers les personnes handicapées* », rapport du Sénat, avril 2003

⁴⁸ Cf. article 84 de la loi du 11 février 2005 qui confie à l'autorité qui a délivré l'autorisation le pouvoir de fermeture d'un établissement

Les membres de la Commission ont constaté les difficultés rencontrées par les services déconcentrés pour l'exercice de leur mission de contrôle.

18. *La Commission suggère d'effectuer un audit des ressources humaines des services déconcentrés, notamment pour ce qui concerne l'exercice des missions d'inspection par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et les médecins inspecteurs de santé publique dans les DDASS et DRASS.*

La Commission constate que se développe la production de bilans annuels, tableaux de bord, indicateurs de performance, outils de gestion... Si ces différents instruments contribuent à créer les conditions favorables en vue l'évaluation des politiques et des dispositifs, ces dernières ne sont pas toujours menées. C'est, par exemple le cas de la loi du n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, dans ses dispositions relatives aux personnes présentant un handicap mental⁴⁹.

19. *La Commission recommande de procéder à l'évaluation des politiques publiques et en particulier celles qui sont susceptibles d'affecter les droits et libertés, la santé et la sécurité des personnes vulnérables.*

Certains sujets sont encore très peu documentés : souffrance psychique de l'entourage, de la fratrie lors de l'annonce d'un handicap, vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes handicapées, suicide des personnes âgées, accompagnement en fin de vie... Toutes ces questions doivent être mises en débat et faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire.

La prévention de la violence et des maltraitance soulève des nombreuses questions d'ordre éthique, en particulier autour des problématiques du signalement, du secret professionnel, de l'information des autorités judiciaires et administratives, des valeurs partagées au sein des établissements, des collectifs de travail....

Une réflexion éthique est donc indispensable ; la Commission ne se prononce pas sur les modalités pratiques (structures, échelon pertinent -établissement, département, région...-), non plus que sur le champ d'intervention, cependant elle privilégie une approche globale de la question des violences.

20. *La Commission recommande que les questions de violence fassent l'objet d'une réflexion éthique.*

5. Créer les conditions de la mise en œuvre du droit : repérer, former, communiquer

Plusieurs conditions sont nécessaires pour rendre effectif le droit existant : le repérage des situations de violence ou de maltraitance, la formation des intervenants quel que soit leur statut, la sensibilisation et l'information du grand public.

⁴⁹ L'article L.2123-2 du Code de la santé publique, issu de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 interdit la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive sur les mineurs et sur les majeurs handicapés mentaux placés sous tutelle ou sous curatelle, sauf s'il existe « une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ». La loi conditionne l'intervention à une décision du juge des tutelles après avis d'un comité d'experts.

6. Repérage, signalement, traitement et suivi des situations de maltraitance

6.1. Les procédures de signalement

Il n'y a aucune commune mesure entre le nombre de situations à risque de maltraitance ; de suspicions de maltraitance et celles qui sont ou seraient signalées. Dans l'immense majorité des cas, les personnes en cause, en institution comme dans les familles, n'ont pas tant besoin de « signaler » à une autorité administrative et / ou judiciaire que de demander conseil et assistance avant que d'avoir recours à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours.

Les procédures de signalement d'actes ou de situations sont désormais bien établies. Elles ont fait l'objet récemment de précisions, en particulier sur les conditions de levée du secret professionnel pour les médecins⁵⁰. Cependant, ainsi que le soulignait la Commission d'enquête sénatoriale, demeurent un certain nombre d'interrogations : qu'en est-il du secret partagé au sein des équipes médicosociales ? Quelle est la portée réelle du secret professionnel et de la non-dénonciation d'actes de maltraitance ?

21. *La Commission recommande* de clarifier, simplifier et harmoniser les règles du secret professionnel, de l'obligation de signalement et des conduites à tenir pour les différentes catégories de professionnels susceptibles d'intervenir auprès de personnes vulnérables.

On pourrait utilement s'inspirer d'outils tels que les trousseaux de prévention des problèmes de santé psychologique au travail proposées par l'Université Laval de Québec et l'IRSST, destinées à faciliter le repérage, la révélation et le cas échéant le signalement aux autorités administratives et judiciaires des situations de violence.

Il est constaté une sous-déclaration des situations de maltraitance en direction des services déconcentrés. Ce constat peut s'expliquer par le décalage entre le champ de l'obligation de signalement prévue par les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal et la réalité des situations de violence et maltraitance le plus fréquemment rencontrées par les personnes handicapées et les personnes âgées, or ces situations de maltraitance « ordinaire » ou en « creux » ne relèvent pas des catégories décrites par la loi. Par ailleurs, la peur de représailles constitue un frein évident à l'énonciation de ces situations.

Cette sous-déclaration peut également s'expliquer par la méconnaissance de l'obligation de signalement à effectuer également auprès de l'autorité administrative de contrôle, par suite de la combinaison des articles L.331.1 et suivants et L.311.3 CASF, instituant respectivement une surveillance des conditions de fonctionnement et l'obligation générale pour les établissements et services à caractère social d'assurer à toute personne prise en charge « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ». Le champ de cette obligation est plus large que celui résultant des dispositions du Code pénal, dans la mesure où il inclut tout acte de violence significatif par les atteintes qu'il entraîne (critères de l'exercice d'une contrainte, d'une volonté symbolique d'effacer le réel et de l'existence de traces, physiques, morales ou psychiques).

Il semble à la Commission que l'établissement devrait informer l'autorité administrative (DDASS) en présence :

- De maltraitance avérée, sévices ou privations menaçant ou compromettant la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ;
- D'une plainte déposée par l'utilisateur ou son représentant, un membre du personnel, un tiers à l'établissement ;

⁵⁰ art.11 de la loi du 2 janvier 2004, modifiant l'article 226-14 du Code pénal qui étend explicitement les motifs d'exemption du secret professionnel

- Ou lorsqu'une procédure disciplinaire est engagée à l'encontre d'un agent, sur des motifs relatifs à des comportements maltraitants, portant atteinte à la dignité, à l'intégrité, à la sécurité, la santé des personnes.

22. *La Commission recommande* de préciser les conditions dans lesquelles les établissements doivent informer les autorités administratives ou judiciaires des situations de maltraitance ou de violences survenues dans leur établissement ;
23. *La Commission recommande* de mettre en place de manière systématique des protocoles clairs précisant ce que les agents doivent faire lorsqu'ils sont confrontés à tel ou tel type de situations ;
24. ...et de s'assurer de l'effectivité du dispositif de protection des témoins salariés.

6.2. Une prise en charge coordonnée

Il apparaît nécessaire de coordonner localement les interventions des acteurs publics et associatifs concernés par la lutte contre les violences et la maltraitance envers les personnes vulnérables, majeurs ou mineurs. La circulaire n°280 du 3 mai 2002 prévoyait à cet effet la création d'une instance de pilotage ayant pour missions, notamment, de réaliser un état des lieux des problèmes et des réponses apportées dans le département, en vue d'effectuer un diagnostic partagé ; d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme de sensibilisation, de prévention et de lutte. Une cellule technique, inter-institutionnelle était chargée d'effectuer le traitement et de suivi des signalements, concernant des personnes accueillies en établissement ou à domicile. Cette circulaire a été mise en œuvre de façon inégale et aucune évaluation n'a pu être faite du fonctionnement des instances départementales.

25. *La Commission insiste* sur la nécessité de coordonner au niveau de chaque département les dispositifs de prévention, d'écoute et de lutte contre la maltraitance et les violences envers l'ensemble des personnes vulnérables quel que soit leur âge, ou leur handicap et recommande la mise en œuvre des dispositions de la circulaire du 3 mai 2002 en l'aménageant de façon à éviter la multiplication des instances.

6.3. Un meilleur repérage des publics à risques

L'essentiel des violences et maltraitements est exercé par ignorance ou par inadvertance.

26. *La Commission insiste* sur la connaissance des facteurs de risques, individuels et collectifs qui conduisent à la maltraitance et sur les comportements permettant de la prévenir

6.4. Organiser le dépistage des personnes traumatisées crâniennes en risque d'évolution sociale défavorable et de désocialisation.

Un traumatisme crânien est un événement de santé au déterminisme violent, le plus souvent lié à la violence routière. Les conséquences sont celles d'un traumatisme existentiel. Le rapport Lebeau de l'IGAS publié en 1995 a mis en évidence que le devenir social des personnes traumatisées crâniennes est le plus souvent mauvais : on observe le plus souvent une désinsertion et une désocialisation, parfois compliquées de conduites délictueuses.

La circulaire DAS n°96-428 du 4 juillet 1996 (« relative à la prise en charge médicosociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien ») avait appelé à des réponses médicosociales et proposé la création d'unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS). Une vingtaine fonctionne à ce jour dans le pays. Mais, d'une part, toutes les personnes n'y sont pas admises et, d'autre part, celles qui sont admises sortent de leur stage (de trois mois en général) avec une orientation qui n'est souvent pas suivie d'effet durable.

27. La Commission recommande que le projet de circulaire DGAS destiné à enrichir les possibilités d'accompagnement au long cours de ces personnes à risques (équipes mobiles médico-sociales, accueil de jour, etc....) porte une attention particulière aux personnes désinsérées et en risque de désocialisation.

6.5. Organiser le suivi des personnes victimes d'un traumatisme crânien dit léger

Les personnes victimes d'un traumatisme crânien léger subissent une maltraitance, ou plus précisément une non-bienveillance par défaut de suivi préventif secondaire organisé.

28. La Commission recommande d'organiser le suivi des personnes victimes d'un traumatisme crânien dit léger et de sensibiliser tous les professionnels susceptibles de les rencontrer, en particulier les médecins généralistes et acteurs du monde social et du monde du travail.

6.6. Former les intervenants, valoriser les métiers, créer des filières spécifiques

Au delà de l'information sur le droit, il convient d'améliorer la connaissance des caractéristiques des personnes âgées et handicapées, de modifier le regard porté par les professionnels sur les personnes dont ils ont la charge et de mettre l'accent sur la compréhension des situations et la prévention des risques, plus que sur la punition des « coupables ».

La Commission reconnaît unanimement la nécessité d'agir sur la formation des intervenants quel que soit leur statut : professionnels du soins, de l'accompagnement, équipes dirigeantes (gestionnaires bénévoles, équipes de direction), aidants naturels, bénévoles... Et ce, à tous les stades : formation initiale, formation continue, validation des acquis de l'expérience professionnelle.

La formation des cadres, notamment dans l'aide à domicile et en EHPAD doit tenir compte de la valorisation du personnel soignant, de l'importance de leur qualité de vie au travail et de la reconnaissance de leur action. La bienveillance de l'équipe et son bien-être favorisent considérablement la bienveillance des résidents.

L'UNAPEI fédère 750 associations, regroupe 2 300 établissements et services et accompagne 180 000 personnes. L'UNAPEI s'est doté d'un comité national d'éthique. Ses Commissions mènent des réflexions sur les problématiques du handicap et conseillent les associations que l'Union nationale fédère. L'UNAPEI intervient également comme centre de formation : la maltraitance est l'un des thèmes récurrents. En 1993, l'UNAPEI a lancé un projet associatif global qui invite les associations à effectuer un travail de recentrage sur leurs valeurs et leurs objectifs et sur les moyens dont elles se dotent pour réaliser ces objectifs. En 1994, une étude a été réalisée sur le thème de la vie sexuelle et affective de la personne handicapée mentale et son incidence sur sa prise en charge familiale et pédagogique et sa fonction parentale. En 1998, un travail a été réalisé sur la problématique du SIDA. Une étude sur les maltraitances des personnes handicapées dans la famille, dans les institutions et dans la société a donné lieu à la rédaction d'un Livre Blanc qui émettait trois recommandations : prévenir, repérer et agir. Le Comité national d'éthique a rassemblé tous ces travaux dans un ouvrage intitulé *Ethique et Droit*. Le mouvement associatif

n'a pas négligé cette question de la maltraitance, cependant force est de reconnaître que ces outils de référence ne sont pas suffisants.

Pour l'UNAPEI, il convient de mettre en miroir la maltraitance et la bien-traitance afin de viser le bien-être de ces personnes plutôt que de s'enfermer dans une attitude négative. Le travail de tous les intervenants doit être valorisé, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de personnels sans qualification initiale, en difficulté sociale ou personnelle, ce qui serait semble-t-il souvent le cas dans les recrutements des maisons d'accueil spécialisé et dans les foyers d'accueil médicalisé. Une attention soutenue doit être portée aux procédures de recrutement de ces personnes ainsi qu'au recrutement des directeurs des établissements.

Les formations individuelles en établissement ne permettent pas une modification des pratiques de l'ensemble de l'équipe soignante, elles mettent même parfois la personne formée en difficulté du fait du décalage entre ses nouvelles connaissances et la pratique existante. Aussi, les formations-actions de l'ensemble de l'équipe au sein de la structure sont à privilégier.

Par ailleurs, la Commission souligne en particulier que la formation en direction des personnels des services des autorités administratives de contrôle doit privilégier l'approche de la maltraitance comme risque géré comme tel à tous les stades de l'intervention administrative : de l'autorisation à la vie quotidienne de l'institution.

29. *La Commission souhaite* que soient élaborées des recommandations en vue d'un corpus minimum de connaissances relatif à la maltraitance, modulé suivant les professions et les lieux d'exercice, établissement ou domicile ; ce corpus a vocation à être intégré dans toutes les formations - initiale et continue - des professionnels de l'aide et du soin ; une attention particulière sera apportée aux soins relationnels, à la connaissance des représentations et des pratiques de soins familiales et profanes, à la palette pluridisciplinaire de la lutte contre le handicap, aux moments clés de la journée : toilette, repas, couchers, transferts ;
30. *Elle conseille* en outre de privilégier des méthodes de formation-action, qui permettent d'intégrer la formation dans un projet plus global de bientraitance, en s'appuyant sur des outils de types « trousse de bientraitance » ou mallettes pédagogiques constituées d'outils simples permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques ;
31. *De plus*, les métiers de l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie devront faire l'objet de campagnes de promotion.

L'organisation des institutions, en particulier le cloisonnement entre le sanitaire et le social, pourtant indissociables dans la lutte contre le handicap, engendre une maltraitance, ou plus précisément une non-bientraitance des personnes qui vivent avec un handicap, très dommageable pour elles.

Les médecins traitants ont de plus en plus souvent à gérer au domicile un état de santé séquellaire (lors de la sortie d'hôpital, par exemple) ou une situation de maladie chronique évolutive, marqués par un handicap important au quotidien. Quels que soient le degré et la nature du handicap, physique ou comportemental, les réponses à mettre en œuvre et à coordonner doivent toujours associer des ressources pluridisciplinaires des registres sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

32. *La Commission recommande* de former les acteurs sanitaires et sociaux du lieu de vie à la palette pluridisciplinaire de la lutte contre le handicap.

7. Sensibiliser le grand public

7.1. Amplifier la communication

Personnes âgées et handicapées sont les grands absents de la scène médiatique. La sensibilisation du public aux questions de violence et de maltraitance à leur égard doit éviter le registre de la victimisation ou de l'indignation qui renforcerait leur stigmatisation.

33. *La Commission souhaite* que soient soutenues et relayées les campagnes de communication projetées par les secrétariats d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées, en suscitant un « autre regard » sur les personnes handicapées et sur les personnes âgées (brochures, affiches, CD-Rom...);

34. *Elle propose*, en outre, d'intégrer, dans les campagnes destinées à la prévention des violences faites aux femmes et à la protection de l'enfance, des images de femmes âgées ou d'enfants handicapés...

7.2. Informer et accompagner au moment de la sortie de l'hôpital les familles d'une personne conservant un fort niveau de handicap et de dépendance

La sortie du monde hospitalier d'une personne dont l'état de santé est marqué par un handicap n'est pas simple pour les proches. Quels que soient le degré et la nature du handicap, physique ou comportemental, les réponses doivent toujours associer les registres sanitaires, médicosociaux et sociaux, dont les acteurs fonctionnent souvent de façon un peu cloisonnée.

35. *La Commission recommande d'informer* et d'accompagner au moment de la sortie de l'hôpital les familles d'une personne conservant un fort niveau de handicap et de dépendance, sous la forme d'un livret « sortie d'hôpital et retour à domicile d'une personne devenue handicapée : stratégie et ressources » ;

36. *Elle suggère* de créer à l'intention des proches des livrets « la vie quotidienne d'une personne⁵¹ ...présentant un handicap fonctionnel », ainsi que des livrets d'information sur chaque maladie invalidante⁵² à l'intention des familles, en s'appuyant sur les outils réalisés par les associations spécifiques de malades et de familles, et également une fiche INPES « SOS Handicap ».

B. Renforcer les dispositifs existants, remédier aux carences

1. Améliorer les pratiques de soins

Garantir la sécurité des personnes et la qualité des prestations délivrées est un objectif constant des politiques de santé. L'État a fortement affirmé sa volonté d'améliorer la sécurité et la protection des personnes et de leurs droits, notamment à travers la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale et la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette préoccupation, inscrite dans la loi s'est traduite par l'élaboration et la diffusion de nombreux référentiels, une meilleure connaissance du vieillissement et des pathologies du handicap, un

⁵¹ ...hémiplegique, paraplégique, tétraplégique, aphasique, ventilée, gastrostomisée, atteinte de la maladie de Parkinson, en état pauci-relationnel, etc ...

⁵² AVC, traumatisme crânien, para-tétraplégie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington...

effort sur la formation médicale, le recensement des bonnes pratiques cliniques, le développement des démarches d'évaluation, notamment *via* l'accréditation des établissements de santé.

Tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine médicosocial et social, les avancées sont notables, diverses et évolutives dans la prise en compte des besoins des personnes handicapées et dans les réponses concrètes proposées⁵³. Cependant, la Commission a relevé certaines carences dans les pratiques de soins, lors de situations de crise, quand des faits de maltraitements avérés et patents sont révélés mais également dans les circonstances habituelles de la prise en charge et / ou de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées (ce que la Commission a identifié comme étant de la maltraitance « en creux »). Les situations de changements, hospitalisation, retour à domicile, passage d'un service de soins de suite à un service de long séjour, deuils, ... sont des moments de rupture pour les personnes vulnérables.

2. Porter l'effort sur le domicile

Par ailleurs, la Commission a pu constater que l'accompagnement et la prise en charge des personnes vulnérables à leur domicile étaient largement ignorés des dispositifs de lutte et de prévention des violences, alors que la grande majorité des personnes âgées et handicapées vivent à domicile. Compte tenu de ces éléments et sans mésestimer les difficultés propres à ce secteur, liées, notamment, à l'intrusion dans la sphère privée, la Commission a souhaité émettre des recommandations spécifiques en direction des personnes âgées et personnes handicapées vivant à leur domicile.

3. Soutenir les personnes et les organisations

Enfin, la Commission relève les insuffisances en matière d'accueil et de soins apportés aux victimes de violences âgées ou handicapées et à leur entourage. Elle pointe également des lacunes dans le dispositif de soutien et de suivi des professionnels qu'ils aient été ou non mis en cause. Dans une majorité de situations, le « maltraitant » est tout aussi souffrant que la personne qu'il maltraite et doit bénéficier, lui aussi, de soutien et de suivi.

Les recommandations tendront notamment à permettre une meilleure prise en charge des victimes et des personnes mises en cause, en vue de soutenir les personnes et les organisations, et, de prévenir la reproduction de nouveaux épisodes de violence.

4. Analyser et améliorer les pratiques

Il convient d'instaurer des bonnes pratiques afin de prévenir la maltraitance dans la situation de soins au domicile ou en établissement. En particulier lors des situations de crise, lorsque sont identifiées des violences patentes ; lors de situations de maltraitance ordinaire, violences en creux, négligences, inadvertance, méconnaissance ; et lors de situations de rupture dans la trajectoire de vie des personnes âgées ou des personnes handicapées : hospitalisation, retour à domicile, entrée en établissements, changement de statut (personnes handicapées vieillissantes, passage du secteur enfance au secteur adulte...).

⁵³ Par exemple, équipes mobiles à partir des services de soins de suite et de réadaptation, services d'hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile récemment revus pour être plus ouverts aux personnes handicapées, site pour la vie autonome, forfaits d'auxiliaires de vie, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, MAS ambulatoires expérimentales, réseaux de santé, futures maisons du handicap ...

5. Connaître et diffuser les bonnes pratiques de soins et d'accompagnement

Les bonnes pratiques relatives aux personnes âgées dans le secteur social et médico-social font l'objet d'une abondante littérature : recommandations de l'ANAES, guides pratiques de la DHOS et de la DGAS dans différents domaines (contention, liberté d'aller et venir, nutrition, déshydratations, lutte contre la douleur, incontinence...). Améliorer les pratiques suppose l'accroissement de la connaissance du vieillissement et du handicap et de sa diffusion, l'implication des médecins dans les structures, le développement des recommandations, le développement des actions de formation dans les établissements et services et l'évaluation des pratiques professionnelles.

La permanence des gains est conditionnée à la mise en œuvre de programmes d'intervention rigoureusement encadrés et évalués. L'exemple du plan de prévention des escarres présenté par M. le Dr D. Colin illustre cette nécessité.

37. *La Commission recommande* qu'un effort similaire à celui accompli dans le domaine de la gériatrie soit impulsé en matière de bonnes pratiques dans le domaine du handicap, en s'appuyant sur les travaux existants.

6. Prévenir la maltraitance lors des changements de parcours

Les situations de rupture peuvent constituer autant d'occasions de violence aux personnes ou de négligence à leur endroit. L'admission d'une personne handicapée dans un service hospitalier de court séjour pour un motif précis ne s'assortit pas toujours des autres considérations liées à son handicap et à sa dépendance, alors qu'elle est brutalement déstabilisée dans son organisation quotidienne en place à son domicile. Attentes indues, demandes humiliantes, réponses blessantes, majoration progressive de la perte d'autonomie et de la dépendance ne sont pas rares du fait du changement de contexte humain et technique et de l'inadaptation quant aux besoins propres de la personne. La structure d'accueil hospitalière est souvent trop exclusivement focalisée sur le motif d'hospitalisation, voire sur l'organe malade et non sur la personne.

La personne peut en ressortir guérie quant au motif d'hospitalisation, mais altérée dans son autonomie ou sur le plan psychologique, quant ce n'est pas avec une complication propre à son handicap (encore l'exemple des escarres).

Pour des raisons de handicap, c'est parfois même l'accès aux soins qui est pénalisé. Le regard focalisé des acteurs du court séjour devrait toujours s'élargir aux considérations propres à l'avenir fonctionnel, pour éviter qu'une personne sorte d'une hospitalisation en service de court séjour guérie mais invalidée ou aggravée. Ce risque est également présent dans le fonctionnement médicosocial. On sous-estime, en effet, les risques de décompensation des personnes fragiles ; il s'agit là d'un vrai risque iatrogène pour les personnes à autonomie réduite, qui devrait être traité, à travers tout l'établissement, sous une forme à définir, en s'appuyant sur l'intervention d'équipes mobiles de réadaptation ou de gériatrie, en associant, le cas échéant, des psychologues.

38. *La Commission recommande* dans les établissements hospitaliers une vigilance particulière aux risques de décompensation des personnes fragiles.

Une autre maltraitance peut se produire lors de l'orientation entre service de court séjour et service de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'une personne handicapée ou l'étant devenue du fait d'un événement de santé ou de son parcours hospitalier. Combien de ces orientations sont faites de façon opportuniste ou hasardeuse, sous la pression de la nécessité de libérer le lit de court séjour, sans tenir précisément compte du besoin et du projet thérapeutiques propres à la personne ?

La famille des services de soins de suite et de réadaptation étant vaste et hétérogène, puisqu'elle va des services de convalescence simple aux services actifs et hautement spécialisés de médecine physique et de réadaptation. L'articulation entre court séjour et SSR doit être médicalement et socialement adéquate pour la personne considérée, ne lui faisant pas courir le risque d'une perte de chance liée à une orientation hasardeuse.

Signalons par ailleurs que certaines personnes grandement handicapées ou l'étant devenues ne trouvent pas de place dans les services de soins de suite ou de réadaptation du fait de la lourdeur des soins les concernant (par exemple personnes en suppléance technique de fonctions vitales, personnes trachéotomisées avec ou sans assistance ventilatoire mécanique). En effet, du fait de l'accroissement des performances médicales et hospitalières, les services de soins de suite ou de réadaptation, pourtant moins dotés, se voient soumis à des demandes concernant des patients de plus en plus lourds en charge de soins. Ceci, associé au fait que le secteur médicosocial est quantitativement et qualitativement insuffisant peut aboutir à certains séjours indéfinis dans des services de réanimation, par exemple.

39. *La Commission recommande* de renforcer l'articulation entre court séjour et service de soins et de réadaptation.

Par ailleurs, la sortie du monde hospitalier vers le domicile pour une personne qui garde de son événement de santé des séquelles parfois lourdes, avec une dépendance sanitaire et / ou fonctionnelle grande, suppose que l'institution hospitalière puisse jouer pleinement ses missions de réadaptation et de réinsertion qui lui sont dévolues au travers du secteur de soins de suite et de réadaptation.

Le double cloisonnement fonctionnel existant d'une part entre le monde hospitalier et celui des acteurs sanitaires de ville et d'autre part entre le monde sanitaire et le monde social, ainsi que l'absence de pratique libérale - et donc de disponibilité au domicile - de certaines professions indispensables à la réadaptation sur le lieu de vie (comme les ergothérapeutes, les psychologues), ne facilitent pas ces missions.

Les services de SSR doivent contourner ces obstacles en mettant en place des formules transitionnelles ou de décroisement et de liaison, comme des services d'hospitalisation à domicile, des services d'hôpital de jour, des équipes mobiles hospitalières médico-technico-sociales de réadaptation à domicile, ou encore des services de soins coordonnés hôpital-ville. Mais tout ceci n'est pas administrativement simple à construire, et est donc peu répandu. Les réseaux de santé, qui permettent la coopération du sanitaire, du médicosocial et du social, peuvent être, à cet égard, une chance.

40. *La Commission recommande* de mettre en œuvre les réseaux de santé et de handicap, afin de mieux assurer les périodes de transition et l'accompagnement des personnes.

Enfin, en plus des éventuels réseaux de santé handicap, on peut espérer que l'amointrissement d'une situation de handicap sur le lieu de vie, au domicile, soit facilité par la loi du 11 février 2005. En effet, la lutte contre le handicap vécu suppose toujours une étroite concertation « médico-paramédico-technico-psycho-

sociale » difficile à mettre en œuvre pour des raisons de culture des intervenants, de non-disponibilité de certaines professions ou de cloisonnement structurel sanitaire-social.

L'accès aux solutions de compensation fonctionnelle (aides techniques, aménagements du logement, aides humaines, mesures sociales) devrait être facilité par les maisons départementales des personnes handicapées et l'élaboration des plans personnalisés de compensation dont le financement relèvera de la solidarité nationale.

Le grand handicap à domicile est encore aujourd'hui trop souvent à l'origine d'un épuisement des familles dans une charge à assumer 24h sur 24, 365 jours par an, par insuffisance jusqu'alors, au moins quantitative, des réponses médicosociales et sociales (à laquelle s'ajoutent les délais décourageants parfois de traitement des dossiers).

Rappelons enfin que dans le cas où le maintien à domicile n'est pas souhaité, les alternatives médicosociales manquent, aboutissant encore assez souvent à des exils de personnes handicapées dépendantes dans des structures coûteuses de pays frontaliers. Quant à l'accueil temporaire, de journée ou pour des séjours dit « de répit », il est aussi à développer.

Les personnes âgées dépendantes ou les personnes handicapées hospitalisées nécessitent des soins, un accompagnement et des équipements adaptés (tables de gynécologie adaptées, matériel de transfert, toilettes adaptées, notices lisibles, accessibilité...).

41. *La Commission recommande* de renforcer les filières adaptées par la présence de spécialistes formés aux problématiques du vieillissement et du handicap, permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques, notamment en développant la filière de formation médicale à la gériatrie et en engageant une réflexion sur la création de nouveaux métiers ou de spécialisation à la prise en charge des personnes âgées fragiles ;
42. *D'engager* une réflexion, en lien avec les réseaux de coordination gérontologique et les maisons du handicap, en vue de mettre en place des professionnels garants de la continuité des projets de vie et de soin, en s'inspirant du concept anglo-saxon du case manager ;
43. *La Commission recommande* d'effectuer un état des lieux des équipements et le cas échéant d'organiser localement leur mise à disposition dans le cadre de conventions ou de mutualisation de moyens ;
44. *De généraliser* les conventions passées entre certaines associations du handicap et les établissements hospitaliers pour faciliter l'accueil des personnes handicapées, à l'instar des conventions passées par la fédération hospitalière de France, qui prévoit qu'une personne handicapée se rendant à l'hôpital est accompagnée de son référent ;
45. *D'informer* les personnels des structures hospitalières sur la précarité fonctionnelle des publics âgés ou handicapés en utilisant le dispositif des équipes mobiles gériatriques ou de rééducation.

La progression d'un dossier administratif en vue de la mise en place de mesures nécessaires à une personne en situation de handicap, telles qu'un dossier « site pour la vie autonome » pour l'aménagement du logement ou l'acquisition d'une aide technique particulière (fauteuil roulant électrique, appareil de communication ou de contrôle de l'environnement par exemple), ou telles qu'un dossier COTOREP ou CDES dont le positionnement ou la décision sont des sésames indispensables pour de très nombreuses mesures fondamentales pour la vie quotidienne, est marquée par la latence et l'importance des délais.

Déjà gênante quand la facilitation de la vie quotidienne en dépend, la longueur des délais devient franchement rédhibitoire quand il s'agit d'une situation évolutive liée à l'évolution parfois rapide d'une

maladie invalidante (sclérose latérale amyotrophique, certaines phases évolutives de sclérose en plaques par exemple). Il n'est pas rare que, lorsque la décision peut enfin prendre effet, la personne ne soit plus dans un état clinique lui permettant d'en bénéficier. Ainsi, beaucoup de personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique reçoivent leur carte « station debout pénible » alors qu'elles sont déjà devenues, en quelques mois, paraplégiques ou tétraplégiques, voire sont décédées.

Un traitement rapide de ces dossiers et la mise en place d'une organisation adéquate par les instances sont nécessaires. Dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées, une attention particulière devra être apportée à la surveillance des délais de réponse.

46. *La Commission recommande d'organiser dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées, un suivi particulier des dossiers nécessitant un traitement urgent.*

7. Pour une prise en charge continue et personnalisée

Au cours de ces dernières années, comme le note l'OMS, on remarque une diversification de l'offre de soins là où, auparavant, l'hôpital était souvent la seule réponse⁵⁴. Les personnes âgées sont confrontées actuellement à une panoplie de services gériatriques qui se sont développés ou sont en cours de développement. Ces services vont de l'évaluation de situations aiguës⁵⁵ à l'évaluation en situation stable et la compensation des incapacités⁵⁶, en passant par la réadaptation fonctionnelle (services de soins de suite et de réadaptation gériatrique).

Ces services spécifiques s'ajoutent aux services de santé déjà existants pour la population générale et dont les personnes âgées sont parfois une des « clientèles » principales (SSIAD, HAD, CM2R, hôpitaux de jour de réadaptation fonctionnelle, CMP, professions paramédicales libérales). Or, la multiplicité des services et des intervenants qui est en soi une grande richesse de notre système de soins, génère des problèmes de continuité au niveau des soins et services offerts. Les autres problèmes inhérents à cette multiplicité concernent l'accessibilité et l'équité de l'accès. Les personnes handicapées rencontrent également ces difficultés.

La solution à ces problèmes se situe dans une prise en charge continue et personnalisée dont le modèle idéal repose sur la gestion de cas, processus qui comprend les étapes clefs suivantes :

- L'identification des cas selon des critères prédéfinis c'est-à-dire un point d'accès unique avec un outil de triage ;
- Une évaluation multidimensionnelle standardisée ;
- La planification individualisée et l'identification des ressources ;
- la mise en application, la surveillance et la réévaluation du plan.

Certains y ajoutent la notion « d'**advocacy** »⁵⁷ qui combine le conseil et la représentation, rôle souvent dévolu à la famille si celle-ci est présente et investie.

⁵⁴ Gröne O, 2001

⁵⁵ Unité de gériatrie aiguë en lien avec les SAU, consultations externes d'évaluation gériatriques, hôpitaux de jour d'évaluation

⁵⁶ CLIC, service d'aide ménagères, services d'auxiliaire de vie, portage de repas privé ou public, services d'aide bénévole, EHPAD, accueil de jour, ...

⁵⁷ Challis D, 1992 ; Genrich SJ, 2000

47. *La Commission recommande d'expérimenter la « gestion de cas », auprès de personnes âgées et de personnes handicapées, dans plusieurs sites pilotes.*

8. Assurer l'accueil, les soins, le suivi des victimes et des personnes mises en cause

L'accueil, les soins et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles ou de violences conjugales sont des préoccupations présentes depuis plusieurs années dans le secteur hospitalier.

La prise en compte des personnes « mises en cause » est plus récente et résulte de l'observation que la maltraitance à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit le plus souvent dans une interaction entre victimes et auteurs, dans une relation de soins ou de dépendance perversie où la souffrance et le mal-être des soignants sont à la fois des facteurs de risques et des éléments de compréhension. Par ailleurs, la restauration des capacités des personnes et des organisations est une condition nécessaire pour surmonter la crise et garantir la sûreté des personnes qui vivent ou travaillent dans l'établissement.

9. Les victimes et les usagers

9.1. Accueil, soins et accompagnement

48. *La Commission recommande d'intégrer dans l'examen clinique et dans le dossier infirmier des items favorisant le repérage de la maltraitance en présence de personnes et situations « à risque ».*

L'accueil des victimes doit être amélioré en l'adaptant à la particulière vulnérabilité des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment lorsqu'elle n'ont pas l'usage de la parole ou qu'elles souffrent de déficiences intellectuelles ou mentales. Des progrès importants ont été réalisés en termes de suivi judiciaire par les services du ministère de l'Intérieur et du ministère de la Justice à tous les stades de la procédure. Il importe que les avancées sur le traitement des violences au sein du couple, également pertinentes pour les personnes âgées et les personnes handicapées, puissent leur bénéficier.

49. *La Commission recommande de veiller à la formation des personnels des unités de gendarmerie et postes de police amenés à entendre les victimes, recueillir les témoignages et traiter ces contentieux ;*

50. *D'aménager l'accueil des victimes âgées et handicapées dans les Unités médico-judiciaires ;*

51. *D'étendre, sur le modèle existant pour les mineurs, la possibilité pour le juge d'instruction de désigner un administrateur *ad hoc* chargé d'assister la personne vulnérable tout au long de la procédure judiciaire.*

52. *La Commission recommande d'instaurer une obligation de motivation circonstanciée pour les décisions de classement sans suite concernant des allégations de violences ou maltraitements envers les adultes vulnérables.*

10. Prise en charge des personnes « mises en cause »

Une attention accrue a été portée ces dernières années à l'accueil et à la prise en charge des victimes. En dehors des auteurs de violences sexuelles pour lesquelles des mesures de soins ont été récemment renforcées, les personnes mises en cause dans des situations de violences sont aujourd'hui peu soutenues. La Commission constate que les administrations et les équipes dirigeantes sont souvent démunies à l'égard de ces personnes, professionnels ou non, qui maltraitent le plus souvent par ignorance, maladresse, inadvertance. Il faut s'efforcer de connaître les pistes d'intervention.

53. *La Commission recommande* d'effectuer une étude en vue du recensement des préoccupations des directeurs ou des gestionnaires de ressources humaines à l'égard des personnels présumés auteurs de maltraitance afin de dégager des lignes de conduites.

En ce qui concerne les sanctions, les mesures conservatoires et la prévention de la récurrence :

54. *La Commission recommande* en complément, un usage plus large des mesures de mise à pied conservatoire à l'égard des personnels mis en cause dans des affaires de maltraitance ;

55. *De simplifier* les modalités de mise en œuvre du régime d'incapacités d'exercice prévus par l'article L.133-6-1 du CASF ;

56. *D'utiliser* plus largement les mesures de protection avant jugement et en particulier l'éloignement de l'auteur des violences.

C. Infléchir et innover

Dans les institutions, divers dysfonctionnements (carence de régulation institutionnelle, défaut de circulation de l'information, défaillance de la chaîne de décision, isolement institutionnel) peuvent être des facteurs favorisant les situations ou comportements maltraitants. Une approche de gestion des risques paraît alors appropriée.

Il est apparu à la Commission que le risque de maltraitance était fréquemment favorisé par des situations d'enfermement, d'emprise, de face-à-face entre une ou plusieurs personnes fragiles et un entourage professionnel ou non qui exerce une forme de domination ou qui est en proie au désarroi ou à l'épuisement. Des tiers pourraient être introduits dans ces situations, avec une vocation à écouter, prévenir, gérer.

Enfin, il est indispensable de promouvoir des recherches fondamentales et appliquées qui permettront de disposer d'indicateurs fiables et d'outils opérationnels.

1. Développer une culture de gestion des risques

Au-delà des approches sectorielles s'intéressant principalement aux risques réglementés (sécurité incendie, hygiène alimentaire,...), ou d'approches qui privilégient un face-à-face « auteur - victime », il s'agit de promouvoir une démarche intégrée de gestion des risques qui prenne en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins, d'accompagnement et d'hébergement des personnes vulnérables. Cette démarche systémique doit prendre en compte les facteurs techniques, humains et organisationnels :

- Dégager les grands principes méthodologiques qui prévalent en matière de gestion des risques en les adaptant aux spécificités du secteur médicosocial et plus précisément pour les personnes âgées et handicapées ;
- Décliner les outils opérationnels pour la mise en œuvre dans les établissements d'une conduite de gestion des risques en privilégiant la prévention, le repérage des risques, la remontée d'information et le suivi des incidents.

1.1. Intégrer le risque « violence » dans les établissements de santé

Des avancées importantes ont été réalisées dans ce domaine⁵⁸. Cependant, il convient de prendre en compte, dans les programmes de gestion du risque des établissements de santé, les risques de violence, tant à l'égard des usagers qu'à l'égard du personnel.

La Commission souligne la nécessité d'une approche globale des risques au sein des établissements de santé et des ESMS. Elle relève le poids des facteurs humains et organisationnels dans la problématique de la maltraitance, des violences et du stress dans ces établissements.

57. *La Commission recommande* de poursuivre les travaux relatifs à la gestion des risques réalisés par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins en y intégrant les risques de violence et les risques psychosociaux ;

58. *Et de mener* des actions de recherche et d'assistance aux établissements de santé et ESMS sur la question des risques psychosociaux selon des approches multidisciplinaires (épidémiologie, psychologie, sociologie, ergonomie...). Ces actions devraient privilégier une démarche centrée sur l'explicitation de bonnes pratiques d'organisation du travail.

1.2. Le risque « violence » et le secteur et médicosocial

En s'inspirant de systèmes de gestion des risques dans les établissements de santé, et en lien avec les travaux du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, des protocoles de repérage des risques de maltraitance et de violences ainsi que des protocoles précisant la conduite à tenir en cas de crise pourraient être élaborés pour le secteur social et médicosocial.

59. *La Commission recommande* que soit élaboré et diffusé un guide méthodologique de gestion des risques en établissement social et médico-social, ainsi qu'un guide d'auto-évaluation des risques de violences et maltraitance en ESMS qui pourrait notamment s'appuyer sur le guide de repérage des risques de violence de la DGAS.

60. *Et propose* de rendre obligatoire pour tous les établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapés, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux l'élaboration de protocoles de repérage des risques de maltraitance et de violences ainsi que des protocoles précisant la conduite à tenir en cas de crise.

2. Prévenir et lutter contre la maltraitance au domicile

⁵⁸ ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003
Circulaire DHOS n°176 du 29 mars 2004

Comme on l'a montré plus haut, la majorité des personnes vulnérables vivent à domicile. Les déficits de la personne aidée, en particulier sur le plan cognitif, et ses troubles comportementaux entraînent des difficultés pratiques pour l'entourage, mais aussi des conséquences psychologiques qui sont alors des facteurs de stress secondaire, liés au conflit des rôles chez l'aidant, qui concilie avec difficulté son rôle d'aidant, et ses autres rôles sur le plan familial, professionnel et social.

Les aidants naturels familiaux se retrouvent parfois très désemparés, essayant de mettre en place les ressources humaines et techniques nécessaires, ou en première ligne dans la vie quotidienne. Ceci aboutit à des sentiments d'isolement, de stress, et à des épuisements physiques et psychologiques liés aux charges induites par le bouleversement du quotidien, surtout quand il s'agit de situations de très grand handicap. De plus, ils ont eux-mêmes à faire face à leur propre réadaptation psychologique en même temps qu'à l'apprentissage de leurs interventions nécessaires.

Des services novateurs tendant à répondre aux besoins diversifiés et grandissants des aidants naturels et professionnels ont été expérimentés, principalement au Québec⁵⁹ : centre de soutien aux aidants, Halte-répit, programme de stimulation à domicile, *counselling* des aidants (incluant gestion du stress, établissement des limites personnelles)...

61. *La Commission recommande* la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de soutien en faveur des aidants et des personnes vulnérables ;

62. *De développer* l'accueil de jour et l'accueil temporaire.

Par ailleurs, les aidants professionnels souffrent souvent d'une qualification insuffisante. Conforter leur professionnalité par la construction d'une reconnaissance représente donc un réel enjeu.

63. *La Commission souligne* la nécessité de la valorisation de ce type d'activité, d'une politique adaptée de rémunération, d'un recrutement exigeant par des cadres compétents, et d'une évaluation régulière de l'aptitude.

2.1. Promouvoir l'élaboration d'une charte des intervenants à domicile

La Commission a pointé un certain nombre de difficultés propres à l'intervention au domicile (voire à l'intrusion), et aux situations de huis clos voire d'emprise qui peuvent s'y développer.

64. *La Commission recommande* l'élaboration d'une « charte des intervenants à domicile » qui clarifierait le positionnement de l'aidant professionnel, de l'usager et de l'entourage ; cette charte abordera également le respect des droits et libertés de l'usager, les conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention, la formation et le soutien des personnels, les conduites à tenir en cas de confrontation à une situation de maltraitance exercée par la famille ou l'entourage...(cette charte pourra utilement s'inspirer de la charte des droits et libertés de la personne accueillie).

⁵⁹ Centre de soutien aux aidants René Cassin, site internet geronto.org

2.2. Renforcer la coordination et favoriser le travail en réseau

Les dispositions récentes relatives au soutien des aidants par la diversification de l'offre, l'accueil temporaire, l'accueil de jour, l'augmentation de l'offre de service en termes d'aide à domicile constituent des avancées significatives. En la matière, le travail en réseau doit permettre de rompre l'isolement des professionnels et de partager des expériences des patients au travers de réalités multiples afin d'arriver à un langage partagé et commun.

Plus précisément, l'élaboration des projets de vie par les usagers eux même - éclairés par des professionnels - constitue le point de départ d'une prise en charge centrée sur la personne.

65. *La Commission recommande* que l'État veille à la mise en place des dispositions concernant les projets de vie prévues par la loi du 11 janvier 2005, en s'appuyant sur les CLIC et Maisons départementales des personnes handicapées.

2.3. Organiser la surveillance et le contrôle

Le domicile est un milieu d'intervention spécifique. Toute la question est celle du réglage, de la validation et de la garantie de la professionnalisation de personnels qui interviennent le plus souvent seuls à un domicile. Il convient, dans les dispositifs d'action publique, d'accorder aux services d'aide à domicile une attention à la mesure de l'enjeu qu'ils représentent et d'organiser le contrôle et la surveillance des services d'aide à domicile. L'intervention des pouvoirs publics y reste en grande partie à construire.

66. *La Commission recommande* d'exercer la surveillance des conditions de fonctionnement et d'organisation des services d'aide à domicile avec des moyens de procédure adaptés, de les intégrer dans le programme national de prévention de la maltraitance, et de soutenir le développement de l'évaluation de ces activités au moyen de cahiers des charges conventionnels.

3. Les tiers

3.1. Les tiers qui écoutent et préviennent

Toute personne victime ou témoin de maltraitance doit avoir accès à service d'accueil téléphonique, sur l'ensemble du territoire national. Les appels évoquant une situation de maltraitance doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi.

67. *La Commission recommande* la mise en place d'un dispositif téléphonique national, s'inspirant de celui expérimenté par la DGAS, commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;

68. *La Commission suggère* d'accompagner le service téléphonique national de relais locaux (départementaux, interdépartementaux ou régionaux) assurant le traitement et le suivi des appels.

Une étude quantitative et qualitative sur le fonctionnement et l'organisation des dispositifs ou réseaux d'accueil téléphonique destinés aux victimes ou témoins de violence envers les adultes vulnérables, ainsi que sur le traitement et le suivi réservés aux situations de violence ainsi repérées doit être conduite par la DGAS. Cette étude devrait porter, notamment sur l'analyse de l'activité du réseau ALMA, de la plate forme d'Île-de-France (« Vieillesse solidarité »), et de l'expérimentation d'un n° national menée en 2004 ainsi que sur les partenariats mis en œuvre.

69. *La Commission recommande* que l'étude comprenne une dimension d'évaluation de la qualité du service rendu à l'utilisateur (y compris dans les situations d'urgence) ainsi que des propositions d'amélioration des fonctionnements existants.

Il faut sortir du face-à-face victime - auteur et repérer, prévenir voire remédier aux situations de confinement, d'isolement et d'emprise. Afin, notamment, d'apporter une aide aux équipes, l'UNAPEI a imposé une délégation d'administrateurs dans chacun des établissements qu'elle gère. Cette délégation est constituée par un binôme : un parent administrateur dont l'enfant est accueilli dans l'établissement et un administrateur qui n'est pas directement concerné par l'établissement. Cette composition permet d'avoir un lien proche avec le climat institutionnel tout en assurant le recul nécessaire pour dépasser les éventuels conflits qui pourraient survenir.

Cette délégation n'est pas toujours bien acceptée par les professionnels alors même que la présence d'un regard tiers peut permettre d'éviter tous les risques liés à la routine. Ce binôme rend compte de ses observations devant le Conseil d'administration et devant les professionnels.

70. *La Commission recommande* de désigner, parmi les professionnels intervenant aussi bien en établissement qu'à domicile auprès des personnes âgées et handicapées, des référents chargés du recueil des plaintes, de leur transmission et de leur suivi ;

71. *De promouvoir* des lieux de parole de « dévoilement » et d'analyse des pratiques dont les modalités seront définies dans un document cadre ou un guide de bonnes pratiques ...et d'en prévoir le financement ;

72. *La Commission recommande* d'assurer le financement pérenne des expérimentations en cours (dispositif Ile de France) dans le cadre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.

3.2. Les tiers qui évaluent

Avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation est introduite pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon deux modalités : une évaluation interne réalisée par les structures elles-mêmes, une évaluation externe confiée à des organismes extérieurs habilités. Afin d'accompagner cette nouvelle obligation et de promouvoir les démarches d'évaluation et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la loi a prévu la création d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. La Commission technique permanente de ce Conseil effectuera la validation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques, en amont des premières évaluations qui doivent intervenir en 2007.

73. *La Commission recommande* que l'évaluation du risque « violence et maltraitance » soit introduite à part entière dans les référentiels d'évaluation des établissements ;

74. *La Commission recommande* de promouvoir les démarches d'accréditation, selon des modalités adaptées, pour le secteur social et médico-social.

4. La recherche

Les politiques, programmes et actions luttant contre la maltraitance ne peuvent répondre aux besoins des personnes âgées et handicapées victimes de maltraitance sans une base de connaissance solide sur laquelle fonder ces interventions. La Commission a bien pris la mesure des carences en la matière.

Les discussions n'ont pas fait émerger un ensemble de textes ou de recherches fondateurs sur les causes de la violence et de la maltraitance à l'égard des personnes âgées et handicapées, les moyens de lutter contre cette violence et cette maltraitance et de faire évoluer l'opinion publique et les professionnels du secteur de soins à l'égard de ce problème.

Par ailleurs, aucun consensus immédiat n'est apparu au sein de la Commission autour d'un petit nombre de penseurs incontestés de ces questions de violence et de maltraitance des personnes vulnérables.

La Commission a dû se satisfaire de rapports administratifs (français ou internationaux) qui dénonçaient cette question et proposaient des mesures souvent très générales, de témoignages bruts d'acteurs de terrains en souffrance face à cette question, de multiples constats du déni de la maltraitance et de la violence faite aux personnes âgées et handicapées et de la relation de quelques expériences de lutte contre la maltraitance intéressantes et innovantes.

Enfin, le travail de la Commission n'a pas été marqué par le sentiment de s'être approprié un corpus théorique riche et d'essayer de le traduire sous forme de recommandations pratiques mais beaucoup plus par le sentiment de l'extrême difficulté, voire du dénuement, dans lesquels se trouvaient les différents soignants et praticiens face à la réalité de la violence et de la maltraitance faite aux personnes âgées et handicapées.

Le groupe de travail a pris la mesure de la faiblesse de l'information disponible et des données recueillies dans des conditions correctes scientifiquement. Il existe peu d'études et de recherches relatives à l'ampleur du problème, à ses différentes dimensions (maltraitance physique, psychologique, économique, institutionnelle,...), aux déterminants de la violence et à ses conséquences en termes de mortalité, de morbidité autant sur la personne qui fait l'objet de violences que sur son environnement et sur l'auteur des violences. L'impression qui domine est la solitude des acteurs de terrain qui manquent singulièrement de références pour aborder ces questions difficiles et élaborer des réponses. Il paraît tout à fait important, dans ces conditions, de développer des travaux de recherche sur le thème de la violence et de la maltraitance des personnes âgées et handicapées qui puissent, à terme, alimenter la réflexion des acteurs de terrain, mettre fin au déni dont fait l'objet la maltraitance et contribuer à faire émerger des réponses à des pratiques violentes et maltraitantes.

La Commission a été sensible à l'expérience de l'Association des paralysés de France, rapportée par M. Rouzeaud : un appel d'offres lancé en 2001 par le Conseil scientifique de l'association visait à recueillir des projets de recherches sur la question de la maltraitance et des abus envers les personnes en situation de handicap moteur : cet appel d'offres n'a donné lieu à presque aucune réponse. Selon l'association, cet échec tiendrait, notamment, du manque d'équipes compétentes, en capacité d'accompagner des chercheurs sur ces questions.

Il ne s'agit donc pas seulement, par des appels d'offres, de susciter un ensemble de travaux ponctuels mais d'amener des équipes de recherche à prendre en charge cette thématique sur une moyenne période. Les recherches doivent être menées selon plusieurs directions : recueil de données épidémiologiques, travaux théoriques sur certaines formes de maltraitance et de violence à l'égard des populations vulnérables et ses causes, recherches sur les comportements des aidants formels et informels.

La violence est généralement le fait, soit des aidants informels, soit des aidants professionnels. Les relations d'aide font l'objet de très peu de travaux en France, alors même que l'articulation de la solidarité publique et de la solidarité privée est l'un des enjeux actuels majeurs de la politique sociale.

75. *La Commission recommande* de constituer des données sur les risques de violence concernant les personnes vulnérables ; il est suggéré à cette fin : de rechercher une convergence avec les données recueillies par les dispositifs d'accueil et de suivi des appels téléphoniques qui concernent en majorité des personnes à domicile, et les données sur les personnes accueillies en établissement ; de s'appuyer sur l'Observatoire national de l'enfance en danger, et pour les majeurs sur le Système d'information DGAS, à ouvrir aux établissements sanitaires ; de renforcer les échanges d'informations avec les réseaux associatifs, ainsi qu'entre les différents départements ministériels (ex. personnes âgées et personnes handicapées dans les statistiques du ministère de la Justice) ;
76. *La Commission recommande* qu'une enquête complémentaire à l'enquête HID soit conduite sur les plus de 75 ans vivant à domicile ou en établissement : une attention particulière devra être portée à l'analyse des trajectoires de soins (crises, interventions, mesures, suivis), et aux situations dans lesquelles les enfants sont devenus salariés du parent (ou le voisinage très proche) en étudiant notamment les effets des dispositifs (APA) sur les pratiques et l'évolution des réseaux relationnels ;
77. *En outre*, devraient être étudiées les raisons de la « sursuicidité » masculine et la surmortalité des malades du grand âge en France ;
78. *La Commission recommande* d'étudier de façon particulière la maltraitance financière dont sont l'objet les personnes âgées et handicapées, en interrogeant un certain nombre d'acteurs susceptibles de contribuer à prendre la mesure du phénomène : notaires, banquiers, juge aux affaires familiales, travailleurs sociaux, médecins... en s'appuyant, notamment sur la réflexion engagée par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées ;
79. Le comportement des aidants formels et informels doit faire l'objet de travaux de recherche particuliers pour comprendre dans quelles circonstances et pourquoi la relation d'aide se détériore et donne lieu à violence ;
80. *Il convient de mener une réflexion* particulière sur les méthodes permettant de vérifier la compétence et la qualité d'intervention des personnes agissant au domicile dans le cadre du gré à gré ;
81. *La Commission suggère de plus* de lancer un appel à projets avec financement, afin de promouvoir des initiatives locales en matière de politique d'accompagnement, de soutien et de formation des aidants familiaux, conception d'outils d'auto-évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles.

IV. Commission « violence et santé mentale »

A. Les besoins en matière de production des connaissances

La Commission a été confrontée aux limites des données accessibles, dans plusieurs domaines qu'elle a abordés. Pour étayer son propos, elle a dû faire appel à des études réalisées dans d'autres pays, certes éclairantes mais qui se situent donc dans d'autres contextes sociopolitiques et culturels et qui témoignent *a contrario* de la faiblesse d'un milieu de recherche sur les relations entre la violence et la santé mentale. C'est pourquoi il lui a semblé important d'émettre des recommandations en matière de recherches. Pour relever les enjeux du plan de santé publique auquel cette Commission contribue, il est essentiel de favoriser le développement de compétences de recherches sur les relations entre violence, contexte sociaux, et santé mentale, ce qui exige un effort de longue haleine, de la formation de chercheurs compétents et reconnus jusqu'au développement et la stabilisation de programmes de recherches dédiés dans le cadre d'une politique de la recherche en cours de redéfinition. L'Agence nationale de recherche (ANR) doit avoir un rôle d'impulsion et coordination de la recherche dans ce domaine. Ce développement de compétences est un

préalable à la mise en place de dispositifs de veille sanitaire qui pourraient être assurés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Préalable en effet, car il s'agit dans un premier temps de définir des catégories d'observation pertinentes, des indicateurs à privilégier et des méthodes à mettre en œuvre.

Cet objectif de long terme posé, il nous semble que les axes de recherche que nous avons identifiés peuvent être déclinés autour des quatre grands axes que nous avons définis comme prioritaires. Nous présentons ci-dessous les questions et les thèmes propres à chacun des axes et ensuite nous faisons quelques préconisations transversales à la production de ces sous-domaines de connaissances.

1. Violence et trouble mental

1.1. Facteurs de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence

L'analyse de la très riche littérature dans ce domaine pointe 5 types de questions qui méritent d'être étudiées afin de mieux comprendre ce qui contribue au passage à l'acte violent chez des patients atteints de trouble psychiatrique.

1.1.1. Questions cliniques et psychologiques

Il serait utile d'étudier systématiquement des *aspects cliniques ou psychologiques* dont on pourrait faire l'hypothèse qu'ils sont soit des facteurs de risque soit impliqués dans le passage à l'acte violent. Parmi ces aspects, on peut noter :

- (a) la fantasmatisation des criminels atteints de trouble mental et leurs ressources linguistiques, décrites généralement comme élémentaire et restreinte ;
- (b) leurs aptitudes à conceptualiser et symboliser ;
- (c) leur type de mécanismes de défense ;
- (d) leur style de « coping » ;
- (e) leur « estime de soi » ;
- (f) leur aptitude à l'anticipation et au projet (qui rejoint la question de leur représentation de la temporalité).

1.1.2. Questions psychosociales

Plus généralement, et cette fois-ci au *niveau sociopsychologique ou social*, il serait important d'examiner :

- (a) leurs ressources face à l'adversité : liens sociaux, soutien social, réseau social etc... ;
- (b) les conceptions de l'« altérité », de l'échange, de l'interaction ;
- (c) les notions de peur et de confiance.

1.1.3. Questions en matière de caractéristiques psychiatriques

En ce qui concerne *la psychiatrie* proprement dite, il faudrait développer et affiner en même temps les données concernant :

- (a) les troubles de la personnalité ;
- (b) les troubles de l'humeur dans leur acception élargie (cf. les travaux de Akiskal) en rapport avec les troubles de la personnalité ;

(c) le rôle de la dépression comme prédicteur d'un comportement violent, voire criminel ;

(d) les états dit de « vulnérabilité psychologique », dont on sait qu'ils font le lit des troubles de l'adaptation et, partant, des comportements déviants, peuvent être source de comportements violents.

Il faudrait *développer des outils* alternatifs à l'échelle de « psychopathie » de Hare, dont la passation ne fait pas encore partie de l'évaluation diagnostique en pratique clinique courante).

1.1.4. Questions à propos du contexte social

Il serait important de mieux étudier *les événements de vie*, dont l'expérience clinique nous montre qu'ils sont toujours nombreux, précoces, répétés et de nature psychotraumatique chez les auteurs d'infractions violentes. L'impact de ces événements sur les troubles de la personnalité et les comportements déviants est avéré et pourrait constituer un facteur prédictif direct et indirect de la violence. Il faudrait :

(a) envisager des alternatives aux instruments de recherche et de clinique existant dont nous disposons et qui ne répondent pas aux besoins cliniques ;

(b) examiner les événements de vie sur la vie entière et leur intrication avec les troubles psychiatriques et les comportements violents ;

(c) développer ou améliorer les instruments de mesure dont nous disposons de façon qu'ils répondent aux besoins cliniques et permettent d'appréhender des événements sur la vie entière ainsi que l'intrication de troubles psychiatriques et de comportements violents.

1.1.5. Questions concernant les dispositifs de soins

Étant donné l'importance pour la prévention de la violence de *la réponse aux besoins, l'accès aux soins, et la prise en charge continue des patients* ayant déjà été auteur de violences, il faudrait étudier :

(a) le contexte social (conditions de vie, réseau social) et la trajectoire des personnes souffrant de trouble mental et ayant commis un acte violent ;

(b) les dysfonctionnements institutionnels (manque de personnel, manque de formation, discontinuités dans les soins, techniques thérapeutiques utilisées à but punitif) qui pourraient être facteur d'expression de violence au sein des dispositifs de soins ;

(c) les facteurs prédictifs des ruptures de soins, et ceci tout le long d'une trajectoire psychiatrique.

1.1.6. Il faudrait développer les données de la neuro-biologie, de la neuro-endocrinologie, de l'imagerie cérébrale et probablement de la génétique.

1.1.7. Questions d'éthique

Au niveau de l'*éthique*, des réflexions sont à développer par rapport à la représentation du bien commun, voire du bien et du mal, de l'équité etc...

1.2. Violences en direction des patients et ex-patients

Pratiquement aucunes données n'existent en France sur les violences en direction des individus souffrant de trouble mental. Il semblerait important de combler les lacunes par des recherches descriptives et analytiques sur :

1.2.1. La description, la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients dans les lieux de vie

1.2.2. La description, la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients dans les dispositifs et institutions de soin

1.2.3. L'analyse des trajectoires de sortie de l'hôpital ou d'autres dispositifs de soin psychiatriques pour permettre de rendre compte des problèmes auxquels ils sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence adviennent

1.2.4. L'analyse rétrospective et, dans la mesure du possible, prospective, des trajectoires pré hospitaliers pour permettre de rendre compte des facteurs contextuels et organisationnels auxquels ils sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence adviennent

1.2.5. Plus généralement, reprendre, dans un sens plus large, les questions posées ci-dessus par rapport à la violence et au trouble mental, autour des concepts d' « altérité », de l'échange, de l'interaction, de la peur et de la confiance. De telles recherches devraient viser à analyser :

- la variabilité socioculturelle des représentations du trouble mental ;
- les relations entre ces représentations et des pratiques tout autant d'acceptation que de stigmatisation des malades mentaux dans la vie ordinaire.

C'est au prix d'une connaissance approfondie de cette diversité des représentations et des pratiques qu'il sera possible de mieux expliquer les dynamiques sociales et culturelles en œuvre dans des procédures de stigmatisation que la Commission a souvent pointées.

2. Violences et traumatismes psychiques

Les données ne manquent pas dans ce domaine, elles encouragent à poursuivre la recherche dans cette voie, mais il existe des difficultés encore très importantes liées, d'une part à des contraintes bio-éthiques, d'autre part à des résistances conceptuelles, s'opposant encore à l'unification d'une démarche visant à intégrer et articuler la recherche dans des domaines aussi divers.

Avant tout, il convient de noter que l'essentiel des données objectives repose aujourd'hui sur des études nord-américaines dont la transposition dans le contexte français reste problématique. De plus ces études sont essentiellement psychiatriques, elles laissent par conséquent de côté les aspects qui relèveraient de la souffrance psychique.

Ainsi, il semblerait important de *mieux documenter par des recherches cliniques, épidémiologiques et sociologiques les conséquences de la violence sur la santé mentale de la population en France* en particulier sur :

- les *aspects psychiatriques* : pathologies spécifiques et non spécifiques afin d'avoir une meilleure connaissance de la prévalence de ces troubles ;
- les *facteurs de vulnérabilité*, afin de savoir si l'on retrouve en France les mêmes facteurs de risques qu'ailleurs, sachant que plusieurs ont une forte connotation socio-économique ;
- les aspects propres à la *souffrance psychique et sur leurs conséquences sanitaires et socio-économiques*. Tout d'abord, il faudrait arriver à obtenir une définition « objective » de cette notion encore bien imprécise, et d'étudier son impact en termes de santé mentale. Par exemple :

(a) le risque de développement secondaire d'une pathologie mentale

(b) les risque de problèmes sociaux

(c) les effets sur le capital social

Étant donné les controverses autour des effets du debriefing – voir ci-dessus- à propos duquel une recherche est actuellement en cours en France, il serait important de *mettre à jour l'état des connaissances dans l'optique de revoir éventuellement les protocoles d'intervention.*

3. Enjeux de justice

Dans le domaine de justice et psychiatrie, deux types d'études semblent nécessaires à combler les lacunes quant aux évolutions récentes : des recherches en sciences sociales et des recherches cliniques.

3.1. Des recherches en sciences sociales devraient porter sur les thèmes et questions suivantes :

3.1.1. *l'évolution des conséquences de l'application de l'art. 122-1 du Code pénal depuis son entrée en vigueur, et plus spécifiquement :*

- L'application de l'alinéa 1 : évolution du nombre des non-lieux, quelles sont les pathologies en cause dans les non-lieux, quelles sont les pathologies qui ne bénéficient pas de non-lieux, etc... ?

- L'application de l'alinéa 2 : comment l'atténuation des peines s'effectue-t-elle ? Comment les jurys tiennent-ils compte des risques de récidive ?

3.1.2. *Les parcours judiciaires des personnes souffrant de troubles psychiques et qui ne bénéficient pas d'expertise psychiatrique et de l'application de l'art.122-1 du Code pénal*

3.1.3 *Dans le domaine psychiatrique, la nécessité de demander le consentement éclairé de la personne avant tout acte médical*

3.1.4. *Dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie, l'évolution des notions de consentement et de contraintes en psychiatrie.*

3.2. Des recherches et évaluations en psychiatrie sont nécessaires pour traiter les questions suivantes :

3.2.1 *L'évaluation de la dangerosité*

3.2.2. *Les effets de l'évolution des droits des patients, en particulier dans le domaine psychiatrique à propos de la nécessité de demander le consentement éclairé de la personne avant tout acte médical*

3.2.3 *L'intérêt et les limites des instruments d'évaluation de la dangerosité avec comparaison des instruments cliniques (PCL-R, HCR-20, SVR-20,...) et des instruments actuariels (VRAG, SORAG,...)*

4. Violence et média

Pratiquement aucune étude n'a été menée en France sur les médias, la violence et la santé mentale, malgré l'existence d'un champ scientifique reconnue, celui de la sociologie des médias. Il serait important d'étudier :

(a) La variation du traitement des relations entre la violence et la santé mentale en fonction du support (écrit, audiovisuel) et du lectorat ;

(b) L'évaluation des effets des campagnes de déstigmatisation sur les attitudes du public.

Toutefois, étant donné le caractère équivoque des résultats des études internationales dans ce domaine, il serait nécessaire de mener surtout une réflexion quant aux questions à poser, aux hypothèses et aux méthodologies adéquates pour y répondre.

5. Propositions transversales aux 4 axes

Les questions de recherche spécifiques présentées pour chaque axe requièrent des compétences dans différentes disciplines et approches. Il est évident, tout d'abord, que ces recherches recoupent à la fois des approches quantitatives (épidémiologiques, sociologiques, en droit, etc...) et des approches qualitatives (cliniques, en sciences sociales et en droit).

Certaines questions nécessitent une approche pluridisciplinaire ; ceci est notamment le cas en matière de connaissances à développer dans les axes « Violences et traumatismes psychique » et « Enjeux de justice », où la collaboration des psychiatres, des juristes et des sociologues, anthropologues et / ou historiens, serait essentielle.

B. Actions sur les causes et les effets de la violence en rapport avec la santé mentale et le trouble mental

1. Le besoin comme principe transversal aux différentes préconisations

Les débats de la Commission « Violence et santé mentale » ont légitimement porté sur les réponses apportées par les institutions aux traumatismes et aux troubles psychopathologiques associés à la violence. Une telle approche sectorielle, pour intéressante et nécessaire qu'elle est, présente le risque d'une dispersion des questions et des recommandations. De plus, elle peut reproduire le point de vue des institutions et risquer ainsi de passer à côté de son objet. Ainsi, il va de soi de considérer une victime de violences comme une personne ayant des demandes de prise en charge, alors qu'un auteur de violences ne sera pas considéré sous le même angle même s'il a des demandes de prise en charge. Ces regards, dont le fondement social et institutionnel s'explique aisément, peuvent conduire à aborder de façon différenciée les questions qui se posent dans le champ de la santé mentale. C'est pourquoi la Commission s'est attachée à trouver un cadre de référence partagé à partir duquel envisager des recommandations et préconisations se basant sur les constats relatifs aux réponses institutionnelles actuelles.

Ce cadre de référence commun est constitué par la prise en compte de façon centrale des individus et leur reconnaissance comme des sujets ayant des besoins en santé mentale liés aux situations de violence qu'ils rencontrent et qui trouvent ou ne trouvent pas des réponses appropriées dans l'environnement qui leur est accessible. Bien évidemment, c'est l'absence ou la limitation des réponses appropriées qui retient de façon primordiale l'attention de la Commission parce qu'elle est susceptible de se traduire par des souffrances pour le sujet ou qu'elle peut conduire, dans certains cas, à des actes de violence. L'intérêt de ce cadre permet de se déprendre d'approches sectorisées et de rapporter les réponses institutionnelles tout d'abord à leurs finalités à l'égard de sujets et non pas d'emblée aux contraintes organisationnelles qui sont les leurs.

En amont de tout besoin de prise en charge des séquelles de traumatismes ou des troubles psychopathologiques associées à la violence apparaissent les besoins des individus. Si ceux-là sont ignorés, ils peuvent conduire à des situations ou à des conditions favorables à la violence. Nous avons vu ci-dessus jusqu'à quel point l'environnement et ses conditions sont un jeu dans le passage à l'acte violent aussi bien que dans la victimisation. Ces réflexions nous mènent à distinguer l'approche purement sectorielle et disciplinaire de la perspective plus large de prévention en santé mentale. C'est ainsi que prennent toute leur importance : les besoins des familles, l'éducation au rôle parental, la place de l'école dans l'intégration des jeunes aussi bien que dans le repérage de grandes difficultés (psychologiques ou non), la place des actions de santé publique locales (y compris à l'échelle d'un quartier)... pour ne donner que quelques exemples.

La reconnaissance des besoins des sujets conduit à questionner les capacités et les possibilités qu'ils ont de faire entendre leurs besoins et de les faire prendre en compte dans les dispositifs sociaux ou institutionnels spécialisés existant. Il devient alors possible d'interroger le contexte social et le cadre institutionnel dans la prise en compte de souffrances et des traumatismes de sujets et dans les réponses qu'ils leur apportent.

2. Les compétences des collectivités locales dans le domaine de la santé mentale

La Commission a abordé de façon limitée la question de la violence et de la santé mentale dans le cadre des politiques locales de santé. Il en est toutefois ressorti des auditions et des réflexions de la Commission que l'échelon local peut permettre la coordination des différents acteurs locaux en charge de la santé mentale. Les élus locaux sont des acteurs centraux dans le cadre du maintien de l'ordre public. Les maires sont, en outre, dans le domaine de la psychiatrie, compétents dans le cadre de la procédure d'urgence des hospitalisations d'office. Leurs compétences et leurs actions dans divers domaines de la vie quotidienne (actions sociales, accès au logement, prévention, conditions de vie dans les quartiers...), en font par ailleurs des partenaires essentiels de la santé mentale. De fait, la coordination de l'action locale peut souffrir de désajustements entre des demandes sociales, dont les élus se font l'expression, et des réponses professionnelles spécialisées en psychiatrie. Le domaine sur lequel s'est penchée la Commission est à l'interface de différentes aires de compétences, ce qui ne favorise pas la coordination d'actions en santé mentale à l'heure où tant la dimension locale des politiques que les nécessaires coordinations entre institutions sont mises en avant dans de nombreux domaines d'intervention publique. L'implication des maires aux politiques locales en relation avec la santé mentale n'est pas sans poser de questions légitimes en terme de compétence. La Commission estime que ce sujet de l'articulation sanitaire, social et médicosocial, qui recueille des avis contrastés d'élus politiques et de professionnels de la santé mentale, devrait être un objet d'attention particulier. Nous préconisons la multiplication d'initiatives venant d'élus (association des maires de France, Présidents des Conseils généraux...) sur la question de l'articulation des compétences des collectivités locales et des professionnels de la santé mentale notamment dans le domaine de la prévention et de la réinsertion en santé mentale, en relation avec les autres politiques locales et les orientations contenues en ce domaine dans le projet de plan gouvernemental " Psychiatrie et santé mentale ".

3. L'application de la législation en matière des droits des patients

La loi française prévoit la protection des malades et la représentations des usagers dans des instances de décision (Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CHDP), notamment). La loi du 27 juin 1990 a affirmé le droit des malades hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux. À ce titre, elle a mis en place les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques. La loi du 4 mars 2002 a affirmé des droits généraux notamment en matière d'informations sur leur santé sans spécifier les personnes atteintes de troubles mentaux. Elle a, en outre, inclus des représentants des patients dans des institutions chargées de veiller à la protection de ces droits.

Les dispositifs et procédures établis par ces lois peuvent permettre aux usagers de jouer un rôle, y compris en matière de prévention de violence.

La Commission préconise le suivi et l'évaluation des décrets d'application de la loi du 4 mars 2002 concernant notamment :

- . Les CDHP ;
- . La Commission des relations avec les usagers ;

- . L'agrément des associations d'usagers ;
- . L'accès aux informations personnelles concernant les malades, détenues par les professionnels et les établissements de santé.

4. La prise en charge des violences d'ordre psychiatrique

La prise en charge du malade qualifié de « difficile » est inhérente au travail du psychiatre en pratique générale. Il n'existe pas de psychiatrie « facile ». Tout patient, quelle que soit sa pathologie mentale, peut passer par « un temps difficile » voire « dangereux », sans pour autant représenter définitivement cet état qui par définition est évolutif à condition de lui offrir les soins adaptés dont il relève. La qualité du dispositif sanitaire à mettre en place est fondamentale.

Le dispositif sanitaire doit essentiellement s'organiser autour des occurrences cliniques à partir d'un travail en réseau intégrant 3 niveaux d'interventions graduelles sans rupture de relations thérapeutiques entre elles. Ce qui sous-entend un travail de liaison entre les équipes référentes.

Les préconisations qui suivent prennent en compte cette analyse :

- *Le secteur psychiatrique* doit maintenir la diversification de ses prises en charge et être capable d'offrir des conditions de soins immédiats à des populations souffrant de pathologies intriquées génératrices de troubles comportementaux, tant dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire que d'une hospitalisation, en fonction des besoins des patients et de l'évolution de leur pathologie. Les équipes de secteur, doivent définir une stratégie de soins adaptée à la prise en charge des patients affectés de pathologie grave et aux faibles capacités adaptatives (souvent les plus exposés aux ruptures de soins et aux risques de passage à l'acte violent) et faire face à l'augmentation des pathologies mentales complexes d'expression violente (âge jeune des patients, prise de toxiques associée, délinquance, acculturation...).

- Il apparaît nécessaire que dans le cadre d'une organisation sectorielle ou intersectorielle, une réponse adaptée soit apportée en matière d'hospitalisation contenant et sécurisée. Les unités pour malades difficiles (UMD) doivent demeurer des structures de recours ultime, conformément à la vocation qui est la leur. Elles sont souvent la réponse institutionnelle aux passages à l'acte pathologiques. Leur fonctionnement est régi par un arrêté spécifique. Leur mission répond au traitement de la dangerosité installée par rapport aux états de crise psychopathologique relevant des structures psychiatriques traditionnelles. Les patients sont en HO.

Le travail de liaison à partir de rencontres de terrain entre équipes est aussi préconisé. La limite d'appréciation entre patient difficile et patient considéré comme dangereux est délicate à définir. La tendance à la subjectivité des équipes en souffrance prend souvent le pas sur l'analyse rigoureuse des facteurs en cause. L'implication des divers acteurs reste, dans tous les cas, la condition première à la poursuite de la prise en charge et influe sur la question du pronostic. Le travail de liaison entre équipes dedans et dehors durant la crise mais en post-crise, et surtout après passage à l'acte agressif, apparaît comme une garantie supplémentaire au rétablissement des équilibres à venir.

L'augmentation au fil des années des demandes diverses d'aide auprès des UMD (Unités pour Malades Difficiles) indiquent clairement la nécessité, d'ouvrir le champ des missions, en particulier celui du soutien aux équipes de secteur en difficulté à partir de rencontre de terrain. L'adéquation au lieu de soins, la chimiorésistance supposée de la pathologie mentale, et la cohérence des stratégies thérapeutiques doivent être chaque fois réinterrogées au regard de la marge de manœuvre restante des équipes confrontées aux impasses thérapeutiques. L'évaluation clinique *in situ* des patients considérés comme difficiles ou dangereux reste la pierre angulaire de tout projet thérapeutique. Elle ne peut s'effectuer que de façon pluridisciplinaire (psychiatre, soignants et psychologues) et partenariale entre équipes concernées avant toute prise de décision d'orientation. Ce type de rencontre s'impose tout au long de la période sensible, et tout

particulièrement si le patient est hospitalisé en UMD, afin d'optimiser les conditions d'accueil au retour dans son service d'origine qui devra se sentir apaisé et opérationnel.

5. La prise en charge suite aux traumatismes

Les orientations de l'action en matière de prise en charge des victimes des traumatismes liés aux violences devraient *récusar l'idée trop simpliste selon laquelle la réponse normale à l'exposition à la violence est la souffrance psychique ou la pathologie mentale*.

Cette optique est nécessaire afin d'empêcher de stigmatiser les personnes qui ne développeraient pas de problèmes psychologiques et d'éviter de fonder la *réalité* d'une violence sur la mise en évidence de ses conséquences psychologiques.

Toutefois, il faut insister sur la nécessité de *distinguer la prise en charge thérapeutique des victimes de violence et les réponses sociales, pénales et réparatrices* que la société se doit d'apporter aux problèmes de la violence. Le procès équitable des auteurs présumés, leur condamnation lorsque les faits sont constitués, comme l'accompagnement judiciaire des victimes ne relèvent pas du domaine de la santé publique.

La Commission préconise les orientations et les actions suivantes en termes de prise en charge :

(a) La nécessité d'une vigilance face à certaines pratiques professionnelles, telle celles qui se basent sur :

- une grande méconnaissance de la part de certains professionnels de santé eu égard à la réalité des conséquences post-traumatiques ;
- une grande méconnaissance de la part des professionnels du droit, de la police, des secteurs sociaux eu égard à ce qu'est une victime, ce qui mène au :
 - danger des victimologues auto-proclamés,
 - risque de dérives de récupération sectaires.
 - confusion entre psychotraumatisme et victimologie

(b) La nécessité de développer des compétences spécialisées, y compris pour la prise en charge des enfants et des adolescents.

(c) Permettre aux CUMP de fonctionner et de se développer, conformément aux orientations ministérielles, réaffirmées dans le cadre du plan " psychiatrie et santé mentale ".

6. Enjeux de justice

Pour améliorer la situation ambiguë du rapport entre psychiatrie et justice, la Commission préconise les actions suivantes :

- (a) Favoriser les interventions thérapeutiques directes dans les lieux de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- (b) Favoriser les interventions précoces lors de troubles psychiques ;
- (c) Améliorer l'encadrement de soins dans les services pénitentiaires ;

(d) Créer des formations spécialisées sur la prise en charge des situations de violence ;

(e) Améliorer des pratiques de l'expertise psychiatriques (création de diplômes spécialisés, de formations continues, de groupes de supervisions ou d'intervisions, etc...).

7. Campagnes de déstigmatisation

La stigmatisation, nous l'avons vu, a un impact très négatif sur les personnes souffrant de troubles mentaux, véhiculant des sentiments de perte de dignité, de désappartenance, d'inutilité. Ceci peut se traduire par le rejet de la réalité de la maladie, le refus des soins, et un risque de troubles compliqués ou de violences. Pour sa part, le public a tendance à traduire cette stigmatisation en rejet du malade ; il remet en question la capacité du système psychiatrique et du système de santé mentale à proposer des réponses adéquates, y compris à favoriser la réinsertion.

Des campagnes médias devraient être organisées autour de l'objectif de réduire l'amalgame que fait l'opinion publique entre « folie = violence = maladie mentale » ; quelques initiatives sont déjà en cours en France. Toutefois, il est important de distinguer campagnes d'informations et campagnes de déstigmatisation, étant donné les effets inattendus possibles des premiers sur les représentations sociales. En outre, une campagne de déstigmatisation pourrait engager plus généralement l'éducation pour la santé et l'utilisation d'autres outils pédagogiques, télévisés, cinématographiques etc...

Enfin la Commission préconise l'importance de mettre en place une réflexion spécifique – au plan national – portant sur le rapport entre les usagers, la psychiatrie et les médias.

V. Commission « Violence, travail, emploi, santé »

A. Production de connaissances

1. Les besoins en matière de développement des connaissances

De la matière rassemblée dans le présent rapport, on peut extraire un certain nombre de questions qui requièrent des recherches spécifiques pour combler les lacunes des données existantes :

- Description et connaissance des phénomènes de violence au travail ;
- Description et connaissance des phénomènes de violence dans la société qui trouvent leur origine dans le non-emploi ;
- Identification des caractéristiques de l'organisation du travail dans les activités de service qui génèrent la violence des usagers ou des clients contre les personnels ;
- Description et connaissance des formes d'organisation du travail et de direction qui diminuent les risques de violence ;
- Impact du système assurantiel sur la violence dans le travail ;
- Impact de la sous-traitance sur la coopération, la solidarité et la violence ;

- Impact de la sous-traitance et du travail clandestin sur l'organisation du travail dans les entreprises commanditaires et la violence au travail à l'intérieur de ces dernières ;
- Description et connaissance du suicide au travail ;
- Évaluation des coûts générés par la violence pour les entreprises et pour la société ;
- Analyse comparative des effets sur le milieu de travail des différentes modalités d'intervention dans l'entreprise à la suite d'incidents ou d'accidents impliquant la violence ;
- Analyse comparative des différentes modalités de prise en charge des auteurs et des victimes de la violence en milieu de travail ;
- Analyse des implications pour le droit et la justice de la violence en milieu de travail et de sous-emploi.

2.. Investigations quantitatives ou qualitatives ?

Les enquêtes quantitatives sur la violence au travail et sur les conséquences pour la santé de la violence au travail sont, comme dans tous les domaines de la santé, souhaitables pour déterminer les orientations des politiques publiques, pour évaluer par des études comparatives, leur efficacité. Mais on ne peut pas négliger certaines difficultés :

2.1. Les attributs de la violence :

La violence peut :

- Être exercée selon des modalités et des formes variées ;
- Procéder de causes variées ;
- Se manifester dans des contextes variés ;
- Avoir des conséquences variées sur la santé ;
- Être euphémisée ou dissimulée par des procédés variés

2.2. La définition de la violence :

- n'est pas stabilisée ; ni au niveau national ni au niveau international ;
- si on en détermine rigoureusement les limites par différence avec le sens commun, son maniement dans les enquêtes de masse devient malaisé.

Si l'on souhaite mesurer la violence dans ses rapports avec le travail et l'emploi, il faudrait préalablement déterminer avec précision ce que l'on cherche. Au niveau où en sont les connaissances qualitatives, il faut admettre qu'il existe de nombreuses lacunes. C'est pourquoi il paraît logique de faire précéder les enquêtes quantitatives par un effort de recherche qualitative.

En raison des stratégies d'euphémisation et de dissimulation de la violence, les recherches qualitatives ne peuvent être concluantes que si elles sont dirigées par des chercheurs ou des praticiens possédant une double compétence en clinique et en psychopathologie d'une part, en sciences du travail d'autre part. Or il y a peu de chercheurs possédant cette double qualification.

En d'autres termes, il semblerait préférable de favoriser le développement de la recherche en partant du terrain et de la demande clinique et sociale concrète pour aller progressivement vers des recherches plus globales (bottom-up), plutôt que de partir des connaissances scientifiques conventionnelles pour aller vers le terrain en suivant la logique des sciences appliquées (top-down).

3. Structurer le milieu de recherche

Compte tenu de l'importance des questions soulevées par le développement de la violence dans la cité, compte tenu du rôle majeur du travail et de l'emploi dans la genèse de cette violence, compte tenu de la ressource que constituent aussi l'emploi et le travail dans la prévention de la violence sociale, il apparaît que les moyens de recherche en ce domaine sont notoirement insuffisants. (En l'absence de connaissances scientifiques la seule réponse à la violence est sécuritaire et passe par la répression). C'est pourquoi il semblerait utile d'investir dans une politique de recherche sur les rapports entre emploi travail et violence.

Pour aider le développement de la recherche dans ce champ, on pourrait suggérer de réunir en une même unité fonctionnelle l'activité clinique de prévention et de soin, d'une part, avec l'activité d'investigation et de recherche, d'autre part, avec une centralisation des informations qualitatives et quantitatives recueillies, enfin.

Favoriser le développement de centres de consultations spécialisées semble un objectif possible sur une durée de cinq ans.

3.1. Composition :

Il s'agirait d'unités fonctionnelles réunissant différents spécialistes, les uns cliniciens, les autres praticiens des sciences du travail. À titre indicatif :

Cliniciens : médecins du travail, psychiatres, psychologues cliniciens, psychologues du travail.

Praticiens et spécialistes en sciences du travail : inspecteurs du travail, médecins inspecteurs du travail, sociologues du travail et des organisations, avocats spécialisés en droit du travail, ergonomes.

3.2. Lieu d'implantation :

En dehors de l'entreprise

En lien avec les établissements de santé publique ou de santé au travail

3.3. Missions :

3.3.1. Soin :

Recevoir des patients adressés par le médecin traitant, le médecin du travail, le psychiatre ou le psychologue clinicien ;

Procéder au diagnostic ;

Mettre en œuvre les mesures immédiates de sauvegarde ;

Concevoir l'éventuelle prise en charge à plus long terme, incluant une action pluridisciplinaire.

3.3.2. Expertise :

Les membres de l'équipe devraient pouvoir intervenir dans les entreprises à la demande de la direction, du service médical ou du CHSCT avec l'accord de la direction, pour qualifier la situation de violence et apporter une aide à l'action du CHSCT.

3.3.3. Recherche :

Les informations recueillies aux consultations pourraient servir de base de données cliniques pour étudier les formes de violence au travail, leurs conséquences sur la santé, les modalités de prise en charge, l'efficacité des pratiques.

3.3.4. Prévention et formation :

Le centre de consultations pourrait accueillir des stagiaires médecins, psychologues, juristes, voire délégués de CHSCT pour leur donner une formation à partir de la clinique qui apparaît comme un chaînon intermédiaire incontournable de la prévention de la violence à l'intérieur des entreprises et des services.

3.4. Dénomination :

Centre d'investigation et de traitement des troubles psycho-socio-professionnels (CITTP)

3.5. Financement et tutelle :

À préciser.

4. Autres voies pour la recherche

4.1. La recherche de terrain

La recherche clinique à partir des CITTP peut constituer une voie d'entrée importante. Mais elle ne cernerait la violence dans ses rapports avec l'emploi et le travail qu'à partir de la demande médicalisée. Bon nombre de violences qui ont pourtant un impact sur la santé, n'aboutiront pas aux CITTP (par exemple les conséquences de la violence liée au chômage ou au travail à risque sur la santé des enfants ; ou encore la violence dans le travail clandestin et la sous-traitance en cascade).

Pour cette raison il paraît opportun de soutenir aussi des actions de recherche de terrain. Les difficultés spécifiques d'accès aux terrains à étudier soulèvent des problèmes de deux types :

- la formation des chercheurs ;
- les formes institutionnelles de la recherche.

Une action de recherche reposant sur des bourses de formation à la recherche interdisciplinaire sur la violence en rapport avec le travail et l'emploi pourrait être initiée sur le modèle de l'action RESACT conduite en 1975-1980 par la DGRST (Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technique).

Un comité scientifique *ad hoc* pourrait, comme ce fut le cas dans l'action RESACT, suivre la formation des jeunes chercheurs, organiser la valorisation de la recherche et les colloques, pendant et surtout après l'achèvement de l'action.

4.2. Les recherches quantitatives à l'échelle nationale :

Elles devraient pouvoir être conçues dès la fin de l'action d'incitation à la recherche figurant au paragraphe précédent sur la base des résultats obtenus par cette première étape de la recherche. Il faut signaler toutefois que certains membres de la Commission thématique estiment que la recherche quantitative devrait précéder les recherches qualitatives.

L'épidémiologie et les statistiques probabilistes analytiques permettraient de mesurer l'étendue et l'évolution des phénomènes de violence dans les milieux de travail et de non-emploi.

Les études ciblées sur certains secteurs d'activité, en particulier dans les activités de service, permettraient d'évaluer les coûts générés par la violence sociale et de les comparer aux coûts générés par les actions préventives à l'intérieur des entreprises, en direction de l'organisation du travail.

Des études globales portant sur le coût des conséquences sanitaires et sociales de la violence au sens restreint du terme, en les séparant rigoureusement de tous les autres problèmes médico-sanitaires générés par le travail et le non-emploi, devraient être possibles, à partir d'une description précise de l'objet à investiguer.

Reste que pour toutes ces approches il faudrait préciser comment serait organisé le recueil des données, où elles seraient faites, qui en aurait la responsabilité.

4.3. La recherche sur l'évolution du droit et la clinique de la violence au travail :

Il s'agit ici d'une question importante au plan philosophique, au plan politique et au plan pratique. L'accroissement de la violence soulève des problèmes d'évolution du droit. Si, comme s'efforce de le montrer ce rapport, l'organisation du travail et le non-emploi jouent un rôle majeur dans la genèse de la violence sociale, il conviendrait qu'un effort particulier soit fait dans la recherche en droit du travail. Faire remonter dans la conception du droit les questions soulevées par la violence au travail, concerne tout particulièrement le pouvoir préventif du droit du travail sur la violence émergente, en milieu de travail d'abord, dans la cité ensuite.

La connaissance des processus en cause dans la genèse de la violence par le non-emploi et par le travail clandestin, de l'impact structurant ou destructeur des formes d'organisation du travail sur l'identité, n'a jamais été mise à la disposition des théoriciens du droit et des juristes.

Il semblerait particulièrement opportun à la Commission, qu'un séminaire de recherche sur la violence en rapport avec le travail et l'emploi, réunissant des juristes et des cliniciens du travail soit organisé. Il n'y a pas d'obstacles majeurs à la mise en place d'un tel séminaire, puisque les structures d'accueil de cette recherche existent déjà. Cette recherche devrait d'abord concerner la situation en France, mais elle devrait impérativement associer des chercheurs étrangers de la Communauté européenne.

5. Prorogation de la Commission thématique

Les membres de la Commission thématique ont manifesté un vif intérêt pour les questions soulevées pendant leurs travaux. Ils estiment que le temps imparti pour préparer la délibération a été trop bref. Ils pensent qu'avec un temps de travail conséquent, ils seraient en mesure d'apporter une contribution à l'analyse et à la description des rapports entre travail, emploi, violence et santé. La prorogation de ladite Commission, en l'élargissant éventuellement à quelques membres supplémentaires, permettrait aussi de formuler des pistes d'action plus précises et plus diversifiées. Enfin la Commission, si elle était prorogée,

pourrait participer au suivi des actions qui seront éventuellement décidées dans le cadre du Plan Violences et Santé.

B. Actions sur les causes de la violence en rapport avec le travail et le non-emploi. Prévention

1. Orientations de l'action

La prévention de la violence au travail ne saurait reposer exclusivement sur les personnels de santé ni être occultée par des couvertures assurancielles.

En revanche, la santé au travail devrait constituer systématiquement un critère d'évaluation du travail, de son organisation et des méthodes de direction des entreprises. Faire figurer ces critères dans l'évaluation peut avoir une fonction préventive.

La prévention de la violence sociale passe d'abord par la politique de l'emploi. La prévention de la violence au travail et de la violence sociale passe par la politique du travail *stricto sensu*, et par une attention soutenue portée à l'organisation du travail. Le droit du travail pourrait avoir un effet favorable sur la prévention de la violence s'il était en mesure de formuler des principes encadrant l'organisation du travail elle-même (action sur les causes de la violence). Une politique de santé concernant la prévention de la violence et de ses effets pathogènes ne peut pas se désintéresser des politiques du travail et de l'emploi.

2. Obstacles particuliers à l'action

À recenser les obstacles à la prévention de la violence par l'emploi et par le travail, il apparaît que certains d'entre eux pourraient faire l'objet de démarches particulières :

- Faible nombre de praticiens possédant la double compétence en sciences du travail (et des organisations) et en psychopathologie clinique ;
- Compétence inégale en médecine du travail. Les médecins qui ont une compétence en psychologie clinique et en psychopathologie du travail, l'acquièrent aujourd'hui à leur propre initiative, en formation post-universitaire presque exclusivement ;
- Les psychiatres et les psychologues cliniciens n'ont pas de formation sur le travail et y sont réticents ;
- Les CHSCT ont des difficultés à assumer leur tâche de prévention de la violence, faute de formation de ses membres. La formation dans ce domaine n'est pas impossible mais elle est malaisée ;
- Il n'y a pas de CHSCT dans les petites entreprises ;
- Le déficit de relais collectif aux actions de sensibilisation et de prévention de la violence (faiblesse des organisations syndicales et de salariés) ;
- Déficit au niveau de la formation initiale et de la formation continue des cadres et dirigeants d'entreprises sur les relations entre organisation du travail, genèse et prévention de la violence ;
- Le privilège accordé, dans les écoles, à la gestion au détriment du travail contribue à l'évolution de méthodes de direction et d'organisation du travail vers des modalités qui favorisent l'accroissement de la violence.

3. L'action à l'intérieur de l'entreprise

3.1. Les CHSCT

Les CHSCT devraient pouvoir jouer un rôle majeur dans la prévention de la violence d'une part, dans la protection des salariés d'autre part, dans les retours d'expérience des situations de crise, enfin.

La structure paritaire du CHSCT en fait une instance privilégiée de délibération et d'action en matière d'amélioration de l'organisation du travail. Même si traditionnellement les missions du CHSCT concernent principalement la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la sécurité des personnes, ses compétences peuvent être étendues aux questions de santé mentale depuis 2002. Elles devraient l'être en particulier à celles que soulève la violence en milieu de travail. Les textes législatifs et réglementaires donnent aux CHSCT des possibilités d'action qui souvent, ne sont pas utilisées dans leur totalité. Cela tient pour une bonne part au manque d'expérience et de formation des délégués CHSCT qui se trouvent souvent désemparés devant la nouveauté, la complexité et l'étendue des problèmes soulevés par la prévention de la violence. En l'état actuel de la situation, un effort de formation devrait être fait, mais les difficultés pratiques sont nombreuses.

Il serait possible d'améliorer l'efficacité des CHSCT en facilitant le recours à des experts externes à l'entreprise — praticiens et chercheurs — spécialisés dans les sciences du travail. Le renforcement de l'action des CHSCT passe par la mise au point de modalités spécifiques d'intervention de ces experts, en sorte qu'ils travaillent en collaboration avec le CHSCT et que, ce faisant, ils participent à la formation de ses membres, qui est une des formes aisément accessibles de capitalisation de l'expérience.

La protection des salariés par rapport à la violence subie, la prévention des violences commises par les salariés, supposent une mobilisation forte des délégués CHSCT et une grande latitude d'information de ces derniers.

Réhabiliter les vertus du dialogue social et la représentation des salariés est incontournable dans la lutte contre la violence, dans la mesure où cette lutte ne peut avoir d'efficacité que si elle est effectivement relayée par les délégués du personnel et par les organisations professionnelles et syndicales, et plus largement si elle est portée par la volonté commune de tous les salariés.

Les retours d'expérience sont, dans une certaine mesure, à inventer. À la suite d'une situation de crise où la violence est devenue manifeste (agressions physiques, sabotages menaçant la sécurité des personnes ou la sûreté des installations, tentatives de suicide, suicides...), il est essentiel qu'une investigation approfondie soit menée à son terme. L'investigation bâclée ou interrompue avant les conclusions est fréquente, dans ces cas. Non seulement il en résulte une perte de connaissances qui prive la prévention d'informations importantes, mais, surtout, cela transforme la crise en "précédent". Faute d'élucidation, la crise apparaît désormais comme une fatalité qui en annonce d'autres. L'effet sur les salariés est désastreux dans la mesure où cette impression contribue à la démobilisation de la volonté d'agir contre la violence dans le travail, favorise le défaitisme et la résignation.

L'utilisation ingénieuse des retours d'expérience suppose, de la part de l'encadrement et de la direction une implication réelle dans l'espace de délibération sur l'organisation du travail. Si ces conditions sont réunies, il devrait être possible de réfléchir et d'élaborer collectivement (coopération verticale) des remaniements de l'organisation du travail permettant de diminuer les risques de violence. En tout état de cause, toute crise où la violence est patente et qualifiée, devrait être reprise collectivement en vue de repenser la coopération et la solidarité.

Cette option dans l'action de prévention et de traitement de la violence qui passe par le CHSCT et l'espace de discussion devrait être, par principe, privilégiée sur toutes les démarches victimologiques. Ces dernières, en effet, empêchent la remontée de l'analyse vers les causes et font l'impasse sur le traitement étiologique de la violence ainsi que sur la conception d'une action rationnelle au niveau de l'organisation du travail.

3.2. Les services de santé au travail

Ils peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention, dans la mesure où les consultations systématiques et les consultations spontanées des salariés peuvent fonctionner comme un véritable observatoire des situations à risque de violence. Mais il faut pour cela doter le service médical de certains instruments de travail permettant la centralisation d'informations sans violation du secret professionnel d'une part, permettant d'user d'un droit d'alerte d'autre part, permettant d'exploiter rationnellement les informations, enfin.

Des expérimentations de Veille Médicale en Santé Mentale (VMSM) menées dans les services médicaux d'EDF et GDF en sont un exemple intéressant.

3.3. La direction de l'entreprise

Le rôle et la fonction de la direction de l'entreprise dans la prévention de la violence a déjà été examiné au chapitre. Soulignons seulement que la fonction essentielle de la direction concerne la conception et la maintenance des espaces de discussion de l'organisation du travail.

Il convient d'insister d'abord sur les espaces de discussion formels ou institutionnels qui sont nécessaires : CHSCT, Staff, briefing, réunion d'équipe, etc... Mais à côté des espaces institués, l'espace de discussion, on le sait, ne peut se renouveler que si existent aussi des espaces informels. On sait pertinemment, par des études documentées, que ces espaces informels sont toujours les lieux de la convivialité : office, cuisine, salle à manger, cafétéria, vestiaires... Du point de vue de l'organisation du travail, la convivialité est un indicateur de fonctionnement de l'espace de discussion sur l'organisation du travail, de l'activité déontique et de la coopération. Travailler, ce n'est jamais uniquement produire, c'est aussi vivre ensemble.

La chasse systématique aux manifestations de convivialité, aux célébrations d'événements professionnels (promotion, départ à la retraite, accueil d'un nouveau collègue) au seul prétexte de la productivité, conduit à la disparition des réunions spontanées comme ciment de la communication, à la réduction de formes importantes bien qu'informelles de délibération collective, et nuit à la coopération et aux solidarités.

3.4. Les conseils de prud'hommes

Cette institution souffre d'une désaffection du rôle préliminaire et obligatoire de conciliation qui a longtemps été un élément majeur de la spécificité prud'homale.. Autrefois les Conseils de Prud'hommes réglaient quantité de différends et de litiges, à l'amiable (Cottureau A.- 1987). La plupart des affaires s'achevaient avant le jugement. Ce type de fonctionnement reposait sur la confiance dans le dialogue social d'une part, sur la bonne connaissance du terrain par les jurés, du terrain, du travail et de son organisation, des us et coutumes de métier, des règles et normes implicites issues de l'activité déontique.

Il serait souhaitable de remettre à l'étude le fonctionnement du Conseil de prud'hommes en vue d'examiner les raisons pour lesquelles ils n'assument plus cette fonction importante et à quelles conditions il serait possible d'y réhabiliter la recherche de solutions par voie amiable aux litiges et dénis de justice dont on sait qu'ils conduisent souvent à la violence.

3.5. Le rôle du droit

Le droit, son utilisation, sont évidemment un maillon important de la prévention de la violence. Il s'agit ici de l'exercice ordinaire du droit, y compris par le truchement des interventions de l'inspection du travail, dont la liberté d'action ne devrait pas être entravée pour autant qu'on s'efforce de mener une action préventive rationnelle contre la violence en milieu de travail.

Dans ce chapitre tout entier, on remarquera qu'il est peu question d'accroître les réglementations ou de proposer des innovations en matière de législation. Le cadre législatif possède d'ores et déjà des qualités indiscutables pour accueillir une action concertée de lutte contre la violence au travail. Ce qui est en cause ici, c'est essentiellement l'utilisation des espaces légaux de l'action et les difficultés relatives à la mobilisation de la volonté d'agir et de l'ingéniosité des acteurs dans la délibération collective et l'action rationnelle.

4. L'action à l'extérieur de l'entreprise

4.1. La prévention et le traitement de la violence dans les populations touchées par un fort taux de chômage.

La prévention de la violence liée au non-emploi ressortit principalement aux travailleurs sociaux. L'action des travailleurs sociaux, en coordination avec les institutions territoriales et l'État, n'est pas du ressort de la Commission thématique.

Mais il n'y a pas d'action qui ne suppose une intense activité de travail. Il s'agit là d'activités de service qui répondent à des contraintes spécifiques et à des contraintes ordinaires. Ces dernières sont analogues à celles qui ont été examinées tout au long du rapport. En revanche existent des contraintes spécifiques, dans la mesure où il s'agit d'un travail orienté vers la prévention de la violence dans un contexte où les formes de la violence ont considérablement évolué.

D'importantes recherches sont en cours dans ce domaine, notamment au CNAM, à la chaire de travail social.

4.2. La police

La police soulève aussi des problèmes spécifiques en termes de travail. Si la mission de la police est d'abord l'ordre public, on sait que, parfois, des violences dommageables sont le fait de "bavures" ou de dérives.

Prévenir les violences indues de la police pose des problèmes spécifiques d'analyse du travail et de son organisation. La frontière entre violence légitime et violence induite est difficile à tracer et nécessite là encore la permanence d'un espace de discussion interne à la police et une activité déontique qui, seule, permet de réajuster les règles de travail à l'évolution de la réalité sociale.

L'orientation principale de l'action contre les violences indues commises par les policiers repose actuellement sur la référence au stress. C'est une voie utile mais elle est insuffisante. Il faudrait une action ciblée spécifiquement sur l'analyse du travail. Mettre en pratique les principes de régulation interne par l'activité déontique qui ont été dégagés au chapitre II- 2, implique que des dispositions spécifiques soient mises au point. Car la police n'est pas une entreprise ni une administration comme les autres. La peur fait partie intégrante du travail policier, dans lequel le risque de violence exercée ou subie occupe une place importante, et les stratégies de défense contre la peur sont nécessaires pour que les policiers parviennent à rester à leur poste. Mais ces dernières ont aussi des revers, notamment en termes de violences indues. On se reportera ici en particulier au texte de Jean-Michel Chaumont figurant dans les annexes, sur la "vulnérabilité".

4.3. L'administration pénitentiaire

Le problème posé par la violence émergente à l'intérieur de la prison, relève des mêmes considérations que celles qui ont été précédemment citées à l'endroit de la police. Un certain nombre d'études et d'enquêtes ont été faites ces dernières années (Dominique Lhuillier et coll, 1987).

Mais la violence induite contre les détenus soulève ici des problèmes particuliers. Les violences indues peuvent être analysées de la même façon que les violences exercées par les personnels dans les institutions de soin examinées au chapitre... contre les malades, les handicapés ou les résidents, c'est-à-dire par rapport aux limites que le réel du travail impose à l'efficacité du travail de surveillance en détention.

Des problèmes spécifiques sont soulevés par les violences indues contre les détenus. Les conséquences de cette violence ne restent pas confinées à la santé des personnes à l'intérieur de la prison. Les violences indues peuvent transformer la prison en école de la violence pour les détenus. Cet apprentissage, les détenus l'emportent avec eux dans la cité à la levée d'écrou. L'orientation générale de l'action contre la violence dans l'administration pénitentiaire peut bénéficier d'une analyse et de directives spécifiques portant sur le travail. Il s'agit ici d'utiliser au maximum la prévention de la violence par le travail et par l'emploi des détenus. Les principes de cette action ont été l'objet d'expérimentations qui ont fait leurs preuves.

En conclusion de ce chapitre sur l'action de prévention de la violence à l'extérieur de l'entreprise, on retiendra que l'analyse du travail et de l'organisation du travail dans les secteurs du travail social, de la police et de la prison, sont susceptibles d'apporter autant sinon plus qu'aux autres secteurs d'activité, des ressources substantielles pour outiller l'action de prévention de la violence émergente à l'intérieur de ces services, et la maîtrise de la violence sociale venant de l'extérieur, contre ces personnels.

VI. Commission « Institutions, organisations et violence »

A. 10 propositions relevant de 6 directions ou niveaux d'intervention.

- mieux délimiter ;
- mieux gérer les conséquences au plan de la santé ;
- mieux connaître ;
- mieux comprendre ;
- mieux prévenir ;
- promouvoir des coopérations élargies.

1. Mieux délimiter

1.1 Mieux délimiter la définition

Une de nos premières propositions est que le rapport général couronnant les travaux des six Commissions débouche sur une définition de compromis sur les violences, la santé et les effets des violences sur la santé. Sous cet angle notre Commission insiste sur la nécessité de regarder les phénomènes de violences à leurs sources et en particulier dans les types d'organisation, la nature des rapports, les décalages et les écarts.

Autant la définition de l'OMS nous agréée dans ses développements, autant le qualificatif de « *délibéré* » nous paraît restrictif. Tout comme nous préférons le terme de violences liées aux institutions et aux organisations, y compris les organisations sociales au sens large du terme à la typologie de « collective ou communautaire » proposée par l'OMS.

Proposition 1

La Commission propose dans ce sens la reprise de la définition de l'OMS en n'en restant pas à la seule intention du délibéré et d'élargir la typologie aux logiques d'organisations et des institutions potentiellement productrices de violences.

C'est ce type de reprise, d'ajouts et de synthèse que nous appelons définition de compromis.

Nous proposons qu'une formulation explicite soit réalisée de manière concertée et contributive dans le cadre des travaux de synthèse des différentes Commissions.

1.2. Mieux délimiter les responsabilités

Les questions de violences dans leurs effets sur la santé intéressent le ministère dans la gestion de leurs conséquences. Elles concernent l'ensemble des secteurs dans l'effort de prévention en amont. Il s'agit non de savoir comment délimiter les responsabilités mais comment les articuler. Toute position mono sectorielle nous expose à des gestions réductrices.

Proposition 2

La Commission propose que le futur plan de lutte réaffirme et traduise l'apport de la santé publique et la place des professionnels et des institutions de soins, de prévention et de santé au côté des éducateurs, des forces de l'ordre, des intervenants sociaux et des agents économiques. La gestion et la prévention des effets des violences devraient relever de l'intersectorialité.

Reste à définir l'instance ou l'organisation qui en assurera les rapprochements et les régulations.

2. Mieux gérer les conséquences au plan de la santé

La prise en charge des conséquences ou des effets de violences de natures diverses sur la santé et la vie des personnes est une des missions ordinaires, quotidiennes de l'ensemble des services de santé. Toute personne victime ou se considérant comme telle, quel que soit son statut a droit et relève pour des soins courants ou en situation d'urgence des services offerts à toutes et à tous.

La 1^{ère} question que pose la violence aux services de santé est celle de l'efficacité et de l'efficience des soins offerts et pratiqués pour tous et en particulier pour les personnes en situation de détresse ou de risque vital.

La 2^{ème} question posée est de savoir ce qu'il faut corriger en urgence, compléter ou modifier.

La 3^{ème} question posée est de savoir ce qu'il faut penser et faire des dispositifs parallèles qui se mettent en place⁶⁰ et ils commencent à compter : faut-il les démultiplier, les intégrer ou préconiser leur disparition ?

À défaut d'avoir eu le temps et les compétences pour en traiter, si tant est que ce type de questions relevait du mandat de notre Commission, celle-ci a néanmoins examiné 3 dispositifs : la consultation de nos collègues suisses, celle en cours de construction à Toulouse et les lieux d'écoute qui se multiplient.

Pour ce dernier aspect, le nombre et l'ampleur des dispositifs d'interventions, d'assistances et d'écoutes psychologiques sont à une phase de développement opportune. Suffisants pour commencer à en tirer des enseignements et pas encore totalement généralisés pour espérer pouvoir mettre en place des recommandations de bonnes pratiques.

L'expérience rapportée et commentée par Renée Zauberman sur l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention (IAPR) est significative par son rythme de développement.

La police nationale, pour répondre aux contraintes spécifiques d'ordre psychologique auxquelles leurs personnels ont à faire face du fait de leur mission ou dans leur vie familiale, a mis en place un réseau de soutien par le recrutement d'un ou plusieurs psychologues par région.

Ne faut-il pas prendre appui sur les enseignements d'une analyse systémique pour promouvoir des approches et une généralisation, de préférence intégrée sauf pour les dispositifs transitoires et / ou de gestion de crises ?

Sous l'angle du devoir d'assistance et de prise en charge, la Commission s'est penchée en particulier sur l'intérêt et la nécessité de :

- la prise en charge tant des victimes que des auteurs. Mais une réelle difficulté pour y faire venir les auteurs en l'absence de décision a été signalée. Nul n'est contraint d'entrer dans une logique de soin ;
- maintenir et soutenir les dispositifs parallèles mis en place le plus souvent par défaut et travailler à leur intégration dans le cadre de l'évolution des pratiques, des métiers et des organisations ;
- conforter les ouvertures pluridisciplinaires dont se réclament ces dispositifs avec un renforcement de la fonction d'écoute et de conseil juridique ;
- l'intérêt et la nécessité pour les institutions de prendre soins de leurs personnels.

2.1. La responsabilité institutionnelle passe par une double protection

Les missions de protection des personnes doivent être entendues des deux côtés : les personnes qui recourent ou sont sous la responsabilité des institutions et celles qui y travaillent. Toute velléité de n'appréhender ou de ne privilégier qu'une de ces deux dimensions liées est vouée à des résultats à court terme voire à des résultats contraires au principe de l'égalité de toute personne devant le droit et la loi.

La responsabilité des personnels de la santé, des écoles et des prisons, celle des forces de l'ordre doit à la fois être réaffirmée, protégée et aussi étroitement surveillée et redevable devant leurs propres institutions comme la société. Mais cette responsabilité n'est tenable que si les institutions elles-mêmes sont vigilantes et agissantes vis-à-vis des violences qu'elles peuvent générer ou avoir à gérer.

16 Article « Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou » à paraître dans la Santé de l'Homme en mai 2005 Auteur : Colette Ménard Résumé : 8 médecins généralistes sur 10 sont confrontés mensuellement à des cas de violences que leurs patients déclarent ou qu'ils repèrent eux-mêmes. Ce chiffre est issu de l'enquête « baromètre médecins / pharmaciens » de l'INPES, en cours de publication.

2.2. Les victimes comme les auteurs doivent être pris en charge

L'expérience de la consultation de médecine sociale du Docteur HALPERIN de Genève a été examinée. Elle mérite d'être regardée de plus près, d'autant qu'elle inspire par la théorisation des pratiques dont elle témoigne, nos collègues de Toulouse. En effet une consultation spécialisée de prévention de la violence va être créée à Toulouse et dans plusieurs établissements de santé de la région, avec le souci de travailler en réseau, de recueillir des données épidémiologiques et de construire des protocoles de soin et d'accompagnement des victimes et des auteurs.

2.3. Les personnes détenues accompagnées à l'hôpital

Il s'agit de faire le lien avec les analyses et les propositions formulées :

- dans les dispositions de la réforme de 1994 concernant le droit d'accès des personnes détenues aux services de santé de droit commun ;
- dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes et des malades ;
- dans le rapport du groupe de travail interministériel établi en juillet 2003⁶¹ ;
- dans les travaux de certaines des Commissions qui ont travaillé dans le cadre de préparation du plan national de lutte contre les effets des violences sur la santé.

2.4. Les personnes en garde à vue : systématiser l'examen médical

Le gardé à vue est un détenu de courte durée qui a droit, en vertu des dispositions du Code de procédure pénale, à être examiné par un médecin. De ce fait, il a droit à un examen médical. Cet examen n'est pas seulement une garantie donnée au gardé à vue. Il l'est aussi pour les autorités concernées, en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements. Il peut enfin être un acte d'investigation en vue d'établir la preuve des infractions. Le travail réalisé par la conférence de consensus réunie dans ce cadre ainsi que les recommandations qui en sont issues doivent être prises en compte.

Des actions de formation des professionnels à la prévention de la violence en institution, au repérage des situations à risque (notamment au cours de la grossesse) et à l'utilisation des outils d'évaluation sont mises en place dans la région pour la deuxième année.

Proposition 3

Le soutien aux victimes et aux auteurs est à la fois un acte de réparation médico-psycho-social et un acte de prévention des complications ou des violences en chaîne.

La Commission propose d'encourager les dispositifs d'accueil et d'accompagnement en place ou en création.

La protection et l'assistance en particulier aux personnes en situation de vulnérabilité ont été traitées dans de nombreux rapports et font l'objet de propositions qu'il importe de reprendre une à une, en interroger la pertinence et la cohérence dans le cadre du plan destiné à cet effet.

⁶¹ Extraits du rapport du groupe de travail interministériel relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et / ou par l'administration pénitentiaire - J. Charre, P. Vayne, G. Capello, J. Floquet, M. Emig

Elle suggère en outre de saisir la Haute Autorité de santé sur la conduite institutionnelle vis-à-vis des dispositifs expérimentaux, plus ou moins intégrées et surtout sur l'évolution des pratiques, des métiers et des organisations qu'ils traduisent.

2.5. Les institutions doivent exprimer et organiser le soutien à leurs personnels

Il y a aussi dans le soutien institutionnel le souci que doit exprimer toute institution vis-à-vis de ses personnels en situation ordinaire comme suite à des actes d'agressions et autres situations de violences.

Regardons de plus près des démarches à l'œuvre. Peut-être que l'innovation est là ?

2.5.1. Exemple 1 : démarche de soutien institutionnel en milieu pénitentiaire

La reconnaissance d'un problème de violence à l'intérieur des établissements pénitentiaires doit être la première étape de la démarche d'analyse de la situation. L'organisation de rencontres interdisciplinaires pourrait ensuite permettre à chaque intervenant concerné (pénitentiaires, sanitaires, bénévoles, formateurs, enseignants, services d'insertion et de probation, magistrats...) de partager sa vision des choses et sa connaissance de la situation (tout en utilisant à bon escient la « positivité » du secret professionnel de chacun), pour permettre une analyse très fine de toutes les données étiologiques et des mécanismes qui favorisent cette violence : les origines de la violence en milieu carcéral sont multiples.

Chaque intervenant en milieu pénitentiaire a une connaissance particulière du milieu lui permettant un repérage bien particulier et une intervention spécifique et c'est dans l'interdisciplinarité qu'il est possible de trouver des solutions efficaces et adaptées aux différents lieux de détention. La violence structurelle n'apparaît nullement inéluctable aux acteurs de terrain mais seul un réel travail d'élaboration en interdisciplinarité semblerait être en mesure de faire reculer le problème.

La société qui incarcère doit dès lors offrir aux personnes incarcérées et au personnel qui s'en occupe une sécurité optimale. En milieu carcéral, limiter la violence à sa source, c'est déjà la politique de santé la plus sûre et la plus payante.

De même que les enseignements des institutions étudiées par notre Commission, nous font dire qu'un accès au droit assuré et qu'une médiation de tiers, extérieurs à cette institution, contribuent à la diminution des violences et à la prévention de leur expression. C'est pourquoi nous pourrions préconiser des procédures en ce sens :

- mise à disposition des personnels et des usagers des textes législatifs et réglementaires définissant et encadrant les pratiques institutionnelles ;
- élaboration commune et diffusion d'un règlement intérieur, contractualisation de l'activité de tiers extérieurs à l'institution, chargés du conseil des professionnels et des usagers ainsi que d'une médiation entre ceux-ci.

2.5.2. Exemple 2 : démarche de soutien institutionnel en milieu hospitalier

Développer la médiation interne et externe

Les institutions doivent créer les conditions de médiations, avec des personnes auxquelles cette médiation est confiée (exemple conciliateur médical), ou des lieux de régulation et d'écoute (les fameux groupes de parole gardent toute leur utilité). Dans ce domaine les institutions peuvent utilement s'appuyer aussi sur des

bénévoles qui aident à prendre la distance et apportent une autre vision. Si les conflits sont nécessaires, il faut donner des espaces de régulation et de résolution.

Ne pas cesser de travailler sur et d'explicitier le sens de ce que l'on fait à l'hôpital

L'exemple des centres d'éthique est intéressant car il conduit les professionnels à travailler sur leurs finalités et à discuter comment ils parviennent à les atteindre, malgré les difficultés rencontrées.

« Cocooner » les personnels

Nous devons développer ce qui se fait dans des hôpitaux canadiens ou de grandes entreprises françaises ou nord-américaines et qu'ils appellent les PAE (programme d'aide aux employés). Il s'agit de donner aux employés du temps pour divers soutiens (kiné, gym, diététiciens, psychologue etc....) à la carte offert librement à ceux qui le souhaitent. Ceci permet de supporter le stress et la violence, de garder ou renouveler ses ressources internes

Penser les espaces hospitaliers

Nous pourrions suggérer que le ministère lance un grand appel à projets de bâtiments hospitaliers favorisant l'accueil et l'apaisement des tensions, en faisant réfléchir des architectes et des artistes. De même qu'on a lancé les normes de Haute Qualité Environnementale, on devrait créer des normes de Haute Qualité d'Accueil.

Pour conclure sur ce paragraphe, il importe de prendre en compte l'ensemble des risques avec rigueur, sérieux et surtout prudence, les risques dans toute la population comme les risques hospitaliers. Les notions, et démarches d'évaluation de ces risques progressent.

Il importe de donner plus de visibilité à la violence.

Proposition 4

Nous avons eu à entendre de nombreux exemples d'initiatives et de démarches à l'œuvre dans différentes régions et secteurs. Les fiches en annexe en témoignent (Gaspar, démarche MP, projet CJD-FM, gestion des violences en milieux ouverts l'IAPR⁶²...).

Dans les paragraphes qui suivent, nous rappelons quelques exemples de démarche de soutien institutionnel ciblés sur le milieu pénitentiaire, et hospitalier.

Non par prétention d'exemplarité mais par souci de partage de l'expérience tant leurs initiateurs ont eu le souci de revenir sur les enseignements qu'ils en tirent.

Il doit y avoir de nombreux autres exemples que nous n'avons pas eu la chance de connaître et qui témoignent à quel point les professionnels et responsables concernés agissent, innovent et assument. Ils doivent être certainement plus nombreux qu'on ne l'imagine. Ils doivent surtout consentir beaucoup d'efforts et d'ingéniosité pour assumer leurs tâches et responsabilités.

La Commission recommande aux institutions concernées et au futur plan de reconnaître et de souligner cet esprit d'initiative et de s'y appuyer.

⁶² L'exemple de l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention sa construction, l'audience qu'il a eue indique une voie.

Elle propose d'examiner les conditions de leur élargissement notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé et comme une reconnaissance et une contribution du secteur de la santé publique.

3. Mieux connaître

3.1. Grâce à un travail sur les données, les sources et leur traitement

On a vu que différents dispositifs de recueil de l'information sur les phénomènes de violence existaient déjà (Éducation nationale, Sécurité publique) ou se dessinaient (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins). Il n'est pas un jour sans qu'une institution n'annonce la construction à son niveau d'un dispositif. On a examiné plus haut les termes de la controverse sur l'utilité et les limites de tels dispositifs. Que faut-il préconiser : le laisser faire, le regroupement ?

Nous avons déjà examiné les considérants dont il faut tenir compte avant de tenter de répondre à cette question. Une institution ne peut recueillir toutes les données la concernant, en assurer le traitement et le contrôle. Les problèmes techniques sont réels et non un alibi. Sans compter les problèmes multiples liés à leurs interprétations et à leur exploitation.

Tout en reconnaissant l'intérêt de données regroupées et de sources fusionnées ou coordonnées ou en tous les cas compatibles, la Commission n'est pas favorable à l'idée d'un observatoire, en tant que structure, en plus de celles qui existent. Il importe comme premier prolongement de ce travail de poursuivre le recensement des différents dispositifs en place et des évaluations et travaux de tous ordres dans ce domaine. Il paraît de bon sens d'en interroger les liens, niveaux et degrés de cohérence.

Proposition 5

En matière d'informations destinées à améliorer notre connaissance des violences et de leurs effets sur la santé, la Commission préconise de réaliser un 1^{er} rapprochement des données, des sources et des dispositifs.

Ce travail serait à confier à une mission plutôt qu'à une structure.

Un 1^{er} rapprochement des données et des sources confié à une mission plus qu'à une structure.

3.2. Par l'impulsion d'un programme de recherche innovant

Une recherche dans toutes les disciplines, fondamentales, appliquées ou ce que l'on appelle recherches action, tant en milieux institutionnels (pénitentiaire, hospitalier, entreprises, école...) que dans les espaces traditionnels, la place et le rôle de la recherche méritent plus qu'une pétition de principe. Celle-ci peut participer de manière contributive à la compréhension et à l'émergence d'approches plus en adéquation avec notre temps.

Quelques propositions d'axes et de thèmes de recherche :

- sur les contenus :

- sur les dynamiques du développement de la violence dans les institutions (mécanismes de pression, d'injonctions paradoxales, d'humiliation...) ;
- sur les effets de la violence sur la santé (troubles anxio-dépressifs, attitudes de résignation, passivité, arrêts de travail...) ;
- sur les représentations de l'environnement institutionnel, du « public » accueilli et de la place qui lui est donnée.

- sur les outils de mesure (en lien et en prolongement du travail de mise à plat de l'existant ; cf. proposition 1) :

- de la manière de repérer, décrire et quantifier ces violences ;
- des indicateurs de « violence » indépendants des statistiques institutionnelles ;
- des méthodes de repérage et d'évaluation des facteurs collectifs et personnels pouvant réduire l'impact de la violence en contribuant aux mécanismes de régulation, de résilience et de réparation (telles que les ressources personnelles, professionnelles, sociales, institutionnelles).

Proposition 6

La Commission propose que le ministère de la Santé dans le cadre du plan national violences et santé conçoive en lien avec tous les autres partenaires concernés ce qui pourrait être un véritable appel à projets de recherche impulsé et soutenu.

Le plan pourrait y compris afficher une proportion bien délimitée du financement global du plan dédiée à la réalisation d'un tel programme de recherche.

Des recherches sur les contenus mais aussi sur les outils de mesure et d'analyse.

Avec comme spécificité dans toutes ces recherches, l'introduction de nouveaux angles et apports tels ceux des sciences des organisations, des sciences sociales et humaines à côté des approches habituelles.

L'apport de l'angle d'analyse et des méthodes de la santé publique étant à l'évidence à mettre au service d'une approche multidisciplinaire.

Combiner qui plus est, l'expertise scientifique, technique et l'expertise sociale nous paraît être une option novatrice et probablement particulièrement indiquée dans une question aussi complexe que les violences.

4. Mieux comprendre

De façon à la fois contributive et pragmatique, la Commission propose deux outils d'analyse ou deux matériaux d'outils, l'un pour stimuler l'analyse, l'autre pour orienter l'intervention.

Une grille pour travailler à promouvoir un autre paradigme

4.1. « Déconstruire et reconstruire »

Si l'on admet qu'une prévention efficace des phénomènes de violence est celle qui non seulement remonte aux sources mais interroge aussi les fondements de la représentation, des valeurs, des normes et des règles, alors on comprendra pourquoi il importe en ce domaine *de travailler tout autant le cadre organisationnel que le cadre de pensée*.

Pour exemples :

- les mécanismes de production et de reproduction des phénomènes de violences nous ont plus préoccupés que leurs seules manifestations ;
- l'enchaînement des violences comme la chaîne des violences nécessitent d'être repérés et décryptés ;
- les logiques d'organisations et de fonctionnement nous paraissent aussi importantes à repérer que les comportements des personnes ou des instances ;
- l'existence et le fonctionnement des cadres et des formes collectifs de régulation, notamment des situations de conflits, méritent à l'inverse de la culture ambiante, d'être encouragés. Ou la régulation est collective et plus ou moins organisée et maîtrisée ou elle devient individuelle, de groupes et probablement de moins en moins maîtrisable ;
- la vérification ou la promotion des recours à tous les niveaux participent de cette approche qui favorise le primat du droit sur celui du rapport de la force ;
- travailler autant la sphère objective que celle des organisations et des moyens mais aussi celle des rapports et des sphères de la subjectivité. Interroger de manière attentive et professionnelle les représentations, les valeurs, les normes autant que les règles et les lois.

4.2. Une grille d'interpellation des personnes et des organisations

4.2.1. Les phénomènes de violence sont-ils nommés ?

Apprendre à reconnaître et dire les différentes formes de violence. Savoir où et comment les dire. Éviter de sur-dramatiser ce qui déjà n'est pas de l'ordre du banal. La violence est aussi un mode d'expression. Toute violence qualifiée ou perçue comme telle n'est pas nécessairement génératrice d'effets sur la santé.

4.2.2. N'y a-t-il de violence que chez « les autres » ?

Commencer par reconnaître et accepter sa propre violence. Une personne vulnérable ou un agresseur se révèle souvent avoir été précocement victime de maltraitance.

Il existe aussi dans les institutions et organisations des violences à bas bruit et des souffrances silencieuses dont le repérage et l'interprétation s'avèrent souvent difficiles. Tout dispositif qui ne s'interroge pas sur lui-même ne possède aucune chance d'efficacité ni de renouvellement. Les composantes individuelle et collective de la violence peuvent s'attiser mutuellement, surtout à certaines phases critiques de la vie de la personne (mutation, problème familial ou de santé...) ou de l'organisation (restructuration, surchauffe...).

La prévention de la violence institutionnelle s'impose particulièrement chaque fois qu'entrent en jeu des relations avec le public et plus spécifiquement lorsqu'il s'agit de services à la personne en rapport avec des droits fondamentaux (santé, éducation, sécurité).

4.2.3. La crise peut-elle être productive ?

En principe, ce n'est que dans les situations de crise que l'interpellation est possible. Tant que la routine opère, il demeure possible de biaiser et de nier la violence. Savoir distinguer autorité responsable et abus de pouvoir, conflit constructif et négation destructrice de l'autre⁶³. Les responsabilités dans les organisations doivent être définies. L'exercice de l'autorité à tous les niveaux repose sur des règles claires, connues de tous et respectées par chacun.

4.2.4. Les personnes concernées se sentent-elles ou sont-elles seules ?

Personne ne doit se trouver seul face à un phénomène de violence délétère, ni lâché au milieu du gué, qu'il s'agisse d'un agent du personnel ou d'un usager de l'institution (élève, malade, détenu...). Les représentants du personnel ou ceux des usagers ainsi que les services de prévention doivent pouvoir pleinement assurer leur rôle⁶⁴

4.2.5. Les droits de la personne, les droits de l'homme sont-ils respectés ?

Considérer qu'en matière de violence les atteintes à la santé ont presque toujours à voir avec l'atteinte aux droits des personnes.

4.2.6. Pourquoi pas un tiers ?

Un regard et un appui distanciés, ce qui ne signifie pas nécessairement externalisés, sont souvent utiles pour analyser et objectiver les faits.

Proposition 7

Pour mieux comprendre les phénomènes de violences dans leurs manifestations sur la santé comme à leurs sources, la Commission propose ces deux outils, l'un d'analyse, l'autre d'intervention :

- une grille de déconstruction / reconstruction ;*
- une grille d'interpellation des personnes et des organisations visant à susciter le débat, la réflexion et des démarches de réparation et de prévention individuelles et collectives.*

Cette forme de proposition est un raccourci à visée didactique pour réagir, réfléchir, débattre et mieux agir.

Le caractère « affirmatif » étant délibéré.

Et les propositions, un prétexte plus qu'un travail en soi ou un outil élaboré.

5. Mieux prévenir

5.1. Prévenir des facteurs de risques

On a entendu et vu plus haut à quel point la solitude des professionnels face à la violence tout comme le face-à-face d'une institution avec seulement elle-même, ses personnels ou ses publics, peuvent être sources de souffrances et d'attitudes d'évitement. Ce sont des facteurs de risques qu'il importe de reconnaître et d'apprendre à connaître et à traiter.

⁶³ « Comme expression de la combativité, la violence peut soutenir la dynamique vitale » (Philippe Lecorps et Eric Le Grand in « Santé de l'homme »)

⁶⁴ à noter l'évolution récente de la médecine du travail vers une prise en charge des risques psychosociaux incluant violence, stress et harcèlement et l'intérêt porté par des organisations professionnelles pour ces thématiques de santé publique.

La complexité et la diversité des situations de violences, des publics concernés, des institutions impliquées, sont telles que seul de travail d'équipe et en équipe ainsi que les pratiques de réseaux peuvent offrir la gamme des compétences et des aptitudes pour pouvoir sinon prendre en charge du moins prendre en compte les dimensions médico-psycho-sociales soulevées.

Proposition 8

Aussi la Commission recommande-t-elle, en profitant des conditions de mise en œuvre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, d'examiner avec les organes de gouvernance récemment mis en place (UNCAM, UNOCAM...) les conditions de rémunération forfaitaire des pratiques multiprofessionnelles et multidisciplinaires. Elle recommande de se rapprocher des institutions de formation initiale et continue et de recherche pour promouvoir des contenus des méthodes susceptibles d'encourager les pratiques de groupe.

5.2. Promouvoir des espaces de débats et de régulation

Non à créer mais à responsabiliser parmi ceux existants (structures paritaires, CHSCT, comité d'éducation pour la santé et la vie citoyenneté en milieu scolaire) pour « débattre » des situations de violences perçues et / ou agies permettant d'engager, au besoin, des plans d'actions. Les mécanismes de régulation et de contrôle collectifs sont à encourager coûte que coûte. La nécessité de rebâtir des collectifs n'a pas manqué d'être soulignée.

Des lieux d'échange, des groupes de parole, des syndicats sont vivement souhaitables pour gérer collectivement les conflits. La critique, les formes collectives, le conflit, le recours sont autant de mécanismes de régulation qu'il faut apprendre à encourager.

5.3. Une communication pour « illégitimer » la violence

N'y a-t-il pas intérêt à réfléchir aux registres et leviers susceptibles de rendre illégitimes les actes de violence ? Illégitimes aux yeux du public et de la société ? La Commission insiste sur les conditions de contrôle et de succès d'une telle démarche :

- intervenir suite à des actes et / ou de situations de violence jugés « intolérables » pour la société à condition de définir le cadre et la légitimité de ce jugement et de l'opportunité d'une intervention forte ;
- une vigilance et une réactivité en toutes situations et sans discriminations ;
- en particulier quand les institutions et leurs personnels sont en cause, surtout celles en charge de la protection des personnes, de l'ordre public, de l'intégrité des personnes ou du droit et devoir d'assistance.

Proposition 9

Pour engager ou renforcer la dynamique du débat et de la régulation collective des violences, la Commission propose de s'appuyer sur :

- des outils lisibles, visibles, concrets à développer dans les services, coportés par la pratique de direction, d'évaluation et d'animation des services ;*
- les projets de service des établissements doivent être lisibles sur ces questions ;*
- les documents d'évaluation systématique des risques dans les établissements dits « documents uniques » sont des points d'appui réglementaires d'autant utiles qu'ils peuvent aider à une appréhension globale et plus équilibrée de l'ensemble des risques ;*
- l'encouragement et le soutien à toutes les formes et les cadres du débat et de régulation collective de gestion des conflits ;*
- des actions de communication maîtrisées et sous contrôle social et interinstitutionnel pour réunir les conditions éthiques et démocratiques.*

6. Pour des coopérations élargies

6.1. Voir ailleurs pour pouvoir voir autrement

Nos travaux n'ont pas eu le temps et les conditions d'une ouverture et d'une confrontation avec les expériences et les travaux de nos collègues étrangers et en particulier européens. La Commission a conscience de cette lacune et suggère dans l'esprit et le prolongement du rapport de l'OMS cité en référence de regarder de plus près les expériences étrangères et surtout européennes vu la communauté des situations qui se renforcent.

L'audition d'une chercheuse brésilienne, l'examen de la consultation de notre collègue suisse sont des 1^{ères} ouvertures qui nous ont conforté dans la richesse des horizons autres. Un de nos intervenant nous rapporté un exemple suisse, où les autorités subventionnent des associations d'usagers et les encouragent à la critique. Les municipalités ont fait de la contre-proposition une dimension de la gestion des affaires publiques.

Proposition 10

Aussi, la Commission recommande-t-elle aux responsables concernés dans le cadre du plan, de constituer une base bibliographique comparative au plan international en lien avec l'OMS et les agences européennes ou de les rejoindre si ces bases existent.

Ce travail peut être initié par l'élaboration d'un dossier documentaire analytique et synthétique des documents produits par les différents pays suite au rapport de l'OMS.

De la même manière qu'elle suggère un appel d'offres dans ce domaine à la constitution d'un réseau européen de coopérations.

Récapitulatif des 10 propositions**Proposition 1**

La Commission propose dans ce sens la reprise de la définition de l'OMS en n'en restant pas à la seule intention du délibéré et d'élargir la typologie aux logiques d'organisations et des institutions.

C'est ce type de reprise, d'ajouts et de synthèse que nous appelons définition de compromis.

Nous en proposons la formulation explicite de manière concertée et contributive dans le cadre des travaux de synthèse des différentes Commissions.

Proposition 2

La Commission propose que le futur plan de lutte réaffirme et traduise l'apport de la santé publique et la place des professionnels et des institutions de soins, de prévention et de santé au côté des éducateurs, des forces de l'ordre, des intervenants sociaux et des agents économiques. La gestion et la prévention des effets des violences devraient relever de l'intersectorialité.

Reste à définir l'instance ou l'organisation qui en assurera les rapprochements et les régulations.

Proposition 3

Le soutien aux victimes et aux auteurs est à la fois un acte de réparation médico-psycho-social et un acte de prévention des complications ou des violences en chaîne.

La Commission propose d'encourager les dispositifs d'accueil et d'accompagnement en place ou en création.

La protection et l'assistance en particulier aux personnes en situation de vulnérabilité ont été traitées dans de nombreux rapports et font l'objet de propositions qu'il importe de reprendre une à une, en interroger la pertinence et la cohérence dans le cadre du plan destiné à cet effet.

Elle suggère en outre de saisir la Haute Autorité de santé sur la conduite institutionnelle vis-à-vis des dispositifs expérimentaux, plus ou moins intégrées et surtout sur l'évolution des pratiques, des métiers et des organisations qu'ils traduisent.

Proposition 4

Nous avons eu à entendre de nombreux exemples d'initiatives et de démarches à l'œuvre dans différentes régions et secteurs. Les fiches en annexe en témoignent (Gaspar, démarche MP, projet CJD-FM, gestion des violences en milieux ouverts l'IAPR⁶⁵...).

Dans les paragraphes qui suivent, nous rappelons quelques exemples de démarche de soutien institutionnel ciblés sur le milieu scolaire, pénitentiaire, et hospitalier.

Non par prétention d'exemplarité mais par souci de partage de l'expérience tant leurs initiateurs ont eu le souci de revenir sur les enseignements qu'ils en tirent.

Il doit y avoir de nombreux autres exemples que nous n'avons pas eu la chance de connaître et qui témoignent à quel point les professionnels et responsables concernés agissent, innovent et assument. Ils doivent être certainement plus nombreux qu'on ne l'imagine. Ils doivent surtout consentir beaucoup d'efforts et d'ingéniosité pour assumer leurs tâches et responsabilités.

La Commission recommande aux institutions concernées et au futur plan de reconnaître et de souligner cet esprit d'initiative et de s'y appuyer.

Elle propose d'examiner les conditions de leur élargissement notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé et comme une reconnaissance et une contribution du secteur de la santé publique.

Proposition 5

En matière d'informations destinées à améliorer notre connaissance des violences et de leurs effets sur la santé, la Commission préconise de réaliser un 1^{er} rapprochement des données, des sources et des dispositifs.

Ce travail serait à confier à une mission plutôt qu'à une structure.

Un 1^{er} rapprochement des données et des sources confié à une mission plus qu'à une structure.

Proposition 6

La Commission propose que le ministère de la Santé dans le cadre du plan national violences et santé conçoive en lien avec tous les autres partenaires concernés ce qui pourrait être un véritable appel à projets de recherche impulsé et soutenu.

Le plan pourrait y compris afficher une proportion bien délimitée du financement global du plan dédié à la réalisation d'un tel programme de recherche.

Des recherches sur les contenus mais aussi sur les outils de mesure et d'analyse.

Avec comme spécificité dans toutes ces recherches, l'introduction de nouveaux angles et apports tels ceux des sciences des organisations, des sciences sociales et humaines à côté des approches habituelles.

L'apport de l'angle d'analyse et des méthodes de la santé publique étant à l'évidence à mettre au service d'une approche multidisciplinaire.

Combiner qui plus est, l'expertise scientifique, technique et l'expertise sociale nous paraît être une option novatrice et probablement particulièrement indiquée dans une question aussi complexe que les violences.

⁶⁵ L'exemple de l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention sa construction, l'audience qu'il a eue indique une voie.

Proposition 7

Pour mieux comprendre les phénomènes de violences dans leurs manifestations sur la santé comme à leurs sources, la Commission propose ces deux outils, l'un d'analyse, l'autre d'intervention :

- une grille de déconstruction / reconstruction ;
- une grille d'interpellation des personnes et des organisations visant à susciter le débat, la réflexion et des démarches de réparation et de prévention individuelles et collectives.

Cette forme de proposition est un raccourci à visée didactique pour réagir, réfléchir, débattre et mieux agir.

Le caractère « affirmatif » étant délibéré.

Et les propositions, un prétexte plus qu'un travail en soi ou un outil élaboré.

Proposition 8

Aussi la Commission recommande-t-elle, en profitant des conditions de mise en œuvre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, d'examiner avec les organes de gouvernance récemment mis en place (UNCAM, UNOCAM...) les conditions de rémunération forfaitaire des pratiques multiprofessionnelles et multidisciplinaires. Elle recommande de se rapprocher des institutions de formation initiale et continue et de recherche pour promouvoir des contenus des méthodes susceptibles d'encourager les pratiques de groupe.

Proposition 9

Pour engager ou renforcer la dynamique du débat et de la régulation collective des violences, la Commission propose de s'appuyer sur :

- des outils lisibles, visibles, concrets à développer dans les services, co-portés par la pratique de direction, d'évaluation et d'animation des services ;
- les projets de service des établissements doivent être lisibles sur ces questions ;
- les documents d'évaluation systématique des risques dans les établissements dits « documents uniques » sont des points d'appui réglementaires d'autant plus utiles qu'ils peuvent aider à une appréhension globale et plus équilibrée de l'ensemble des risques ;
- l'encouragement et le soutien à toutes les formes et les cadres du débat et des régulations collectives de gestion des conflits ;
- des actions de communication maîtrisées et sous contrôle social et interinstitutionnel pour réunir les conditions éthiques et démocratiques.

Proposition 10

Aussi, la Commission recommande-t-elle aux responsables concernés dans le cadre du plan, de constituer une base bibliographique comparative au plan international en lien avec l'OMS et les agences européennes ou de les rejoindre si ces bases existent.

Ce travail peut être initié par l'élaboration d'un dossier documentaire analytique et synthétique des documents produits par les différents pays suite au rapport de l'OMS.

De la même manière qu'elle suggère un appel d'offres à la constitution d'un réseau européen de coopérations dans ce domaine

Annexe 7

LES CITTP (CENTRES D'INVESTIGATION ET DE TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELS)

Pour aider le développement de la recherche sur les rapports entre emploi / travail / violence, on pourrait suggérer de réunir en une même unité fonctionnelle l'activité **clinique** de prévention et de soin, d'une part, avec l'activité d'investigation et de **recherche**, d'autre part, avec une centralisation des **informations** qualitatives et quantitatives recueillies, enfin.

Favoriser le développement de centres de consultations spécialisées semble un objectif possible sur une durée de cinq ans.

I. Composition

Il s'agirait d'unités fonctionnelles réunissant différents spécialistes, les uns cliniciens, les autres praticiens des sciences du travail. À titre indicatif :

- Cliniciens : médecins du travail, psychiatres, psychologues cliniciens, psychologues du travail.
- Praticiens et spécialistes en sciences du travail : inspecteurs du travail, médecins inspecteurs du travail, sociologues du travail et des organisations, avocats spécialisés en droit du travail, ergonomes.

II. Lieu d'implantation

- En dehors de l'entreprise ;
- En lien avec les établissements de santé publique ou de santé au travail.

III. Missions

A. Soins

- **Recevoir des patients adressés par le médecin traitant, le médecin du travail, le psychiatre ou le psychologue clinicien ;**
- Procéder au diagnostic ;
- Mettre en œuvre les mesures immédiates de sauvegarde ;
- Concevoir l'éventuelle prise en charge à plus long terme, incluant une action pluridisciplinaire.

B. Expertise

Les membres de l'équipe devraient pouvoir intervenir dans les entreprises à la demande de la direction, du service médical ou du CHSCT avec l'accord de la direction, pour qualifier la situation de violence et apporter une aide à l'action du CHSCT.

C. Recherche

Les informations recueillies aux consultations pourraient servir de base de données cliniques pour étudier les formes de violence au travail, leurs conséquences sur la santé, les modalités de prise en charge, l'efficacité des pratiques.

D. Prévention et formation

Le centre de consultations pourrait accueillir des stagiaires médecins, psychologues, juristes, voire délégués de CHSCT pour leur donner une formation à partir de la clinique qui apparaît comme un chaînon intermédiaire incontournable de la prévention de la violence à l'intérieur des entreprises et des services.

IV. Dénomination

Centre d'investigation et de traitement des troubles psycho-socio-professionnels (CITTP)

V. Financement et tutelle

À préciser.

Annexe 8

COMMISSION D'ÉTHIQUE DE L'OFFICE DE LA JEUNESSE

PAUL BOUVIER

**MÉDECIN DIRECTEUR, SERVICE DE SANTÉ DE LA JEUNESSE,
OFFICE DE LA JEUNESSE, GENÈVE, SUISSE**

I. Présentation résumée

Les professionnels de l'Office de la jeunesse, travailleurs sociaux, infirmières et médecins scolaires ou juristes travaillant dans le domaine de la violence et de la maltraitance envers les mineurs se trouvent confrontés chaque jour à des situations difficiles et ils sont appelés à prendre des décisions qui mettent en jeu un ensemble de données complexes.

Si chaque situation d'enfant traitée par les services est particulière et individuelle, toutes s'inscrivent dans un cadre institutionnel fixé par la loi. La plupart font appel à des savoirs administratifs, juridiques et psychosociaux.

La Commission d'éthique est née de la volonté des autorités d'aider les services sociaux et sanitaires de l'Office de la jeunesse à élaborer progressivement un corpus de références dont les fondements éthiques informeraient les pratiques de ses collaborateurs.

Elle a donc pour mission de construire une éthique institutionnelle, de déterminer la place de l'éthique par rapport aux autres principes définis par la déontologie, la morale et la loi, de développer la connaissance des cas problématiques afin d'en dégager des critères d'actions spécifiques.

La Commission est composée de personnalités reconnues et faisant autorité dans les domaines de l'éthique, du droit, la psychologie, la sociologie ou la pédagogie. Elle peut être consultée par tout collaborateur des services de l'Office de la jeunesse, sur une question liée à une situation complexe ou inhabituelle. Cela peut être par exemple une situation dans laquelle s'exercent plusieurs exigences éthiques contradictoires ou dans laquelle un collaborateur se trouve en désaccord avec la réponse

La Commission a pour fonction de :

- Tenter d'appliquer, sous la forme de consignes générales, les principes éthiques fondamentaux aux réalités institutionnelles, en s'aidant pour cela des savoirs juridiques et psychosociaux représentés dans la Commission. En cela, il s'agit de construire une éthique institutionnelle et de déterminer la place de l'éthique par rapport aux autres principes définis par la déontologie, la morale et la loi ;

- Connaître des cas, des situations ou des problèmes surgissant dans l'Office pour dégager des critères d'actions spécifiques fondés sur les principes éthiques, évaluer leur pertinence et proposer au besoin des améliorations structurelles.

Le premier outil de la Commission est constitué par l'expérience des membres qui la composent. Un autre moyen de connaissance repose sur l'étude des cas problématiques pour en faire une appréciation *a posteriori* afin d'en dégager des critères d'actions spécifiques. Il ne s'agit pas de porter un jugement, mais de dégager les critères d'actions pour le futur. Il s'agit aussi d'évaluer leur pertinence pour éviter le piège consistant à instrumentaliser l'éthique.

- Appécier sur demande des intéressés ou du propre chef de la Commission, sur la base de critères éthiques, la pertinence de certains dispositifs institutionnels et émettre des avis sur les questions de principe ;
- Éclaircir les débats au sujet de la justification éthique et, le cas échéant, arbitrer en dernier recours les interprétations divergentes à leur sujet.

II. Fonctionnement de la Commission

La Commission n'est pas une commission d'enquête ni un alibi pour les décisions de l'autorité. Elle n'entend pas être instrumentalisée. Plus complexe est la question de savoir si elle a un rôle d'arbitrage ou de médiation et si elle doit fonctionner comme une cellule de crise. Sur ces points, elle a varié sans réellement trancher.

La Commission a exprimé à maintes reprises sa volonté pédagogique : elle entend aider les collaboratrices et collaborateurs de l'Office à analyser les problèmes, à dégager une jurisprudence, un système de références et à élaborer des arguments fondés sur des principes éthiques. À cet effet, elle a organisé des journées d'étude proposées à l'ensemble des services de l'Office : le 27 janvier 2000 sur le thème " L'intérêt de l'enfant et l'évolution de ses droits " et le 18 avril 2002 sur le thème " Responsables, d'accord mais de quoi ? "

La Commission a étudié des thèmes relatifs aux activités des services et elle a été saisie d'un certain nombre de cas qui ont donné matière à ses travaux :

- Les rapports avec les autres autorités, le Tribunal tutélaire en particulier mais aussi les autres services de l'État, l'étude des mandats confiés aux services ;
- Liberté et sécurité ;
- Le secret de fonction ;
- Enfants et familles ;
- Les travailleurs sociaux ;
- Les crises et les urgences.

La problématique " comment faire pour bien faire ? " se retrouvera toujours présente dans cette activité d'aide et d'accompagnement. La Commission d'éthique a pu parfois aider à des prises de décision, elle a ainsi ouvert une voie de réflexion. Mais il reste à imaginer encore nombre de procédures, propres à aider ceux qui, sur le terrain, sont trop souvent seuls face à des responsabilités difficilement compatibles avec le temps qu'ils peuvent consacrer à chaque situation.

Annexe 9

PÉRINATALITÉ ET PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE COLLABORATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE EN PÉRINATALITÉ.

**FRANÇOISE MOLÉNAT – MISSION DHOS
RAPPORT JANVIER 2004**

Introduction

Le rapprochement des divers acteurs concernés par le développement global de l'enfant est une donnée récente au sein de la médecine. La culture du monde « somatique » et la culture du monde « psy » sont devenues moins étrangères l'une à l'autre, créant une *nouvelle donne anthropologique* : l'offre aux familles vulnérables d'un environnement professionnel désormais sensibilisé aux enjeux affectifs de la naissance, capable de déjouer le processus de répétition transgénérationnelle, dans des conditions d'exercice individuel et collectif à promouvoir.

À partir d'une meilleure maîtrise de la mortalité périnatale, les médecins ont pu regarder en face les limites de leur technologie, qu'ils avaient pu vivre comme leurs « échecs », sentiment qui freinait alors la possibilité de travailler sous le regard des autres. Le diagnostic anténatal – et les décisions graves qu'il entraîne – a consacré le rapprochement obstétrico-pédiatrique et l'appel à une « aide à penser » lorsque les émotions surgissent avec violence, chez les parents mais aussi chez les professionnels devenus plus disponibles à la dimension affective.

En pédopsychiatrie, une fois dépassée l'impuissance devant des enfants amenés trop tard en consultation, les années 1980-90 ont vu se développer de puissants axes de recherche. Ils ont produit une masse considérable de connaissances, encore kaléidoscopiques et s'opposant parfois les unes aux autres. Même au sein du milieu psychanalytique, le débat a été longtemps passionnel, offrant aux partenaires des autres disciplines l'image d'un champ de bataille où les guerres d'école entravaient pour une part les possibilités de collaboration.

L'accès à la contraception a amené des changements très profonds dans le statut de l'enfant, de la mère, du père. En même temps, les techniques de reproduction humaine ont absorbé une bonne part de la réflexion éthique sur des questions qui ne touchent en fait qu'un nombre très limité de familles. Par contre, la fragilité des liens parents / enfant, la complexité de la construction psycho-affective de l'être humain, relancent – souvent trop tard - l'inquiétude du monde professionnel, quand ce n'est pas celle de la société dans son ensemble, face à certains tableaux psychopathologiques (problèmes de l'adolescence, violences familiales, toxicomanie etc...). En témoignent le débordement des consultations pédopsychiatriques, la difficulté à

maîtriser les problèmes de comportement des jeunes, les nouvelles formes de pathologie psycho-sociale, le malaise au sein de la psychiatrie.

Le souci d'avancer dans ce sens a amené la DHOS à créer une mission centrée sur les modalités de collaboration entre les acteurs du champ psychique et les acteurs en périnatalité, au moment où l'enfant construit sa sécurité de base, et où un homme et une femme construisent leur identité parentale. Le rapport Bréart-Rozé-Puech de la mission « périnatalité » et certains éléments du rapport Cléry-Melin pour la psychiatrie confirment la convergence d'idées fondamentales, concernant le rôle des professionnels de la naissance, clé d'une politique de prévention.

I. Consensus de base et axes de réflexion

A. Consensus de base

De l'avis de tous, l'intérêt d'accélérer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources, est largement admis. Le rôle structurant d'un réseau professionnel fiable, centré sur chaque famille, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'anté au post-natal, relève désormais de l'évidence intellectuelle, mais n'en est qu'à un début d'application.

L'énormité de la tâche, lorsqu'il s'agit de parents bousculés par la vie, la complexité des registres dans une telle prévention, est aussi au premier plan. Comment penser l'ensemble ? Bien souvent, les désordres familiaux n'ont eu d'égal que le désordre des actions menées dans le champ médical, social et / ou psychologique / psychiatrique. Il existe donc un énorme potentiel d'étayage vis-à-vis des familles vulnérables, au travers déjà d'une meilleure coordination des interventions. Reste à opérer un changement culturel profond dans un système largement fondé jusqu'alors sur la réparation après-coup et sur le fonctionnement auto-centré des institutions.

La conscience est largement répandue que persistent des effets pathogènes liés à certaines pratiques professionnelles, malgré les progrès de ces vingt dernières années. Le cloisonnement des services et des institutions, la mise à l'écart durant plusieurs décennies de la dimension affective au cours du processus de naissance, le non-respect de la physiologie et des émotions de la femme et de l'enfant, le manque d'attention à la place du père, ont été repérés comme entravant la construction des liens familiaux et favorisant la maltraitance, ce qui a été confirmé par des publications déjà anciennes. Par contre les effets positifs obstétrico-pédiatriques d'un accompagnement personnalisé, en cours de grossesse et au moment de l'accouchement, ont également été décrits depuis fort longtemps (en particulier sur le taux de prématurité et de césariennes).

Un tournant s'amorce dans les modes de pensée : la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des parents doit trouver ses bases **en amont**, et pas seulement en aval. Il s'agirait de déplacer une part de l'énergie sur une meilleure écoute dès le début de la grossesse, écoute nécessaire si l'on veut anticiper un accompagnement ajusté à chaque étape du processus de naissance puis au domicile. En effet, une fois l'enfant né et rentré à la maison, l'expérience montre que les parents risquent de se replier sur leurs difficultés, du fait de leur culpabilité ou de leur peur d'être jugés. L'exemple le plus frappant est la méconnaissance de la dépression du *post-partum* qui échappe à la consultation post-natale classique et à l'ensemble des intervenants. Pourtant, les études ont montré que les signes prédictifs de cette dépression étaient repérables pendant la grossesse et au décours de l'accouchement.

Un accord général se dessine quant au peu d'intérêt des « grilles de facteurs de risque » concernant la sécurité affective des futures mères, c'est-à-dire leur intimité. Leur maniement peut aboutir à stigmatiser les

personnes par le négatif et augmenter leur sentiment de dévalorisation. Par ailleurs, les indicateurs les plus pertinents de malaise possible dans la construction des liens familiaux échappent aux grilles de risque classiques. Ils ne peuvent se dégager qu'au travers d'une authentique rencontre, qui permet à la femme et / ou son conjoint de confier les angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient faire le lit de difficultés ultérieures. Parfois le professionnel percevra un malaise dans la communication qui éveillera sa vigilance mais qui n'aurait pu se déceler au simple interrogatoire, hors d'une rencontre suffisamment bienveillante et prolongée.

Il n'est plus à démontrer que la grossesse est le moment idéal pour ouvrir le dialogue avec les futurs parents, avant qu'ils ne se sentent en échec, mais au contraire dans une dynamique axée sur l'espoir de donner la vie – et une vie qu'ils voudraient souvent meilleure. Ils rencontrent là des professionnels qui se sensibilisent peu à peu aux enjeux affectifs de la naissance, concernant le devenir de l'enfant et des parents eux-mêmes. Ils peuvent se confier au médecin, à la sage-femme, qui justement ne sont pas des spécialistes de l'écoute, mais se trouvent dans une sollicitude soignante et dans une proximité qui mobilise, dans ce moment psychique particulier de l'attente d'un enfant, des éprouvés renvoyant à leurs propres expériences infantiles (rappelons que cette mobilisation émotionnelle est nécessaire à l'ajustement aux besoins d'un bébé).

La reconnaissance, la valorisation, le soutien de ce rôle premier des professionnels médicaux (gynécologue-obstétricien, sage-femme, médecin généraliste), hors duquel il est inutile de penser une véritable prévention, pose déjà de nombreuses questions. Leurs conditions de travail, leur disponibilité, revêtent là une importance majeure, même si leur traitement ne relève pas strictement de cette mission.

Il existe une tendance forte à réduire la prise en charge des émotions à une consultation vers un « spécialiste de l'écoute ». Or la communication humaine, surtout dans ce domaine de la périnatalité, passe aussi par du « non-verbal » : bienveillance dans le premier accueil, qualité de présence et de regard, respect dans la manière de toucher le corps, continuité et cohérence des professionnels entre eux..., transparence des transmissions.... Ces éléments, qui résistent aux techniques d'évaluation classique, constituent pourtant le moteur essentiel de la mise en confiance de la femme enceinte et de son conjoint dans le système de soins – première étape d'un processus de changement chez les personnes particulièrement bousculées par la vie. Se sentir accueilli tel qu'on est devient ainsi la meilleure préparation pour que les parents accueillent leur enfant tel qu'il est.

Il n'est pas de dialogue sans cet état d'esprit qui rend le professionnel disponible, et qui imprègne les *manières de faire et d'être*. Pour cela, le professionnel – et l'ensemble des intervenants - ont besoin de se sentir eux-mêmes en sécurité. Il reste à décliner les conditions de cette sécurité, qui renvoient à la formation, à la connaissance des réponses possibles devant les cas difficiles, à la politique d'un service, à la cohérence inter-services, au soutien émotionnel des acteurs...

Les pédopsychiatres entendent, lors des consultations ultérieures pour un trouble de l'enfant, l'absence de dialogue, mais aussi des paroles blessantes, des attitudes décalées, des sensations d'abandon... qui sont venus en quelque sorte verrouiller des éléments douloureux anciens dans un moment où les parents sont très sensibles à leur environnement. Par contre, la capacité des professionnels à reparler avec les parents de ce qui a pu être difficile, sans invalider les autres acteurs, représente pour les parents un remarquable modèle éducatif : la capacité à reconnaître compétences et limites mutuelles, comme ils auront à le faire avec leur propre enfant pour ne pas l'enfermer dans leurs propres angoisses ou leur désir de réparation. Ceux qui travaillent en maternité ont fait l'expérience que la capacité du professionnel à reprendre avec la famille ces « dérapages relationnels », clashes ou maladresses, offre un mode d'accès à la vie psychique des parents les plus fermés et peut aider à la réorganisation intérieure de traumatismes anciens – traumatismes non décelables au simple interrogatoire et dont on sait qu'ils font le lit de la maltraitance et de certaines formes de psychopathologie.

Les parents dénoncent aussi l'incohérence, le manque de continuité, les attentes non justifiées, les désaccords perçus entre professionnels. À l'inverse, la perception d'un environnement cohérent a des effets

psychodynamiques remarquables. Ainsi, le concept de « réanimation psychique », en cas de naissance à haut risque émotionnel, s'est imposé au vu des effets immédiats d'une très précise coordination interprofessionnelle de l'anté au post-natal, effets que des consultations psychologiques classiques n'obtiendraient pas. Peu à peu s'est clarifiée la nécessité d'officialiser ce rôle de coordination, qui doit être personnalisé dans les cas les plus délicats, mais qui doit être intériorisé par l'ensemble des acteurs, faute de quoi la notion de « travail en réseau » se viderait d'une grande part de son efficacité sur la famille elle-même. Les conditions pour que se généralise une « culture du travail en réseau » sont à déclinier.

Par contre, les spécialistes du psychisme sont désormais admis, accueillis, sollicités dans les maternités et dans l'ensemble du système médical, (malgré quelques résistances résiduelles qui méritent d'être analysées).

Qu'est-ce qui freine encore, sachant par ailleurs l'inflation de la demande de consultations pédopsychiatriques, la fréquence des états dépressifs non repérés chez les mères, le nombre d'enfants placés, et en même temps la méfiance persistante des familles les plus en souffrance vis-à-vis du système médico-psycho-social ?

B. Les axes de réflexion

Les professionnels entendus au cours de la mission soulignent que l'argument premier de la plupart des acteurs se résume *au départ* à : « pas de temps, manque de moyens ». Certes cette question est cruciale en cette période et en certains lieux, mais l'argument « manque de temps » a toujours été invoqué, même dans un passé moins difficile, masquant d'autres difficultés. Or, des améliorations considérables ont pu se constater sans moyens supplémentaires significatifs (volonté d'un obstétricien, d'un pédiatre ou d'une sage-femme à susciter une autre dynamique, présence d'un « psy » ajusté à ce type de travail...). La politique du « bricolage » a fait ses preuves et permet d'aborder avec plus de précision la question des moyens en psychothérapeutes qui doit s'accompagner d'une réflexion qualitative : *quel psy, et pour faire quoi, avec quelle formation ?* De même, la disponibilité émotionnelle des soignants passe par le temps, mais aussi par un ensemble de facteurs de sécurité personnelle et collective.

Encore une fois, il serait absurde d'éliminer la question d'une base minimale de moyens humains et de dispositifs hors desquels toute politique de prévention est vouée à l'échec.

Mais il a fallu souvent insister pour que d'autres problèmes se disent, dont parfois les acteurs n'ont pas une vraie conscience, ou n'osent l'exprimer, et qui relèvent plus du qualitatif que du quantitatif. Si des moyens sont nécessaires, ce n'est pas forcément là où on les attendrait. Parfois des moyens existent mais sont inopérants ou s'annulent mutuellement, particulièrement dans le champ psy.

La non-communication ou l'ignorance mutuelle de divers professionnels autour d'une même famille s'atténuent, grâce entre autres à la politique active de mise en place de réseaux. Si un début d'accès à des formations interdisciplinaires apporte une meilleure connaissance mutuelle, les difficultés de communication entre professionnels et services persistent cependant. Il suffit d'analyser une situation dans la continuité pour constater les superpositions, les divergences de paroles ou d'attitudes que subissent encore les familles, le manque d'ajustement des actions, la tendance du système spécialisé à ignorer le réseau de proximité (médecin généraliste, travailleuse familiale etc... selon les cas).

Des questions aiguës se posent :

En termes de dispositifs

- Les conditions nécessaires à un **repérage précoce** des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, émotionnelle, avant la survenue d'éventuelles complications obstétricales où le stress peut jouer un rôle accélérateur ;
- La **lisibilité des collaborations** entre les services d'obstétrique et de pédiatrie néonatale et les spécialistes « psy » ;
- La **reconnaissance administrative et financière du temps d'écoute et de liaison** pour qu'ils ne dépendent pas seulement de la bonne volonté individuelle ;
- **L'intégration du secteur libéral** dans une politique de prévention.

Sur le plan qualitatif

- Peut-on élaborer des « guidances d'accompagnement » qui simplifieraient le repérage pour les équipes soignantes, tout en respectant la singularité des terrains ?
- Existe-t-il des indicateurs d'intervention psychologique en périnatalité, ou des modalités de collaboration médico-psychologique qui relèveraient d'un consensus ?
- Existe-t-il des règles de **transmission interprofessionnelle** qui permettent à la **famille de rester au centre du réseau de soins** et de maintenir sa confiance dans le système ?
- Qui peut ou doit assurer l'animation du réseau de soins personnalisé autour de chaque famille pour que soient maintenues cohérence et continuité de l'anténatal à la petite enfance ?
- Comment apprendre à penser et à travailler ensemble autour des familles vulnérables qui font l'objet d'interventions multiples ?
- Quelles formations pour les soignants afin qu'un nouvel état d'esprit se généralise ?
- Quelles formations pour les psychologues et psychiatres pour qu'ils s'ajustent mieux à une pratique neuve ?

Apprendre à travailler ensemble, sous l'évidence, n'est encore qu'un objectif à atteindre qui bute sur de nombreux obstacles, malgré des avancées instructives ici ou là. L'analyse s'est donc centrée sur quatre points essentiels :

1. la collaboration médico-psychologique en périnatalité
2. l'animation des réseaux de soins autour de chaque famille
3. la formation psychologique des acteurs de la périnatalité,
4. la formation des psy à la clinique périnatale et au travail en commun

1. La collaboration médico-psychologique

Le concept « collaboration » n'a pas été jusqu'alors un objet de recherche en soi, si bien que chacun reste avec des impressions positives ou négatives, beaucoup de silence, et peu de facilité pour se dire mutuellement ce qui ne va pas.

En général, les psy critiquent aisément le monde médical, mais l'inverse n'est pas vrai. On a l'impression qu'en cas d'insatisfaction, le responsable de service s'attribue l'échec, ou n'ose interroger le spécialiste d'une discipline qui n'est pas la sienne. Il est très récent d'entendre énoncer, de la part du monde obstétrico-pédiatrique, une demande de clarification des modalités de collaboration.

Nous avons retrouvé un certain nombre d'échecs enfouis comme des traumatismes. Sans la connaissance du terrain de certains membres de la mission, ces contentieux ne se révéleraient pas. En « grattant », s'est révélée la présence souvent ancienne de psychologues ou psychiatres totalement décalés par rapport aux attentes des services, ce qui a amené à réfléchir sur les conditions d'exercice de ces « psy ». Chez des médecins perçus comme « résistants » à la collaboration se retrouvent parfois ces expériences traumatiques, alors qu'ils ont pu se montrer intéressés par le passé. Il existe aussi de nombreuses expériences heureuses, qui renvoient à des modèles très divers quant aux moyens ou au statut des psy.

À titre d'exemples :

- Dans un CHU important en nombre de naissances, trois catégories de psy interviennent, d'appartenance différente, en rivalité, sans communication. Ceci peut aboutir à ce qu'une même mère rencontre plusieurs psy sans communication entre eux.
- Sur une région, l'état des lieux montre qu'aucun service hospitalier ne s'est doté de moyens propres en psychologue ou vacations pédopsychiatriques. Pourtant les collaborations existent et progressent, dans des conditions précaires. Un seul service est doté d'une psychologue statutaire : elle est arrivée sans formation, mal à l'aise, et le service ne sait comment lui permettre de travailler, d'où un malaise généralisé.
- Dans un service de niveau 3, un psychiatre formé à la clinique périnatale est apprécié pour le soutien qu'il effectue auprès des équipes en même temps que ses qualités cliniques. Un autre pédopsychiatre vacataire prend le contrepied de ce travail, critique l'engagement des sages-femmes, tout en animant des formations en périnatalité sur un modèle psychanalytique classique. Les sages-femmes se sentent en danger de perdre leur place.
- Dans un niveau 2, l'obstétricien, après une mauvaise expérience de collaboration avec un psy, met en place des rencontres avec les services extérieurs et s'engage fortement auprès des mères : résultats immédiats sur le taux de maltraitance ultérieure qui diminue.

1.1. Des facteurs de collaboration « heureuse »

(« Heureuse » : quand les partenaires s'entendent pour la qualifier ainsi)

À première vue, ils pourraient se résumer à la qualité de rencontres interpersonnelles. La personnalité, la sensibilité des uns et des autres jouent bien sûr un rôle essentiel. Ainsi, on entend de la bouche d'un obstétricien : « il vaut mieux une psychologue fraîche émoulue de la faculté et de bonne volonté, qu'une psychologue expérimentée mais « déformée » par des pratiques non-adéquates ou enfermée dans ses propres schémas issus d'autres champs d'exercice ».

Du côté des soignants, sont appréciés :

- l'intérêt du psy pour leur propre place, voire leur propre malaise, intérêt qui s'exprimera par la participation du psy aux activités du service (staffs, relèves etc...) ;
- la disponibilité, c'est-à-dire l'adaptation des réponses au rythme de l'obstétrique (et de la pédiatrie néonatale) : rendez-vous rapides, présence dans les murs, retour d'information immédiat... ;
- une communication aisée, débarrassée d'un vocabulaire inadéquat, et adaptée à la disponibilité des soignants qui ont des contraintes incontournables (trouver le moment où l'on peut se parler) ;

- le souci de la place « psychologique » des médecins et équipes, qui se traduit par la transmission d'outils relationnels, plutôt que le transfert en l'état du contenu des consultations psychologiques, *a contrario* le refuge dans la confidentialité ;
- la sensation d'une recherche collective où chacun joue un rôle dans la construction des liens familiaux ;
- la capacité à entendre que, derrière la demande de voir une patiente, il y a bien souvent la demande du professionnel de ne pas rester seul... .

Du côté du psy, une fois compris qu'il s'agit d'un travail difficile dans le champ des autres, sont cités :

- le sentiment d'être reconnu dans sa spécificité mais aussi dans ses difficultés (sortir de l'idéalisation = le psy qui va tout résoudre) ;
- la confiance manifestée au travers des appels, mais aussi invitation aux activités du service, aux réunions scientifiques... (= intégration à l'équipe) ;
- l'intérêt pour une activité clinique neuve, fascinante par ses ressorts psychodynamiques ;
- le fait de se sentir soutenu dans les moments difficiles, de bénéficier d'une fonction tierce (médecin, cadre...) quand lui-même est mal à l'aise ;
- la sensation d'une dynamique appuyée sur un politique de service ;
- la possibilité de ne pas être seul dans son propre champ pour garder une place différenciée et ne pas se sentir « immergé » ;
- la possibilité d'allier travail clinique direct et indirect (en 2^{ème} ligne), ce qui pose la question des moyens...

Les collaborations « heureuses » sont évolutives : les indicateurs d'appel au psy se nuancent au fur et à mesure que s'approfondit la compétence des professionnels de première ligne, le rapport « intervention directe / intervention indirecte » se modifie, permettant au psy de consacrer son énergie aux cas les plus difficiles, au travail de liaison, à l'évaluation etc...

1.2. les difficultés

Vues par les soignants (rappelons qu'il faut aller les chercher car elles ne se disent pas aisément, le malaise n'étant pas toujours accroché à des éléments repérés) :

- toutes les causes de mauvaise communication (langage, désintérêt ressenti etc...) ;
- manque de culture médicale du psy ;
- transmission de concepts inutilisables ;
- caricature du psy enfermé dans son bureau, parfois attendant les demandes dans son propre service sans mettre les pieds à la maternité ;
- le décalage dans le rythme du travail, (l'intervention rapide du psy – au moins par téléphone - exerçant en soi une fonction de réassurance pour l'équipe, même s'il ne voit pas la patiente) ;
- le ou les psy venant avec leurs propres exigences, déconnectées des réalités médicales, parfois « armés », en équipe, sans entendre les demandes du service ;
- la transmission d'outils perçus comme intrusifs, hors protocole d'étude (observation, questionnaires...) – même si certains soignants y adhèrent ;
- le peu d'intérêt marqué pour la place des médecins et équipes, voire la réticence à reconnaître leur rôle dans la vie émotionnelle des patientes ;

- le désordre du champ psy : conflits entre psychologues et psychiatres, entre psychiatre d'enfant ou d'adulte, extrême variabilité des réponses selon les intervenants psy (à noter que derrière cette diversité, les équipes sentent des enjeux de territoire ou de pouvoir).

Vues par les psy :

- manque de temps, manque de moyens ;
- pas de reconnaissance (pas de bureau, pas de demande...) ;
- « résistances » des soignants à la dimension psychologique.

Mais aussi :

- difficultés à prendre la parole dans les réunions médicales ;
- manque de formation adaptée ;
- violence des projections reçues autour de certains cas... ;
- isolement...

Ces difficultés ne se disent pas aisément et se cachent derrière la plainte de ne pas être reconnu, pas demandé, de manquer de temps etc... Elles s'expriment fortement lors des formations adéquates.

Par contre, on constate que de plus en plus de psychologues en maternité (ou des pédopsychiatres) s'organisent sur un département, une région, avec des collègues pour se soutenir, mettre en commun leurs expériences etc..., bref sortir de leur isolement. Ceci constitue un élément rassurant pour les équipes médicales, conscientes des difficultés dans lesquelles peuvent se trouver certains psy immergés sans préparation dans une culture radicalement différente.

2. L'animation des réseaux de soin précoces

Le débat a porté :

2.1. Sur la définition du terme *réseau*, actuellement source de confusion. On sent que cette pratique nécessite une « grammaire » commune qui n'a pas encore tout à fait établi ses propres règles : faut-il un coordinateur, un référent ? Qui est inclus dans le réseau ? Quelles exigences de fonctionnement, de formation, quelle place pour le psy... ? On entend encore sur les terrains des professionnels, psychiatres y compris, dire : « on lance le réseau », « je vais créer mon réseau », « comment faire quand plusieurs réseaux sont impliqués dans un même cas ? ».

Pour les acteurs sensibilisés, c'est l'*esprit de réseau* qui importe, et qui est difficile à mettre en place : comment se relier entre professionnels **choisis par la femme enceinte**, garder sa place en respectant celle des autres, n'oublier personne, et offrir ainsi aux familles qui le nécessitent une sorte « d'enveloppe » humaine souple, caractérisée par la lisibilité des rôles en même temps qu'une prise de risque relationnel (pour reprendre l'expression de parents qui se sont sentis « réanimés psychiquement » par une équipe médicale : « chacun était à sa place et les places bougeaient »).

L'interrogation sur la transmission d'informations est centrale et, malgré les écrits sur ce thème, ressortent encore chez la plupart des acteurs des questions multiples : qu'est-ce qu'on se transmet, quelles règles se donner, la confidentialité etc...

À ce propos sont évoqués les diverses réunions « périnatalité », « staffs de parentalité », qui se sont multipliés ces dernières années. Ces rencontres interdisciplinaires ont permis une meilleure connaissance

mutuelle et favorisent le travail de liaison. La limite invoquée tourne souvent autour de la confidentialité. À l'extrême, soit les staffs parlent des dossiers difficiles devant des personnes qui ne sont pas directement impliquées et l'on se demande ce qu'il advient de ce déballage d'intimité, soit on ne parle pas de cas et les réunions finissent par tourner en rond.

Ces réflexions mettent l'accent sur la nécessité de partir de la femme enceinte, des professionnels les plus proches d'elle, et d'élargir peu à peu à d'autres intervenants, sans que personne ne disparaisse, même si l'implication directe de chacun évolue selon les étapes.

Par exemple, le gynécologue-obstétricien ou le psychiatre n'a pas le sentiment que le médecin généraliste disparaît – il ne l'a pas dans la tête – mais pour les parents, cet effacement des uns par les autres n'est pas sans résonner avec ce qu'ils ont pu connaître dans une histoire troublée : la difficulté à maintenir un fonctionnement triangulé, sans gommage des places respectives. *A contrario* la capacité des professionnels à penser la place des autres constitue pour certains parents bousculés dans leur trajectoire une sorte de révélation d'une autre manière d'être ensemble, véritable support identificatoire dans l'éducation de leur enfant.

La transmission interprofessionnelle doit être abordée avec la plus grande rigueur. Elle constitue ce par quoi se tisse un environnement humain : « comment parlons-nous ensemble d'une même famille ? ». Quasiment tous les acteurs ont fait l'expérience du choc éprouvé par les parents lorsqu'ils prennent conscience d'une transmission faite « dans leur dos », surtout si elle a concerné des éléments perçus comme « négatifs » (un diagnostic, un comportement, une décision médicale ou sociale pour leur enfant). On voit bien émerger les prémices d'une *démission parentale*, ou la *perte de confiance* des couples dans le système, se traduisant par un repli / refus avec ses conséquences en retour sur le comportement des professionnels. Alors qu'une transmission élaborée avec la femme elle-même lui donne le sentiment d'être active dans l'animation du réseau autour d'elle – composante essentielle de la prise de confiance.

2.2. Sur les conditions permettant que la femme (le couple) soient acteurs de leur propre projet de naissance et donc animateurs du réseau professionnel.

Le débat actuel sur un **entretien systématique autour du 4^{ème} mois de grossesse**, pour lequel les sages-femmes paraissent les mieux placées, prend là tout son sens, la mise en place ou le maintien du réseau de proximité étant le seul moyen de freiner l'échappée vers une succession de spécialistes.

Les consultations médicales classiques, de courte durée, ont fait la preuve de leur inefficacité dans le registre émotionnel. Les futurs parents ne peuvent s'exprimer, sont rassurés trop vite, n'imaginent pas que ce qu'ils éprouvent peuvent intéresser le médecin...

Le souhait de transmettre des « messages de santé publique » tombe à plat tant que la femme enceinte n'a pas pu dire ses propres sentiments concernant la venue d'un enfant, ses questions quant aux explorations techniques (triple test, amniocentèse etc...).

Un entretien précoce avec un professionnel de la naissance permettrait non seulement d'ouvrir le dialogue, de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais constituerait en soi un premier point de sécurité, sans qu'un appel au « spécialiste psy » n'intervienne trop vite, de manière non préparée, éventuellement dévalorisante pour la femme.

En effet les « psy » sont de plus en plus sollicités quand surgit une angoisse, ou à l'occasion d'événements existentiels, tels la perte d'un enfant, sans qu'ait été activée la relation avec le médecin de famille s'il existe, ou le rôle d'accompagnement des sages-femmes (puéricultrices, aides-soignantes...).

On peut s'interroger sur le message implicite que constitue la proposition systématique d'une intervention psychologique dans les souffrances existentielles : « vous avez besoin d'un psy pour affronter la douleur » - même si cette opportunité représente un gain sur le passé – mais à utiliser avec précaution. Dans le même

registre, la proposition trop rapide d'un « psy » peut entraîner la perte de valeur des professionnels de première ligne dans ce rôle qu'ils souhaitent de plus en plus intégrer à leur pratique.

Il faut peut-être réaffirmer que le registre émotionnel passe par la subjectivité et qu'aucune politique de prévention dans le domaine des troubles de la relation parents-enfant ne peut faire l'économie d'un authentique dialogue. Si l'on rate l'opportunité du suivi de la grossesse pour ouvrir ce dialogue, tout sera plus difficile par la suite, les parents n'ayant pas fait l'expérience du soulagement qu'ils éprouvent à se confier, sans être jugés, et de leur capacité à mobiliser l'action professionnelle autour d'eux de manière ajustée à leur vécu.

3. La formation psychologique des professionnels en périnatalité

1. **Du côté des médecins**, la pauvreté des formations de base est connue. Dans la pratique, on voit se dessiner un clivage entre les gynécologues-obstétriciens de culture « chirurgicale » d'une part, plus réticents à l'introduction des psy, plus demandeurs pour les fins de vie, les PMA, mais dans une difficulté de lecture vis-à-vis de la médecine fœtale et des processus d'attachement. Et les gynécologues-obstétriciens de culture plus « pédiatrique » au travers de la médecine fœtale, amenés à travailler au coude à coude avec les pédiatres, généticiens etc..., et plus enclins – voire demandeurs, d'une présence psychologique pour les patientes mais aussi dans un éclairage de leur propre réflexion (avec toutes les nuances selon les endroits et les personnalités).

Quant aux pédiatres néonatalogistes, ils se sont depuis longtemps sensibilisés à la question de l'attachement, depuis les travaux de Kempe et la connaissance du taux de prématurité dans la maltraitance (années 70-80).

Les médecins généralistes ont « bénéficié » du même désert pédagogique, et se débrouillent chacun dans son coin, avec une grande disparité. Il est intéressant de noter que lorsqu'on évoque leur place dans les familles « à problèmes », on entend : « ils n'ont pas le temps ». Or, l'expérience montre que l'appel par un psychiatre d'enfants (ou adulte) dans un esprit de réciprocité, est toujours bien reçu. Par contre, ces médecins souffrent grandement du peu d'accessibilité du monde hospitalier.

La communication interprofessionnelle est un élément fondamental de formation mutuelle. Le monde psy est dans ce domaine encore frileux, habité par le fantasme qu'on voudrait transformer les médecins (ou autre soignant) en psychothérapeutes, et par manque de formation au travail indirect. Ainsi la plupart des pédopsychiatres jugent impensable de parler avec un médecin d'un enfant qu'ils n'auraient pas vu eux-mêmes, c'est-à-dire de réagir uniquement sur la place du médecin face à une famille. (cette réflexion s'applique à n'importe quel professionnel)

Sur la place des généralistes, il existe un malentendu : « ils ne suivent plus les grossesses », dit-on. Ce n'est pas tout à fait exact, mais de manière générale ils souffrent de perdre le contact avec leurs patientes enceintes. Par contre, après la sortie, ils sont là, souvent oubliés des autres acteurs, et pourtant point de sécurité essentiel pour la famille (lorsqu'ils existent évidemment), personnage de confiance dans la continuité. Leur rôle face aux dépressions du post-partum serait majeur s'ils étaient plus inclus dans l'évaluation des situations, de l'anté au post-natal – ce qui pose la question de l'indemnisation du travail de liaison.

2. **Quant aux équipes soignantes**, la question de la formation est vaste. Nous partirons d'un exemple venu d'un membre de la cellule de pilotage, pédiatre dans une grande maternité. Elle dit : « les aides-soignantes en suites de couches auraient besoin de formation pour un meilleur dépistage des signes d'alarme dans la relation mère-bébé ». Se trouvent ainsi posées les bases du débat :

- faut-il « dépister » ? Ou faut-il « rencontrer » les mamans ?
- les aides-soignantes en question sont-elles entendues dans leurs propres impressions ?
- que font-elles de ce qu'elles voient ou entendent ?
- quelle représentation ont-elles de leur rôle, de leur place dans une équipe ? Se sentent-elles reconnues dans une fonction de prévention ?
- jusqu'où peut aller leur implication émotionnelle ?
- comment sont-elles accompagnées dans les cas difficiles ?
- quelles représentations ont-elles de ce qui peut exister comme soutien par la suite ?
- comment est introduite la proposition d'une puéricultrice de PMI ? Ont-t-elles connaissance du réseau de proximité de la mère ? Quelles questions peuvent-elles poser ?
- osent-t-elles reprendre avec la mère le déroulement de la grossesse, de l'accouchement.... ?
- osent-t-elles questionner sur un père absent, une grand-mère trop présente, sans se sentir elles-mêmes intrusives ? (mêmes questions pour n'importe qui dans l'équipe, mais les aides-soignantes occupent une place privilégiée de proximité).

Toutes ces questions ouvrent la discussion sur :

- s'agit-il de « formation » au sens classique du terme ? Sur quel mode ?
- s'agit-il d'augmenter la sécurité de l'équipe ?
- de valider la place de chacun dans l'intimité de la famille, et dans un projet de prévention ?
- de favoriser la prise de parole de chacun dans l'équipe lors des reprises de cas ?
- de favoriser la participation à des formations interdisciplinaires qui permettent de mieux connaître les autres acteurs et de s'impliquer sans danger, sachant que l'accompagnement se poursuivra ?

Dans le cadre de la mission, nombreuses sont les personnes entendues qui ont participé à des formations réunissant tous les acteurs impliqués, basées sur la clinique et sur l'expression de la parole de chacun.

Un consensus se dégage sur :

- la nécessité mais les *limites* des formations monodisciplinaires ;
- la dangerosité de formations théoriques plaquées faisant l'impasse sur l'expression par les acteurs de leur propre ressenti (ou simplement la non prise en compte dans ces formations de la place de chacun) ;
- l'intérêt des rencontres pluriprofessionnelles : intra et extra-hospitalier, public / privé, médical / social / psy avec un objet commun ;
- la difficulté majeure à l'organisation de telles rencontres, pour des raisons essentiellement culturelles ;
- le véritable « verrou » qui bloque en général l'accès des libéraux à toute structure de prévention (concertations, formations...), puisque leur indemnisation est alors nécessaire.

Là encore, le problème n'est pas tant un manque de moyens, que la difficulté à sortir du raisonnement « chacun pour soi », « notre formation pour nos agents », que l'on entend encore bien souvent.

Cependant, des expériences se mènent, à l'initiative volontariste de quelques acteurs de terrain, et mériteraient que les ressorts nécessaires à leur réalisation soient activés.

Les « formations en réseau » qui ont débuté dans quelques villes peuvent servir de base pour étudier la difficulté de mise en place et les incitations à promouvoir.

À côté des formations au sens strict, il existe un autre mode de formation, cité plus haut : le travail en commun, et le travail indirect effectué par le psy (dit « travail de couloirs ») :

- le travail en commun : entrer dans le champ de l'autre, quel que soit cet autre, enrichit. C'est un apport fondamental du travail en commun. Accepter d'être sous le regard de l'autre, permet de se regarder autrement, de penser autrement.
- la présence d'un psychothérapeute joue un rôle précis (s'il s'y prête) : se décentrer, *penser ce que l'on fait*, mettre en mots ce que l'on vit. C'est donc un enrichissement personnel pour chacun et le meilleur outil pour aider les parents dans le même sens : qu'ils puissent eux aussi penser ce qui leur arrive, nommer leurs émotions, se « dé-figer » d'éventuelles positions traumatiques, retrouver leur inventivité... afin qu'à leur tour ils puissent aider leur enfant dans ces mêmes étapes.

4. La formation des psychologues / psychiatres à la clinique périnatale et au travail en commun ; conséquences sur les pratiques

C'est une question houleuse, car il n'existe pas encore de consensus

- sur l'intérêt de l'intervention pédopsychiatrique (par rapport aux psychologues, aux psychiatres généralistes) en maternité ;
- sur les modalités de cette intervention ;
- sur les techniques de travail et les modes de réponse ;
- sur le statut du psy ;
- donc sur la formation préalable ou en cours ;

etc...

Force est d'accepter la diversité des expériences, richesse en soi à condition qu'elle ne suscite pas trop de conflits.

Tous les psy ne sont pas d'accord pour dire qu'il s'agit d'une modalité de travail neuve - le champ de la périnatalité s'étant ouvert récemment à la discipline -, et que les outils classiques de la formation psychologique et psychiatrique ne sont pas toujours adéquats ou suffisants.

Dans les expériences satisfaisantes de collaboration, l'attente des familles et des professionnels amène le psy à s'intéresser à la réalité du travail des soignants, aux liens interprofessionnels, au présent et pas seulement au passé, au concret et pas seulement à la dimension fantasmatique... En bref, cette clinique heurte pour une part la culture psychothérapique classique qui privilégie la relation duelle, le registre imaginaire, la recherche active du passé pour analyser le présent.

Le terrain est donc miné, passionnel, traversé de théories multiples, de narcissismes fragiles, mais dans une progression certaine.

Les auditions ont permis de dégager quelques éléments de réflexion :

4.1. À l'intérieur du champ psy

- Nombre de psy n'ont pas de connaissance du bébé, de la femme enceinte ;
- Certains psychiatres d'enfant ne considèrent pas la grossesse comme faisant partie de la pédopsychiatrie ;
- En certains lieux il existe un conflit d'intervention entre psychiatres d'adultes / pédopsychiatres (« à qui appartient le bébé ? »), ce qui renvoie à des questions de territoire mais aussi théoriques ;
- Ailleurs le conflit se situe entre psychologue et pédopsychiatre : par exemple l'intersecteur ou le service universitaire de pédopsychiatrie refuse la présence d'une psychologue *in situ* mais dit aussi qu'il n'a pas le temps d'intervenir ;
- Le débat d'école reste passionnel, avec ses conséquences sur les modalités d'intervention (de la chimiothérapie brève sans communication avec l'équipe, aux massages des bébés par des psychomotriciennes de service psy, à l'intervention d'infirmières psy auprès des mères...en passant par toutes les formes de travail indirect...).

4.2. Entre les psy et le champ médical

- Il persiste une méconnaissance (parfois un rejet) de la place relationnelle des acteurs du champ « somatique » ;
- Une méconnaissance fréquente du métier des autres (techniques, dispositifs, préoccupations) ;
- Un attrait pour la clinique directe plutôt que pour le travail indirect (intérêt professionnel, aisance, position de principe...) ;
- L'absence trop fréquente de formation sur les règles de transmission, se traduisant par un refuge dans la « confidentialité » ou le déversement de théories explicatives ou de confidences reçues ;
- Une difficulté à penser l'ensemble enfant / parents / professionnels, moindre chez les pédopsychiatres habitués à travailler avec l'environnement.

N.B. Toutes ces remarques renvoient à des cas de figure fréquemment cités, mais il existe heureusement nombre de psy adaptés à ce travail, qui se sont en général formés sur le tas. Les insuffisances sont à considérer comme des éléments féconds de réflexion et non comme un procès de la discipline !

La collaboration en périnatalité n'est pas toujours bien acceptée par les responsables de service pédopsychiatriques (« on leur fait des cadeaux »), dans la difficulté à différencier les besoins propres des équipes médicales (par exemple la présence obligée d'un psy au Centre de diagnostic prénatal qui n'a pas toujours abouti, malgré les textes, au dégagement de vacations propres) et ce qui relève des missions d'un intersecteur de pédopsychiatrie (collaborer avec les autres).

Ailleurs, peut être ressentie une tendance à « occuper le terrain », la périnatalité étant devenue un enjeu scientifique mais aussi de postes, sans avoir réellement élaboré une modalité de travail en commun avec les services concernés. Une autre tendance consiste à demander des outils « lourds » (par exemple des Unités psychiatriques mère-bébé), qui peuvent être utiles dans les grandes villes (à évaluer), mais dont le fonctionnement onéreux paraît décalé par rapport à l'efficacité d'un véritable travail en réseau – celui-ci étant peu lisible et moins gratifiant en termes de moyens.

Tout ceci traduit un intérêt mutuel réel, mais une grande difficulté à baliser ce champ neuf, et à élaborer des règles de collaboration lisibles par chacun des partenaires et par les tutelles.

Il y a un large débat à mener sur l'utilisation des concepts psychanalytiques auprès des partenaires d'autres champs. L'intérêt pour le temps présent, pour la réalité du corps, pour l'inventivité des acteurs de première ligne, ne fait que s'amorcer. L'élaboration théorique de cette nouvelle clinique n'en est qu'à ses balbutiements et justifierait des recherches prospectives pour valider des concepts interdisciplinaires. Les congrès sur le thème donnent encore peu la parole aux soignants les plus modestes, pourtant les mieux placés pour enrichir la connaissance sur le lien humain.

En résumé, on pourrait dire qu'il n'est pas aisé pour un psy d'avancer non « armé » dans un champ qui n'est pas le sien. Chacun se protège comme il peut. Le pas n'est pas franchi par nombre de psychologues et psychiatres quant à la formation dont ils pourraient bénéficier à l'écoute de professionnels fortement engagés auprès des patientes et des couples (sages-femmes libérales, hospitalières et de PMI, aides-soignantes, médecins). Par exemple ce que recueillent les sages-femmes lors des rééducations périnéales s'avère très instructif sur la genèse des troubles fonctionnels du nourrisson ou la dépression du post-partum. L'absence d'intérêt mutuel, les difficultés de liaison, entraînent une déperdition considérable de tout ce qui contribuerait à un véritable repérage des risques de perturbations affectives.

4.3. Dans le réseau

La place du psychologue / psychiatre dans l'animation des réseaux de soins pose avec acuité la question de la formation.

Entendre les professionnels confronter leurs points de vue à propos d'une même famille, contenir les émotions, chercher les articulations, se repérer dans ce qui se répète entre dynamique familiale et dynamique professionnelle, apprendre à anticiper pour ajuster l'action, est un exercice difficile, qui demande :

- une bonne connaissance du cadre de travail de chaque professionnel,
- une sécurité suffisante pour rester neutre,
- la capacité à prendre la parole devant un groupe si nécessaire.
- une expérience de la psychopathologie et de l'institution, dans la compréhension qu'elles apportent des processus transférentiels / contre-transférentiels.

Ce travail particulièrement utile ne s'enseigne pas de manière académique et l'on constate que peu de psy y sont à l'aise.

Il y a là un véritable problème de formation, pour lequel une réflexion doit s'engager.

La *continuité des soins* oblige à regarder de très près le statut des psy intervenant en maternité, de même que les dangers de l'isolement. Il est urgent de fournir aux acteurs des points de repère leur permettant de se situer dans ce qui est encore kaléidoscopique. Il semble qu'au prix d'un meilleur respect mutuel, les différents intervenants de la discipline psychologique ont actuellement les moyens de dégager des processus de travail commun, tout en gardant leur diversité.

Restent à trouver les montages entre « psy in situ », intersecteur de psychiatrie d'enfant, psychiatres d'adulte, pour que les différents registres en jeu dans les graves souffrances familiales puissent se déplier et être abordés là où la compétence s'impose, plutôt que d'être compactés dans un vague « soutien psychologique » ou une chimiothérapie isolée.

Propositions

1. Ouvrir le dialogue tôt dans la grossesse ;
2. Mettre en place un entretien prénatal par une sage-femme vers le 4^{ème} mois ;
3. Définir les objectifs, l'esprit et le contenu de cet entretien, ainsi que la formation nécessaire (voir fiche) ;
4. Réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif des moyens psychologiques et psychiatriques sur chaque terrain (par l'intermédiaire des CRN, en s'aidant d'un questionnaire) ;
5. Rendre lisibles les collaborations médicopsychologiques en maternité et pédiatrie néonatale (sortir de la bonne volonté et de l'aléatoire) ;
6. Augmenter la présence psychologique en maternité là où elle s'avère insuffisante ;
7. Affiner les conditions d'exercice des psychologues en maternité : profil de poste, recrutement sur avis des divers services concernés, formation (voir fiche) ;
8. Assurer la continuité des soins et protéger le psychologue de l'isolement par une articulation lisible avec les intersecteurs de pédopsychiatrie ;
9. Confronter et évaluer les divers modes d'intervention psychologique / psychiatrique à l'aide d'études prospectives pluricentrées ;
10. Développer et diffuser une « clinique du travail en réseau » à visée psychologique, intégrant l'ensemble des places professionnelles ;
11. Impulser des réseaux d'aide psychologique régionaux par l'intermédiaire des CRN et de la télé médecine ;
12. Evaluer la part du travail dit « indirect » ou de 2^{ème} ligne qu'exige le soutien des équipes soignantes dans le registre émotionnel et le rendre lisible administrativement ;
13. Développer une meilleure cohérence et un esprit de « réseau » par des formations adéquates (inter-services pour l'intra-hospitalier, inter-institutions, ville-hôpital) ;
14. Décloisonner les budgets de formation des centres hospitaliers, des conseils généraux, du secteur libéral pour l'analyse des dossiers difficiles « en réseau » ;
15. Intégrer le secteur libéral dans la politique de prévention en promouvant des montages originaux conformes aux décrets sur le réseau (voir document annexe) : unités mobiles, pôles-ressource... ;
16. Mettre en place un groupe de recherche sur la formation des psychologues et psychiatres pour un exercice original : animation des réseaux personnalisés autour des familles vulnérables, transmission aux soignants d'outils relationnels pertinents...

Fiche 1

L'entretien prénatal du 4^{ème} mois

(nous développons la part qui paraît indispensable à une prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dépressions parentales)

Les objectifs

Il s'agit globalement d'accrocher la confiance et / ou de maintenir la confiance dans le système, afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle, et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin.

permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles = reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médico-social) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel

explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif)

entourage personnel

environnement professionnel (confiance ? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...)

respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents)

aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée

évoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens

soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles

Un état d'esprit

Il est fondé sur des éléments de respect, hors duquel les parents ne pourront se confier.

la *qualité de l'accueil* lors du premier contact conditionnera la suite. Elle met en jeu la sécurité du professionnel qui reçoit (formation, acceptation de son rôle par l'ensemble des partenaires, connaissance personnalisée des référents d'autres disciplines...)

la *confidentialité* garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsqu'existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc...)

la *rigueur dans les transmissions* d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir

l'engagement relationnel auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi etc...

Les conditions nécessaires à un bon exercice

- avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...
- avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc...)
- adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles
- être soutenu par une reprise régulière avec un psychologue / psychiatre pour les cas difficiles
- démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...
- évaluer à 1 ou 2 ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés

L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience

- qu'ils pouvaient se confier
- qu'ils n'étaient pas jugés
- qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses
- que le professionnel tenait la route malgré la violence des confidences
- que le professionnel n'était pas seul
- que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos

Cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité si problème.

Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.

Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière.

Il doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles, la sage-femme restant alors dans un rôle de coordination le temps nécessaire. Ce qui amène à discuter du statut administratif d'autres entretiens (consultations dans le cadre de grossesse à risque ?).

Dans les situations de vulnérabilité, il paraît essentiel que la sage-femme « coordinatrice » ait la possibilité de revoir la mère (les parents) en post-partum pour un véritable repérage du malaise qui pourrait anticiper une dépression, une pathologie du lien, un décalage dans l'investissement de l'enfant source de culpabilité et d'hyperprotection ultérieure... Si elle ne revoit pas elle-même, elle devrait s'assurer de l'existence d'un professionnel de confiance (médecin généraliste) dont la place devra être activée auprès de la famille, en particulier par une liaison personnalisée.

Fiche 2

Améliorer l'intervention psychologique / psychiatrique

Rappel

La *cohérence* du réseau professionnel autour de l'enfant ou des parents vulnérables, de la grossesse à la petite enfance, est l'élément premier, nécessaire et parfois suffisant, pour une diminution du stress familial, qu'il soit d'origine médicale, sociale, ou affective.

Le manque de cohérence et de continuité génère après-coup des interventions intensives, souvent dispersées, onéreuses, parfois culpabilisantes. Certaines formes de pathologie du lien et de troubles du développement, vus trop tard, résistent aux thérapeutiques les plus sophistiquées.

La dépression du post-partum, décrite comme atteignant 10 à 20 % des mères, est étroitement corrélée avec les modalités d'intervention de l'anténatal au post-natal.

Construire une meilleure cohérence interprofessionnelle est l'affaire de tous. Mais, dans les situations de vulnérabilité psychique, les bouleversements émotionnels des parents se projettent de manière éclatée sur les différents acteurs, sans que ceux-ci en aient parfois la conscience, d'où les malentendus, les conflits, qui ainsi se déplacent sur l'environnement.

Prévenir toute forme de « pathologie du lien » implique les spécialistes du champ psychique. Leur première tâche devrait être de s'intéresser aux moyens de mettre en œuvre la *cohérence* et la *continuité* de l'environnement médical et social autour des familles vulnérables, a) en contenant les mouvements émotionnels et en soutenant l'engagement personnel des divers acteurs, b) en étant attentif aux modalités de liaison interprofessionnelle. Nous en sommes loin.

L'intervention des psychologues / psychiatres / psychanalystes

Deux grands axes :

- Les modalités d'intervention ;
- Les caractéristiques professionnelles (profil de poste, formation etc...)

- Les modalités d'intervention

le travail clinique direct ne fait pas l'objet de consensus, ni en termes qualitatifs, ni en termes de dispositifs. À titre d'exemple : l'opposition théorique entre les tenants des structures d'hospitalisation psychiatrique mère / bébé, et ceux qui privilégient la cohérence des réseaux de soins. La diversité et la richesse des expériences mériteraient une étude évaluative.

le travail indirect (de 2e ligne) n'a pas encore acquis ses lettres de noblesse : pas reconnu administrativement, peu ou pas enseigné.

Dans ce contexte, une mise en commun région par région (par l'intermédiaire des CRN) et au niveau national (par l'intermédiaire d'une société scientifique) s'avère nécessaire. Le point de vue des acteurs « non psy » mais proches des familles est très utile : exposé de leurs propres besoins, témoignages du devenir de l'enfant et de ses parents. À l'expérience, le monde psy est en difficulté pour penser seul une politique de

prévention en santé mentale, du fait de sa culture et de sa méconnaissance encore fréquente du rôle majeur que peuvent jouer les professionnels de première ligne.

- La place des psychologues en maternité (et réanimation pédiatrique)

Elle n'est pas encore généralisée, loin de là. Les expériences douloureuses de psychologues introduites sans soutien, sans formation, isolées, a refroidi les désirs de collaboration, tant du côté somatique que des services de pédopsychiatrie. En même temps ces relatifs échecs confirment la particulière difficulté du rôle de psychologue dans de tels services, auquel sa formation ne l'a en général pas du tout préparé.

Actuellement, la demande explicite des services médicaux ainsi que l'encadrement légal des nouvelles technologies de reproduction et de diagnostic anténatal imposent une présence in situ, sur effectif propre à ces services. De même le soutien au quotidien des équipes soignantes justifie un temps de présence (relèves, réunions, liaison obstétrico-pédiatrique-sortie etc...) qui relève de l'équipement nécessaire à ces services. Par contre la fonction d'animation de réseau, l'intervention dans les cas de pathologie avérée ou suspectée, l'évaluation des cas difficiles, justifient l'articulation avec le pédopsychiatre et / ou le psychiatre d'adulte selon les cas.

Les conflits fréquents entre psychologue in situ / intersecteur de pédopsychiatrie / psychiatre adulte freinent considérablement l'efficacité et mettent mal à l'aise les partenaires. Certains psychiatres acceptent mal d'être sollicités par la psychologue. Les psychiatres sont plus réticents en général (avec de nombreuses exceptions) à la valorisation des soignants et se contentent d'une consultation directe et / ou prescription sans retour aux équipes. Une mise à plat de ces difficultés améliorerait considérablement la cohérence de l'action (rôle des CRN), d'autant que la plupart des services médicaux sont désormais ouverts à une prolongation de l'hospitalisation ciblée pour les femmes hautement vulnérables, à la condition de collaborations « psy » solides, ce qui représente un gain majeur dans le réaménagement des traumatismes parentaux (actuels ou anciens). En effet la « sollicitude soignante » mobilise de manière extrêmement rapide l'image de soi et les expériences traumatiques des parents, tout en consolidant leur confiance dans le système de soins, ce qui leur permettra de faire appel ultérieurement si nécessaire.

Concernant les psychologues, plusieurs cas de figure existent actuellement

psychologues relevant des effectifs du service d'obstétrique ou de pédiatrie

psychologues « prêtés » par des services de PMI, CAMPS, ou de psychiatrie adulte...

psychologues (associés éventuellement à des infirmières psy etc...) appartenant aux intersecteurs de pédopsychiatrie

dans le secteur libéral, toutes sortes de « bricolages » plus ou moins aléatoires, mais le plus souvent aucun moyen

Après un état des lieux de tous les moyens « psy » terrain par terrain, il paraît utile de préciser un « **profil de poste** » afin de limiter les difficultés citées par les professionnels de tous champs entendus dans le cadre de la mission. Ceci aurait pour effet :

- de généraliser et d'harmoniser la présence psychologique sur chaque terrain (ville ou secteur géographique), sur avis des services concernés (obstétrique, pédiatrie, PMI, psychiatrie, directions hospitalières, secteur libéral)
- de définir des conditions de recrutement et d'exercice :

- recrutement sur avis conjoint des services concernés
- formation préalable au travail dans le champ somatique, au travail indirect (formation initiale et expérience acquise)
- participation minimale (de une à trois demi-journées...) à l'activité de l'intersecteur pédopsychiatrique pour faciliter la continuité des soins, sortir de l'isolement, participer aux régulations cliniques et aux formations en réseau
- d'assurer la possibilité de formation continue pour une tâche encore expérimentale.

Fiche 3

La formation

Prévenir la pathologie du lien

Apprendre à mieux travailler ensemble autour des familles vulnérables

Rappel

Si la sécurité de l'enfant passe par celle des parents, la sécurité des parents passe par celle des professionnels. La formation individuelle et collective est l'un des piliers de la sécurité professionnelle.

Les formations « académiques » sont nécessaires à la culture de base. Elles présentent des limites et d'éventuels dangers, que des méthodes originales de formation doivent déjouer. Le risque majeur est qu'un « savoir psychologique » mette à nouveau les professionnels en position de penser à la place des parents ce qui serait « bon » pour eux en terme d'affectivité et d'éducation. La meilleure « éducation » réside dans l'expérience humaine que ces parents et l'enfant vont éprouver au cours du processus de naissance, au travers de leurs rencontres avec les professionnels ($\pm$ respect, $\pm$ sécurité, $\pm$ continuité etc...). Il est bien repéré désormais comment le système de soins au sens large a pu favoriser les « démissions parentales » dénoncées ultérieurement face aux troubles de l'adolescence.

Les risques d'intrusion ou de dévalorisation parentale sont majeurs, hors d'un dialogue confiant. Plutôt que d'explorer trop vite l'intimité ou le passé affectif, le meilleur moyen de s'intéresser aux parents est de reprendre avec eux là où ils en sont (leurs facteurs d'insécurité et de sécurité) et le degré de confiance dans le « réseau professionnel » existant ou à construire avec eux si nécessaire.

L'occasion offerte aux parents d'éprouver, dans un moment de grande sensibilité émotionnelle, leur place au sein d'un collectif fiable, différencié, où chacun reconnaît les limites et compétences mutuelles, est devenue le fer de lance d'une politique active de prévention en santé mentale. Pour ceux d'entre les parents qui ont connu une histoire affective troublée, cette expérience mobilise des ressorts psychiques puissants. Mais ce « réaménagement » des bases narcissiques – fondement de la sécurité intérieure – ne peut se faire qu'au prix d'une très grande rigueur dans les liaisons et collaborations interprofessionnelles, faute de quoi l'environnement offre en miroir ce que les parents bousculés par la vie ont déjà connu (conflits, méfiance, ruptures de communication, sensation d'être un « objet », abandons...).

Les possibilités de supervision par un spécialiste s'imposent parfois pour aider l'intervenant à se repérer dans sa propre relation avec la personne souffrante, mais les ressources mutuelles au sein d'un collectif cohérent représentent un soutien remarquable, à condition que soit analysées et dépassées les projections que justement provoquent les désordres familiaux sur les acteurs.

La formation des intervenants médicaux et sociaux

1. *Les formations monodisciplinaires* ont pour objectif d'augmenter la sécurité et la compétence d'une équipe, d'une catégorie professionnelle. Elles touchent vite à des limites : on ne peut penser sa propre place sans la conscience de celle des autres acteurs. L'expérience montre qu'elles ne permettent pas de résoudre les fréquents problèmes institutionnels qui souvent envahissent la discussion

2. Par contre les *formations interdisciplinaires* centrées sur la clinique permettent de visualiser les divers rôles professionnels, leur spécificité, leurs articulations, dans une cohérence et une continuité transversale et longitudinale. Il s'agit de délimiter des espaces de chevauchement d'une place à une autre (par ex entre le médical et le psy), qui permettent une communication interprofessionnelle mais aussi une clarification et une lisibilité de la différence entre les rôles mutuels.

3. La dimension interactive est nécessaire, permettant aux intervenants de penser à partir de leur propre place, et non d'un « savoir psy » issu d'une pratique psychothérapique, et qui serait plaqué, d'où une confusion de rôles et un appauvrissement des échanges entre la famille et l'environnement humain.

L'expérience acquise permet de privilégier certains types de démarches :

a. Formations obstétrico-pédiatriques (maternités niveau 2 et 3)

Lorsque l'enfant est hospitalisé en pédiatrie (prématurité, RCIU etc...), elles permettent aux équipes soignantes de confronter leurs représentations, d'articuler leurs perceptions d'une même famille, sachant que la mère ne s'exprimera pas de la même manière avec ceux qui la soignent (sages-femmes) et ceux qui soignent son enfant (puéricultrices). Cette liaison, associée à une bonne communication médicale, est la condition pour maintenir une « fluidité psychique » et éviter que ne se figent les émotions soulevées par une naissance « à risque médical ». Elles permettent aux équipes obstétricales d'anticiper les étapes pédiatriques, et ainsi de re-donner des images de vie aux parents angoissés.

L'expérience montre qu'une situation médicale à potentiel traumatique ne laisse pas de séquelles affectives et diminue grandement les interventions ultérieures. Les parents expriment après-coup qu'ils se sont sentis « portés par une enveloppe humaine continue » au moment où ils sont en difficulté pour porter eux-mêmes leur nouveau-né vulnérable.

La pratique de la visite anténatale du pédiatre, lorsqu'elle existe, a démontré son efficacité, surtout chez les parents les plus vulnérables (décision difficile d'extraction, toxicomanie etc...).

b. Formations en réseau délocalisées

Objectifs

- Développer « l'esprit de réseau » sur un terrain d'exercice (secteur, ville, département)
- Augmenter la compétence des professionnels de 1ère ligne
- Acquérir des règles de travail en commun de la grossesse à la petite enfance, entre les champs médical / social / psychiatrique
- Apprendre à anticiper les passages d'un professionnel à l'autre par des liaisons personnalisées
- Apprendre les règles de transmission interprofessionnelle qui respectent la place des parents et facilitent la rencontre confiante entre parents et intervenants
- Se sensibiliser au retour d'information qui valident les acteurs précédents dans leur pertinence et permettent d'évaluer l'action menée
- Apprendre à mettre en parallèle dynamique familiale et dynamique professionnelle et leurs interactions
- Apprendre à présenter des dossiers difficiles devant un groupe en respectant la différence des places et la confidentialité

Méthodologie

Constituer un groupe de professionnels de toutes disciplines (public / privé, social / médical / psy, médecins et sages-femmes libéraux...) sur un terrain (20 à 40 si animateur expérimenté)

Choisir une situation avec un recul suffisant en réunissant un maximum d'acteurs de tous les services concernés

Avec un animateur expérimenté (psychiatre ou psychologue), formé à l'animation des réseaux professionnels, connaissant les implications de toutes les postes professionnels, capable de sortir des « procès mutuels » pour décrire des « processus »

Reprendre le déroulement chronologique afin de déplier les places de chacun, les modalités de transmission etc... et de repérer d'éventuels écarts entre vécu parental et vécu professionnel

Il ne s'agit ni d'une synthèse, ni d'une évaluation, ni d'un groupe Balint, mais d'une occasion de repérer les modalités de travail et la cohérence d'un réseau autour d'une famille vulnérable, tout en utilisant la présentation pour faire travailler un groupe sur la différenciation des places

Financement

Une incitation est nécessaire pour décroisonner les budgets de formation entre centres hospitaliers, conseils généraux, organismes de formation des libéraux.

L'expérience montre que ce montage peu onéreux au vu de son efficacité relève encore du parcours du combattant.

Formation des psychiatres / psychologues

L'ajustement à ces nouvelles pratiques (cliniques et pédagogiques) nécessite la mise en place d'un groupe de travail réunissant des universitaires de tous les champs concernés.

Des possibilités de formations dites « de formateurs » ou des régulations existent mais devraient être soutenues et diffusées, afin de dépasser les nombreuses difficultés de collaboration.

Nous remercions de leur collaboration

Professionnels :

- 1- Dr BLANC - pédiatre
- 2- Mme BLIGNY - psychologue
- 3- Mme CASTEL - sage-femme
- 4- Dr DEPOORTER - pédiatre
- 5- Mme GONNAUD - pédopsychiatre
- 6- Dr JANODY - médecin coordonnateur de PMI
- 7- Pr LEMERY - pour le collège des gynécologues obstétriciens

- 8- Pr LEJEUNE - pédiatre
- 9- Dr THERY - gynécologue-obstétricien
- 10-Dr RIFF - médecin généraliste

Représentants du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées :

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) :

Mme REVEL

Dr LEVINE

Melle HEYRAUD

Direction générale de la santé (DGS) :

Mme BARICHASSE

Mme PATUREAU

Représentants du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité :

Direction générale de l'action sociale (DGAS):

Mme REICHEN

Mme NELIAZ

Ont été auditionnés :

- 1- Dr BLANC - Pédiatre
- 2- Dr BOUDARD - Pédopsychiatre
- 3- Mme CRIBALLET - Sage-femme en libéral
- 4- Mme CLEMENT - Sage-femme
- 5- Dr NAIDITCH - Médecin de santé publique et maître de conférence à l'université Paris7
- 6- Pr NISAND - Gynécologue-obstétricien
- 7- Pr OURY - Gynécologue-obstétricien
- 8- Dr VIDONNE - gynécologue obstétricienne
- 9- Mme VERNIER - Psychologue
- 10- Mme VEZOLES - sage-femme
- 11- Mme GABE – psychologue
- 12- Mme BALLAS – psychologue
- 13- Mme FAUCHEUR – psychologue
- 14- Mme CAMOIN – psychologue

15- Mme FLANDIN CRETINON – sage-femme coordinatrice cellule médico-psycho-sociale

16- Dr SALMON – pédopsychiatre

Nous remercions les professionnels qui ont témoigné de leurs pratiques et de leurs difficultés, soit dans le cadre de formations, soit lors de communication personnelle : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, psychiatres pour enfants et adultes.

Annexe 10

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-III, 3rd ed. Washington: APA Press. 1980.

Académie nationale de médecine . Recommandations concernant les mutilations sexuelles féminines, un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir. Juin 2004.

Académie nationale de médecine. Communiqué sur les violences familiales. Nov. 2002.

Actes du Séminaire Européen 5 et 6 Décembre 2000. Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques. Ed Ministère Jeunesse et Sport et mission interministérielle contre la drogue et la toxicomanie, 2001.

Addison SJ, Thorpe SJ. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 ; 39: 228-234.

American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Risks in distance running for children. Pediatrics 1990 ; 86 : 799-800.

American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Triathlon participation by children and adolescents. Pediatrics 1996 ; 98 : 511.

American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Intensive training and sports specialisation in young athletes. Pediatrics 2000 ; 106 : 154-157.

American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness .Medical concerns in the female athlete. Pediatrics 2000 ; 106 : p.

American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Strength training by children and adolescent. Pediatrics 2001 ; 107 p.

Andreasen, N. C. Posttraumatic stress disorder : psychology, biology and the manichean warfare between false dichotomies. Am Psychiatry 1995 ; 152 : 963-965.

Angemeyer M, Schulze B. Reinforcing stereotypes : How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. Int Law and Psychiatry 2001 ; 24 : 469-486.

Angemeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. Can J Psychiatry 2003 : 48 : 663-668.

Angemeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. Soc Sci Med 43. 1996 : 1721-1728.

Anguis M, Roelandt J-L, Caria A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. Etudes et Résultats n°116. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES mai 2001 : 1-5.

Anscombe E. : "Under de Description". In The collected philosophical papers : Metaphysics and the Philosophy of Mind. Oxford Basic Blackwell. 1979 ; 2.

Arendt. H. (1969) : "Crisis of the Republic". *Traduction Française par Guy Durand* : "Du mensonge à la violence". Calmann-Levy. 1972 : 162 p.

ASMT. Souffrance et précarités au travail, paroles de médecins du travail, ouvrage collectif, Syros, La Découverte. 1994 : 357 p.

Asnis GM et al. Homicidal behaviors in psychiatric outpatients. Hosp Community Psychiatry 1994 ; 45 : 127-32.

Asnis GM et al. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Anger, Aggressions Violence. Psychiatric Clinic of North America 1997 ; 20 (2).

Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1292 relatives à la participation des jeunes au sport de haut niveau. 1996.

Augendre J (coord). Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Paris : Interligne. 2004.

Aulagnier M, Limosin F, Verger P, Rouillon F. Les différents modes de prise en charge de l'état de stress post-traumatique. Ann Med Interne 2003 ; 154 : 227-232.

Baccino E Victime-agresseur. Le traumatisme sexuel et ses devenirs, tome 1. Lecques, éd. Champ social, 2002.

Bailly L. Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant. ESF, 1996.

Balençon M, Hervé T, Branger B, et al. Le danger des secousses à enfants : enquête prospective auprès des familles et des professionnels. Vers une stratégie de prévention. Arch Pediatr, 2003 : 10 suppl 1, 310s.

Balençon M, Kremp O, Roussey M. La parole de l'enfant révélant un abus sexuel. In Roussey M., Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil-Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 : 301 p.

Balençon M, Landais-Poilane H, Morellec J, et al. Maltraitance à enfants entraînant un retrait d'agrément d'assistante maternelle. Arch Pediatr, 2002 : 9 suppl 2, 315s.

Balençon M, Roussey M. L'accueil des enfants maltraités : évolution des textes et des structures. In Roussey M., Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil-Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 : 301 p.

Barbier J.C., Nadel h. La flexibilité du travail et de l'emploi. Paris, 2000. Flammarion.

Barrois C. Les Névroses Traumatiques. Paris : Dunod. 1988.

Bayado B., Boubault D. Pratiques éducatives non-violente. Ed. C. L. Mayer, 2004.

Beauzee N. et all. L'entretien infirmier en santé mentale. L'apport systémique dans une profession en mutation. Relations, Erès. 2002.

Bénézech M. Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. Journal Français de Psychiatrie 2000 ; 13 : 23-24.

- Benghozi P (Groupe dirigé par le Dr). Violence et champ social. Rapport du Conseil supérieur du Travail social. 2002.
- Benguigui Georges., Chauvenet Antoinette et Orlic Françoise. Le personnel de surveillance des prisons : essai de sociologie du travail . Centre d'étude des mouvements sociaux. Ecole des hautes études en sciences sociales. CNRS. 1992.
- Benoit M .Troubles psycho-comportementaux des détériorations cognitives et traitements non pharmacologiques. Neurotransmission, n°7. 2003. Novartis, Neuroscience : 13-17.
- Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris, 2004. Dunod.
- Bier B, (sous la direction de). Rapports de sexe, rapports de genre : entre domination et émancipation ; Enjeux ; 2002/03 ; n° 128 ; 235 p.
- Bizzini L., Ferrero R., Schnyder J. Les droits de l'enfant dans le sport. 1988 : 1-6.
- Blatter R. Violences et insécurité au travail dans les transports en France. Rapport. Janv. 2002. CNT.
- Bourgeois ML, Bénézech M. Dangereusité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. Ann Med. Psychol 2001 ; 159 : 475-86.
- Bourgeois P. En quête de respect : le crack à New York. Paris, 2001. Editions du Seuil : 327p.
- Bouvier P « Avec prudence, avec confiance » : l'apport de la résilience pour la prévention des abus sexuels en milieu scolaire. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, mars 2004 ; 7 : 47-51.
- Bouvier P, Froidevaux D, Reith J, et al. Le « Réseau Respect » de Genève – promouvoir la participation et prévenir la violence dans les écoles et les quartiers. Document P. Bouvier – SSJ/RESPECT 11, août 2004, séminaire violence : 4 p.
- Bouvier P, Halpérin D, Rey H, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth : multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. Child Abuse and Neglect 1999 ; 23 : 779-790.
- Bouvier P. Abus sexuels et résilience. In Poilpot M-P, dir. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint Agne : Erès ; Fondation pour l'Enfance, 1999 : 125-162.
- Bouvier P. Child sexual abuse : vicious circles of fate or paths to resilience ? The Lancet, 2003 ; 361 : 446-447.
- Bouvier P. La prévention du suicide : au cœur de l'éthique. La bande dessinée « no suicide », ou comment une école lance une action. Revue Spirale 2001 ; n° 1 : 62-65.
- Bouvier P. La violence et les jeunes: du respect aux droits. Extrait de Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. In Roussey M., Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil-Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 chap 18 : 301p.
- Bouvier P. Prévenir les conduites à risque : Alerte, jeux dangereux ! Journal L'Ecole, déc. 2003. (Note à destination des parents et des élèves des écoles de Genève).
- Bouvier P. Renouveler la prévention : quelques réflexions à la lumière de la résilience. Enfance Majuscule. Septembre-décembre 2003, n° 72-73.
- Bracken P J. Hidden agendas : deconstructing post traumatic stress disorder. In Bracken PJ, Petty C (Eds.), Rethinking the trauma of war. London: Free Association Books. 1998.
- Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. Psychiatric Services 52: 1358-1366.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 626-632.

Breslau N et Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry* 2001 ; 50 : 699-704.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis G. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma : results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am Psychiatry* 1999 ; 156 : 902-907.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz L. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch of Gen Psychiatry* 1997 ; 54 : 1044-1048.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson, E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch of General Psychiatry* 1991 ; 48 : 216-222.

Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American Journal of Psychiatry* 1992 ; 149 : 671-675.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 : 748-766.

Brissaud E. La sinistrose. *Concours médical* 1908 : 114-117.

Brown E., Fougeyrollas-Schwebel D., Jaspard M. Les paroxysmes de la conciliation. Violence au travail et violence du conjoint, *Travail Genre et Société* ; 8. 2002 : 149-165.

Brunner J. Will, Desire and experience : Etiology and Ideology in the German and Austrian medical Discourse on War Neuroses, 1914-1922. *Transcultural Psychiatry* 2000 ; 37 : 297-320.

Buzyn E. Papa, maman, laissez-moi le temps de rêver. Paris : Albin Michel, 2002.

Cabié M.C. Thérapie systémique brève : choix et solutions. *Thérapie familiale*. Genève, 1998 ; 19 n°3 : 285-295.

Cadéac D'Arbeau B. Bilan d'activité du numéro vert « Jeunes Violences Ecoute ». 2004 : 19 p.

Calvez M. Violence et contextes sociaux. La prise en compte des régulations sociales intermédiaires dans le procès de pacification des mœurs. *Kreiz* 2000 ; 13 : 11-23.

Carrier C. L'adolescent champion, contrainte ou liberté. *Nodules* : Ed. PUF, 1992.

Casadamont Guy. Violences en détentions. Paris, Déc. 2001. Direction de l'administration pénitentiaire.

Castel R. Institutions totales et configurations ponctuelles In : I Joseph (sld) Le parler frais d'Erving Goffman. Paris, 1989. Minuit : 31-43.

Castel R. Les métamorphoses de la question sociale. Paris, 1995. Gallimard.

Castellain J.P. Manières de vivre, manières de boire. Paris, 1989. Editions Imago : 166 p.

Cesoni ML, Rechtman R. La « réparation psychologique » de la victime : une nouvelle fonction de la peine ? *Revue de droit pénal et de criminologie*, fév. 2005.

Chabrol B, Jouve J-L, Bollini G. Le sport de compétition chez l'enfant : Education, Plaisir ou Maltraitance. In Roussey M, Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie n° 17 : 301 p.

- Chabrol B., Roussey M. Le syndrome de l'enfant secoué. In Roussey M, Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant et son environnement. Rueil Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 : 301 p.
- Chamberland C, Dallaire N, Fréchette L, et al. Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leur famille ; portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite, rapport final présenté à la division des subventions nationales au bien-être social. Canada, 1996. Ministère du Développement des ressources humaines.
- Charlot B., Emin J-C, dir. Violences à l'école. Etat des savoirs. Paris, 1997. A. Colin : 410 p.
- Chasle-Bernier V, Balençon M, Roué-Guérin C, et al. L'enfant victime de sévices : à propos de 187 cas. Arch Pediatr, 2001 : 8 suppl 2, 534s.
- Chevrant-Breton O, Paysant F, Roussey M, et al. Examen clinique de l'enfant agressé sexuellement. Rev Intern Ped, 1999, n° 30 : 63-7.
- Choquet M., Ledoux S.. Adolescents enquête nationale. Analyses et perspectives. Paris, 2000. Ed. INSERM : 345 p.
- Choquet M., Michaud, P.A. et Frappier, J.Y. Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In P. A. Michaud et P. Alvin (Eds.). La santé des adolescents : approches, soins, préventions. Lausanne : Editions Payot Lausanne 1997 : 65-80.
- Chuang HT, Willaim R, Dalby JT. Criminal behaviour among schizophrenics. Can Psychiatry 1987 ; 32 : 255-258.
- Clément MC. L'institution psychiatrique et la violence. Thèse de Docteur en Médecine. Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche. 1996.
- Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Etudes et Résultats N° 181. DREES 2002 : 1-8.
- Conférence de consensus «Conséquences des maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » Paris, novembre 2003.
- Conseil de l'Europe. Violence envers les groupes vulnérables : réponse à la violence quotidienne dans une société démocratique. Editions du Conseil de l'Europe. 2004.
- Conseil National de l'aide aux victimes. La prise en charge des victimes en urgence. Paris, Rapport octobre 2000. Ministère de la Justice.
- Conseil national de l'aide aux victimes. La prise en charge des victimes en urgence. Rapport présidé par Anne d'Hauteville. Paris, 2003.
- Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. Protection des mineurs à la télévision : le dispositif de la signalétique a poursuivi son adaptation. Bulletin mensuel, CSA. La Lettre n° 178. 2004.
- Conseil Supérieur du Travail Social. Violence et champ social. Rennes, 2002. École Nationale de Santé Publique.
- Constantin-Kuntz M., Samba F., Zoute C., Moreau P., Chaumet F. Des traitements psychologiques des impliqués indirects dans les situations d'urgence psychologique, *Pratiques Psychologiques*. 2004 ; 10 : 335-347.
- Cordier B, Sylvestre M, Leyrie J. Pathologies psychiatriques post-traumatique. Encycl. Méd. Chir. 1994 (37-329-A-10) : 1-6.
- Costargent G, Verneret M. Violences subies au travail par les professionnels de la santé – Rapport, résumé du Rapport 2001-110. IGAS.

Cottureau A. Théories de l'action et notion de travail : note sur quelques difficultés et perspectives, *Sociologie du travail*, N° HS "Les énigmes du travail". 1994.

Cottureau. A. Justice et injustice ordinaires sur les lieux de travail d'après les audiences prud'homales (1806-1866). *Le mouvement social* 141. Paris, 1987. Les Editions Ouvrières : 3-8.

Crémniter D. L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. *L'Evolution psychiatrique* 2002 ; 67 : 690-700.

Crocq L. Histoire du debriefing. *Pratiques Psychologiques*. 2004 ; 10 : 291-318.

Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 1 : 48-53.

Crocq L. Les victimes psychiques. *Victimologie* 1994 ; 1 : 25-33.

Crocq L. Secours médico-psychologiques : le dispositif d'urgence. *Soins Psychiatrie*, 1997 ; 188 : 5-6.

Cru D. La prévention en chantier : valeur et limite de la conception usuelle de la prévention. *Plan Construction-Architecture-Programme EVMB*. 1990 : 77.

Cru D. Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. Nouvelles contributions de la psychopathologie du travail à l'étude de la prévention. *Cahiers médico-sociaux* . Genève, 1983 ; 27 : 239-247.

CTNERHI, DREES, DGAS. Le handicap en chiffres. Fév 2004.

Czermak M, Dubec M, Jean J, Majster N, Melman C (numéro coordonné par). Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels. *Journal français de psychiatrie* n° 13, 2000.

Dab W, Abenhaim L., Salmi LR. Epidémiologie du syndrome de stress post-traumatique chez les victimes d'attentats et politique d'indemnisation ; *Santé publique*, 1991 ; 6 : 36-42.

Danel P, Levaufre I, Ponsot L. Le généraliste confronté aux troubles du sommeil de l'enfant. *Le Concours Médical* 03.02.1996 : 118-05.

De Beaurepaire C, Kottler C, Bénézech C (sld). *Les Dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris, 2004 : John Libbey Eurotext.

De Beaurepaire C. Epidémiologie des troubles bipolaires en détention. In : J Augendre (sld) *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris, 2004 : Interligne.

De Beaurepaire C. Faut-il pénaliser les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux ? In : de Beaurepaire C, Kottler C, Bénézech C (sld) *Les Dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris, 2004 : John Libbey Eurotext.

De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

De Clercq M., Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris, Masson. 2001.

De Munck J. Procéduralisation du droit et négociation collective, *Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit*, Université Catholique de Louvain. Belgique, 1998 : 56-57.

Debarbieux E. *La violence en milieu scolaire*. Paris, 1999. ESF édit.

Débrot V. e « Le jeu du foulard », une conduite à risque adolescente : en quête de sensations ... en quête de sens à soi. Université de Neuchâtel, Sciences de l'Education. Mémoire de recherche. Janvier 2004 ; 62 : 61.

Dejours C. Construire sa santé, in Cassou. B. et coll (sous la direction de) Les risques du travail. Paris, 1985. Editions de la Découverte : 18-21.

Dejours C. Davezies P, Raix A, Peter C. Incidences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, de management et de gestion des entreprises. *Arch Mal Prof Med Trav* ; 60. 1999 ; 60-181-189.

Dejours C. Nouvelles formes de servitude et suicide, *Travailler* ; 13. 2005 : 53-74.

Dejours C. Pathologie de la communication, situations de travail et espace public : le cas du nucléaire, In Cottereau. A. et Ladriere. P. (sous la direction de). *Raisons Pratiques*, 3. Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Paris, 1992 : 177-201.

Dejours C., Burlot A. Contribution de la psychopathologie du travail à l'étude de l'alcoolisme in "Psychopathologie du travail", (sous la direction de Dejours. C., Veil.C., Wisner.A.). Publié avec le concours du CNRS, Entreprise Moderne d'Édition 1985 : 105-111.

Dejours. C. Problématiser la santé en ergonomie et en médecine du travail. (Communication au XXVIIIème Congrès de la SELF - Genève – Sept 1993). *Le travail humain* ; 58/1. 1994 : 1-16.

Delage M. Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. Thérapie familiale. Genève, 2002 ; 23 n°3 : 269-287.

Délégation Générale de la Police Nationale. Crimes et délits constatés en France en 2002. Rapport. DGPN. 2003.

Délégation Interministérielle à la Famille. Exposition des mineurs utilisateur d'Internet à des formes de violence, notamment à caractère sexuel. 2004 : 7 p.

Delour M. Plaidoyer d'un pédiatre de Santé Publique pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale. [S.l.] : [s.n.], [s.d.]. 18 p.

Demeure O. Violences institutionnelles faites aux femmes enceintes en situation de grande précarité. J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005 [sous presse].

D'Halluin, E., Latté, S., Fassin, D., et Rechtman, R. La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires 2004. RFAS 1 : 57-75.

Direction des affaires criminelles et des grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Publication Ministère de la Justice, décembre 2003.

Disponible sur Internet : <http://excellence-jeunesenfants.ca/documents/TremblayFRxp.pdf>.

Disponible sur Internet : http://www.isuma.net/v01n02/normand/normand_f.pdf

Dolan Y . Je veux le traiter mieux qu'il ne m'a traité. Thérapie Familiale. Genève, 2000 ; vol 21 n°3 : 255-271.

Doniol-Shaw. G., Huez. D., Sandret. N. Les intermittents du nucléaire. (Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires). Ed. Octares. 1995.

Dorais M. Ça arrive aussi aux garçons – L'abus sexuel au masculin. Québec ; VLB Editeur. 1997.

Doudin P-A. Violences à l'école : fatalité ou défi ? Bruxelles : De Boeck Université, 2000.

Doyon J. et all. Démence et cris répétitifs : une intervention infirmière fondée sur l'analyse fonctionnelle. Soins psychiatrie, n°146/147 – Décembre 1992 – Janvier 1993 : 54-59.

Guillaumot, Dyan. Caractéristiques psychogériatriques du vieillissement. In la victimisation des Aînés, sous la direction de l'Institut National de l'Aide aux victimes. L'Harmattan, 2003 : 119-156 ou « www.rifvel.org » .

Droit et justice : production et régulation de la violence en prison. Etude menée par 2 sociologues. Coll. Arrêt sur recherches. 2002.

Dubet François. Le déclin de l'institution. Paris, 2002. Seuil.

Dufour V. Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : Quelle réponse pour quel type de difficultés ? J. Gynecol .

Dulac Germain. Aider les hommes aussi. Montréal, 2001, VLB Editeur 192 p.

Dumaret AC, Picchi V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. Mémoire original. Annales Médico Psychologiques, 2004 : 10 p.

Dumaret A-C. Accompagnement des intervenants médicopsychosociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants. Pratiques psychologiques, sous presse.

Dumaret AC. Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles « à risque » - Analyse d'une démarche exploratoire. In Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir.

Dumaret AC. Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif . Revue de la littérature étrangère. Arch Pediatr, 2003 ;10 : 448-461.

Dumit J. La justice restauratrice : un secteur en expansion. In : A. Lovell (sld) Santé mentale et société. Problèmes politiques et sociaux. La Documentation Française n° 899. 2004 : 76-78.

Dunezat X. Chômage et refus de tout travail professionnel : une expérience masculine ? *Actes du 3^{ème} colloque international de Psychodynamique et Psychopathologie du travail*. Maison de la Chimie. Paris 2001. CNAM-Journal des Psychologues Editions : 29-40.

Dupraz L. Les lieux passerelles entre famille et école maternelle. In Famille/Ecole, quelles médiations ? Université Montpellier III. Cahiers du CERFEE, 2000, n° 6.

Duquet F. Qui trop embrasse, mal étroit ? Réagir au souci de performance sexuelle des jeunes adolescent(e)s. De tête et de cœur. Centre de Ressources et Interventions en Santé et Sexualité. Montréal, Québec, 1997 ; 2 p.

Ecole et santé mentale. Volume 2. Réagir contre la violence, le décrochage, le refus scolaire. Montréal : Hôpital Sainte Justine, 1997 : 468-740.

Ecole Nationale de Santé Publique. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rapport. Groupe de travail présidé par Michel Debout. Editions ENSP. 2003.

éd. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [en ligne].

Ehrenberg A., Lovell A. La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société. Ed. O.Jacob. 2001.

Emmanuel F. La question humaine. Paris, 2000. Editions Stock : 84p.

Eronen M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in Finland, Arch Gen Psychiatry 1996 ; 53 : 497-501.

Eronen M. et al. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatr Epidemiol 1998 ; 33 : S13-23.

- Esch R. Le mineur victime de maltraitance sexuelle – le rôle du Parquet. In Les sévices sexuels sur les enfants, éd. Erès.
- Etat de Genève. Service des loisirs de la jeunesse. La Charte des droits de l'enfant dans le sport [en ligne]. Genève : Service santé jeunesse, 2004.
- Fagot-Largeault A. (1986). Approche médicale de la causalité dans les systèmes complexes. In Archives Internationales de Physiologie et de Biochimie. 1986 ; 94 : 85-94.
- Farges F., Reynaud M. La psychiatrie vue par la presse quotidienne. In : Fédération Française de la Psychiatrie, Images de la psychiatrie, Paris, 1996. Ed. Frison-Roche : 269-275.
- Fassin D., Rechtman R. Les usages sociaux du traumatisme psychique. Enjeux d'une catégorie réinventée de la santé mentale. Inserm, MiRe / Drees. 2004.
- Fassin D., Bourdelais D (sld) Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral. Paris : La Découverte. 2005.
- Favre D, Joly J. Evaluation des postures cognitives et épistémiques associées aux modes de traitement dogmatique et non-dogmatique des informations – application à l'étude de la violence et de l'échec scolaires. Revue Psychologie et Psychométrie, 2001 ; 22 : 115-151.
- Ferrand. Masculin, Féminin. édition La Découverte. Collection Repères. 2004.
- Firdion Jean-Marie, Verdier. Homosexualité et suicide - Etudes, témoignages et analyse. H&O. 2003.
- Flottes A., Rebeyrat J.F. Rapport d'enquête de psychodynamique du travail des agents du passage long courrier (A & C), Air France CDG, Rapport confidentiel. 2001 : 35 p.
- Fortin J. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Paris, 2001. Hachette-Education.
- Fortin L, Bigras M. Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en troubles du comportement. Montréal : Ed. Behavioira, 1996.
- Fotinos G., Fortin J. Une école sans violence ? Paris : Hachette Education, 2000.
- Franklin CL, Sheeran T, Zimmerman M. Screening for Trauma Histories, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), and Subthreshold PTSD in Psychiatric Outpatients. Psychological Assessment 2002 ; 14 : 467-471.
- Frau Meigs D, Jehel S. American Academy of Pediatrics : Media violence. Pediatrics, 2001 ; 108 : 1222-1226.
- Frémy D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents ? In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001. Paris, Ed. John Libbey Eurotext, 2001 : 141-157.
- Frémy D. Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et chez l'adolescent ? In Conséquences des maltraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir. Conférence de consensus 6 et 7 novembre 2003. Paris, Ed. John Libbey Eurotext, 2004 : 207-217.
- Gabel M., Jésus F., Manciaux M. Maltraitances institutionnelles. Accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter. Paris : Fleurus, 1998.
- Gabel M., Jésus F., Manciaux M., dir. Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels. Paris : Fleurus. 2000 : 453 p.

Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie (37-956-A-20)) 2002 : 6p.

Geiss S. L'enfant peut-il être victime d'un entraînement abusif ? Escrime Magazine novembre 1997 : 34-35.

Gold PB, Engdahl BE, Eberly RE, Blake RJ, Page WF, Frueh BC. Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 2000 ; 35: 36-42.

Gollac M., Volkoff S. Les conditions de travail. Paris, La Découverte. coll. Repères. 2001 : 128 p.

Gottlieb P et al. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983, Acta Psychiatr Scand 1987 ; 76 : 285-92.

Gounelle de Pontanel H. Recherche d'un état nutritionnel optimal de l'athlète et dopage. Académie Nationale de Médecine, 1977 ; 161 : 386-387.

Gounelle de Pontanel H. Bilan final des activités du groupe de travail sur la médecine sportive et le dopage. Académie Nationale de Médecine, 1981 ; 165 : 127-128.

Gounelle de Pontanel H., Delmas A. Rapport sur l'entraînement intensif précoce et ses risques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°7 1983.

Gournay M., Laniece F., Kryvenac I. Etude des suicides liés au travail en Basse-Normandie, Travailler ; 12. 2004 : 91-98.

Goy Letondor H. Journée d'études du 26 novembre 2004 à Lyon. Comment créer les unités d'accueil pour les enfants victimes. Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien de l'Enfance Victime de Maltraitance), 2004 : 19 p.

Goy Letondor H. Réunion de travail du 14 juin 2004, Centre hospitalier de Lons le Saunier dans le cadre de l'inauguration du local d'audition des mineurs victimes de maltraitance par Mme Corinne Perben. Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien de l'Enfance Victime de Maltraitance), 2004 : 14 p.

Goy-Letondor H. A propos de ces jeunes difficiles dont personne ne veut. Doc, Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien des Enfants Victimes de Maltraitance) 13 p.

Grenier-Peze M., Gasparo, C. Document pour le médecin du travail. INRS. 2003 ; 95 : 307-331.

Groupe GASPARD, Académie de Lille. Plaquette d'information et manuel « Face à la violence – la violence, des réponses pour l'école ». Lille, 1998-2000.

Guibourge F., Palicot A.-M., Brixi O., Choukroun O.. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire. Revue d'éducation pour la santé. 1997.

Guide méthodologique de gestion des risques en établissement de santé. ANAES. janv. 2003.

Guilbert P., Baudier F. Gautier A. dir. Baromètre Santé 2000 – Volume 2 : Résultats. Vanves, 2001. CFES, Collection Baromètres: 470 p.

Guillemaut F (sous la dir. de). Femmes et Migrations. Les femmes venues d'Europe de l'Est, Le Dragon Lune. Cabiria Editions. 2002.

Guinaud A., Jean Oscar M'benoun Jean Oscar, Montjouvent. Trois documents de présentation, février, septembre 2004 - et des extraits du rapport d'activité 2003 du Centre d'action éducative de Créteil.

Guitton C. Le projet Ismène : deux thérapeutes familiales au commissariat de police. Boulogne Billancourt : Espace Famille 92. 2004.

Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. Br J Psychiatry 2000 ; 176 : 332–338. Cité par Bruno Gravier. Le psychiatre, le juge et la peine. Annales Médico-psychologiques 2004 ; 162 : 676-681.

Hafner H, Bôcker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge : Cambridge University Press (Originally published in Germany in 1973 as Gewalttatten Geistesgestirter, Berlin, New York, Heidelberg : Springer). 1982.

Halligan, S. L., et Yehuda, R. Risk factors for PTSD. PTSD Research Quarterly 2000 : 11 : 1-3.

Halpérin D. Médecine et violence. L'expérience d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier. Stress et Trauma 2002 ; 2-4 : 205-211.

Halperin D-S, Bouvier P., Jaffé P-D. et al. Prevalence of child abuse among adolescents in Geneva : results of a cross sectional survey. Brit Med J, 1996.

Haut Comité de la Santé Publique. Violences et santé. Rennes, 2004. Editions ENSP.

Haut Comité pour la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Paris, 2000. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Hayez J.Y. Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel ; conf. de consensus « conséquences des maltraitances sexuelles, les reconnaître, les soigner, les prévenir », Paris, nov.2003.

Heireman M. Du côté de chez soi. ESF Editeur. 1989.

Henrion RML. Les violences conjugales pendant la grossesse. Dépistage et orientation par les soignants : 15p.

Héritier. Masculin - Féminin, la pensée de la différence. Editions Odile Jacob. 1996.

Héritier. Masculin – Féminin, dissoudre la hiérarchie. Editions Odile Jacob. 2002.

Hiday VA, Swartz MS, Swansons JW, Borum R, Wanger HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. Psychiatric Services 1999 ; 50: 62-68.

Hirata H., Kergoat D. Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail. In Dejours C. (sous la direction de) : Plaisir et souffrance dans le travail , Tome II. Edition PSY.T.A. 1988 : 131-176.

Hodgins S et al. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : A 2 year follow-up. Journal of Affective Disorders 1999 ; 55 : 187-202.

Hodgins S et al. Mental disorder and crime : Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1996 ; 53 : 489-96.

Hodgins S. Epidemiological investigations of associations between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 1998 ; 33 : S29-37.

Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth Cohort. Arch Gen Psychiatry 1992 ; 49 : 476-83.

<http://www.geneve.ch/slj/Manifestations/chartescalad.html>.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>.

Huerre P. Faut-il plaindre les bons élèves ? Le prix de l'excellence. Paris : Hachette littératures, 2005.

Huerre P. Ni anges, ni sauvages : les jeunes et la violence. Paris : Anne Carrière, Livre de poche, 2004.

Hugonot R. Détresses cachées, vieux en danger. Nantes, juin 1998. Congrès de gérontologie. CODERPA. J.

Hugonot R. La vieillesse maltraitée. Paris, Dunod.

Inspection Générale de l'Éducation nationale. Éléments d'information sur le « jeu du foulard ». Rapport. Paris, mars 2002 : n° 2002-019.

Institut de l'Humanitaire et Commission Européenne. La prise en charge médicale de la violence conjugale. Rapport final dans le cadre du programme DAPHNE 2000-2003.

Isebaert L., Cabié M.C. Pour une thérapie brève : le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie. Erès. 1997.

J.T Godbout J.T. L'esprit du don. Sciences humaines et sociales. Paris, La découverte Poche. 2000.

Jardé O. Rapport au Premier Ministre sur la médecine légale. Déc. 2003.

Jaspart M., Brown E., Condon S.. Les violences envers les femmes en France. Rapport au Ministère du travail. Paris, 2003. Documentation Française.

Jehel L. et al. Evaluation des troubles psychotraumatiques des victimes d'un attentat terroriste. Une étude prospective, Méd. Catastrophe Urg Collectives 1999 ; 2 : 132-8.

Jeunes, média, violences. Edit. Economica, 2003.

Joubert, M. Villes, violence et santé mentale. Ramonville Saint-Agne: Collection Questions vives sur la banlieue (Obvies), Editions Erès. 2003.

Kannas S, Mauriac F, Pochard F, Robin M. Violence, société et psychiatrie. Communication présentée aux journées du secteur de Bondy. 2002.

Karam H. Travail, souffrance, violence. Analyse psychodynamique et nouvelles orientations thérapeutiques de l'alcoolisme, Thèse de doctorat, sous la direction de C. Dejours, CNAM. Paris, 1997.

Karasek R., Theorell T. Healthy Work, Stress, Productivity and the Construction of the Working Life, Basic Books. 1990.

Kriegel B (2002) La violence à la télévision : rapport de Mme Blandine Kriegel à M. Jean-Jacques Aillagon, Ministre de la culture et de la communication. France : Ministère de la culture et de la communication. Mission d'évaluation, d'analyse et de propositions relatives aux représentations violentes à la télévision. Paris, 2002 : Ministère de la culture et de la communication ; 75 p.

Kriegel B. La violence à la télévision . Rapport au ministre de la Culture et de la Communication. 2002.

La revue d'éducation pour la santé de l'INPES. « La santé de l'homme ». Dossier n° 366 consacré à « Prévenir les violences », juillet août 2003.

Lam JA, Rosenheck R. The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. Psychiatric Services 1998 ; 49: 335-342.

Lamb HR , Grand RW. The mentally ill in urban country jail, Arch Gen Psychiatry 1982 ; 39 : 17-22.

Laplanche J. La soi-disant pulsion de mort : une pulsion sexuelle, Adolescence. 1997 : 15 - 205-224.

Latté S. La "naissance" de la victimologie. Institutionnalisation d'une discipline et ébauche d'une construction sociale d'un groupe improbable. DEA Sciences Sociales, ENS, Paris. 2001.

Laure P. Conduites dopantes : quelques modalités de consommations de produits. Revue française des laboratoires, mars 2001, n°331.

Laure P. Dopage et société. Paris, 2000. Ed Ellipses.

Laure P., Léglise M. L'enfant et la pratique sportive de haut niveau. Bulletin de l'Ordre des Médecins. Santé et Sport Spécial 1996 : 10-13.

Laval C. Le déplacement des points de vue : de la violence des jeunes à la santé mentale. Extrait du rapport final : penser la vie psychique dans l'action éducative. Ed. Vaucresson/PJJ, 2003.

Laval C. Des pratiques éducatives de santé mentale dans le champ de la protection judiciaire de la jeunesse. Orspère. 2002.

Lavoie J.P. Familles et soutien aux personnes âgées dépendantes. Paris, L'Harmattan. 2000.

Le déplacement des points de vue : de la violence des jeunes à la santé mentale. Extrait du rapport final : penser la vie psychique dans l'action éducative. Paris, 2003. Recherche-action commanditée par la PJJ dans le cadre de la commission PJJ intitulée : propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agression ou de violence.

Le Fevere M., De Ten Hove. Le pays où la résistance n'existe (presque) pas. Thérapie familiale, 1996 ; 17 : 351-357.

Le Scanff C., Taugis J. Stress Management for Police Special Forces, Applied Sport Psychology : 14. 2002 : 330-343.

Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Debriefing psychologique des victimes. In : De Clercq M, Lebigot F, Les traumatismes psychiques. Paris, 2001. Masson : 164-187.

Lebigot F. Le débriefing collectif : Stress et Trauma. 2001 ; 1 : 137-141.

Lecomte J, Manciaux M. De la maltraitance à la bientraitance par la résilience. In Roussey M., Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil-Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 : 301p.

Léglise M. Les limites de la pratique de haut niveau chez le jeune gymnaste. Conseil de l'Europe. Comité pour le Développement du Sport, 1997 : 1-16.

Legrand D, Roussey M. La parole de l'enfant en justice. Rev Intern Ped 1999, n° 30 ; 294 : 31-6.

Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. Am Psychiatry. 1982 ; 139: 1271-1276.

Lejeune C. Périnatalité et précarité : réduire les risques grâce aux réseaux ville-hôpital. Devenir, 2000 ; n° 12 : 31-54.

Les enseignants JAP d'Evry. Un quartier pour mineurs au Centre des jeunes détenus (CJD) : une réponse adaptée à la violence au CJD. Evry, 1999. SMPR du CJD, UCSA du CJD.

Les femmes victimes de violences conjugales. Rapport au Ministre délégué à la santé. Paris, 2001. La documentation française.

Les Unités de soins Alzheimer. Recherche et pratique clinique. Collections maladie d'Alzheimer, Serdi Edition. 2000.

Leuenberger Zanetta S. Rapport final d'évaluation du projet intercantonal « développer une culture de la médiation à l'école ». Neuchâtel, 2003. IRDP.

Lhuillier, D. Placardisés : des exclus dans l'entreprise. Paris, Seuil, coll. H.C. Essais. 2002 : 232.

Lhuillier. D. Les policiers au quotidien. Paris, L'Harmattan. 1987.

Link BG and al, Real in their Consequences :A Sociological Approach to Understanding the Association

between Psychotic Symptoms and Violence. *Am Sociol Rev* 1999 ; 64: 316-332.

Link BG et al. The social rejection of former mental patients : understanding why labels matter, *Am J Sociol* 1987 ; 92 : 1461-500.

Link BG et al. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M et al. Public Conceptions of Mental Illness : Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *Am Public Health* 1999 ; 89: 1328-1333.

Link BG, Phelan JC. The Labeling Theory of Mental Disorder (II) : The Consequences of Labeling. In : In AV Horwitz, TL. Scheid (dir.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press. 1999.

Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors : probing the components of "threat/control-override" symptoms, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : S55-S60.

Lopez G, Portelli S, Clément S. Les droits des victimes. *Victimologie et psychotraumatologie*. Paris, 2003 : Dalloz.

Louville P., Ducrocq F., Jehel L., Noirot M.N., Payen A., Crocq L. Diversité et limites des interventions d'urgence médico-psychologique en France, in *Méd. Catastrophe Urg. collectives* 1999 ; 2 : 118-26.

Louzon C, Salas D. Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique. Ramonville Saint-Agne : Erès. 1998.

Lovell AM (sld). Avant-propos. In : AM Lovell (sld) *Santé Mentale et Société. Problèmes politiques et sociaux*. 2004, n° 899 : 5-10.

Loweinstein W. et al. Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour les addictions. *Ann Med Interne* 2000 ; 151(suppl.): 18-26.

Lutte contre la violence en milieu scolaire et renforcement des partenariats. *Bulletin Officiel de l'Education Nationale*. Hors-série n° 11. 15 octobre 1998 : 1-28.

Maffulli N. The growing child in sport. *Brit Med Bull*, 1992 ; 48 : 561-568.

Maffulli N. and Helms P. Controversies about intensive training in young athletes. *Arch Dis Child*. 1988 ; 63 : 1405-7.

Maffulli N. and Pintore E. Intensive training in young athletes. *Br J Sports Med*. 1990 ; 24-4 : 237-9.

Maltraitance envers les personnes handicapées. *Rapport du Sénat*. Avril 2003.

Mandel C. Entraînement sportif intensif et risque traumatique chez l'enfant et l'adolescent. *Encyclopédie Médico Chirurgicale*. Paris pédiatrie-4-103-Z-20-9 1985.

Marcelli D, Rey-Salmon. L'arrivée d'un jeune adolescent aux urgences pédiatriques pour un problème de violence n'est pas exceptionnelle, même si cette situation reste l'apanage des urgences adultes. *Urgences Pédiatriques*. Ed. Estem, 2004.

Marin A, Cotte (1969). L'expertise des névroses traumatiques , LXXVIIe Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Bruxelles, 1969, rapport de médecine légale. Masson, tome 2 : 1293-1407.

Martin JP. Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain. Paris : Erès. 2000.

Mathis D, Bodon-Bruzel M, Kottler C. Homicides psychotiques. A partir d'une étude réalisée à l'Unité pour Malades Difficiles Henri-Colin incluant 21 cas. 2004.

Mathis D, Léger AS, Christophe S, Kottler C. (2004b) Evaluations à quatre ans des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin. 2004.

McNally RJ, Shin LM. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *Am Psychiatry* 1995 ; 152: 936-938.

Melas L., Menard F. Production et régulation de la violence en prison : avancées et contradictions. Rapport. Mission de Recherche Droit et Justice. Janv. 2002.

Miller. JA. *Am Anfang war Erziehung*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. 1980. Traduction Française : *C'est pour ton bien*. Aubier. 1983.

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Brutalités et harcèlement physique et psychologique exercés sur des enfants par des personnels du ministère. Rapport octobre 2004.

Ministère de l'Éducation Nationale. Direction de l'enseignement scolaire (DESCO). Prévention et traitement des violences sexuelles. Ecole Collège Repères, CNDP. Février 2002.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère délégué à la Famille et al. Rapport préparatoire à la Conférence de la famille. 2004.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Plan « Périnatalité » 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004 [consulté le 7/03/2005]. Disponible sur Internet :

Molenat F. Périnatalité et prévention en santé mentale – Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport janvier 2004. Paris, 2004. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des service: 27 p.

Molinier P. Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle. *Revue internationale de sociologie*. 1996 : 5 : 53-62.

Molinier P. Travail et compassion dans le monde hospitalier, *Les Cahiers du Genre*, La relation de service : regards croisés. 2000 ; 28 : 49-70.

Morellec J, Balençon M, Roussey M. Le réseau PMI-Hôpital pour la prévention précoce et la prise en charge de la maltraitance en Ille et Vilaine. In *Les journées parisiennes de pédiatrie*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2002.

Morellec J, Le Bohec J, Legrand D, et al. Intérêt du travail pluridisciplinaire et inter-institutionnel dans le domaine de l'enfance maltraitée. *Rev Intern Ped* 1999, 294 : 5-8.

Morellec J, Roussey M. Epidémiologie de l'enfance en danger. *Rev Intern Ped* 1999, n° 30 : 54-62.

Morellec J., et al. Intérêt du travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel dans le domaine de l'enfance maltraitée. *Rev. Intern Ped.*, 1999 ; 30 : 5-8.

Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 493-499.

Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research* 2002 ; 53 : 123-143.

Mylle J et Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders* 2004 ; 78 : 37-48.

Naves P, Briand C, Oui A. Pour et avec les enfants et adolescents, leurs parents et les professionnels – contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence. Juin 2003, rapport.

Naves P., dir. Rapport du groupe de travail « protection de l'enfance et de l'adolescence ». Paris, 2003. Ministère délégué à la famille.

Néguin-Rambeau C, Chiron R, Coatmelec B, et al. Croyances des parents, répercussions chez les enfants. Rev Intern Ped 1999, n° 30 ; 294 : 25-30.

Nestor PG Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. Am J Psychiatry. 2002 ; 159 : 1973-1978.

Neuburge R. Le mythe familial. Paris, ESF Editeur. 1996.

Nicole-Drancourt C., Roulleau-Berger L. L'insertion des jeunes en France. Paris, 1995. PUF, coll que sais-je ?

Normand CL, Vitaro F, Charlebois F. Impliquer les parents dans la prévention précoce [en ligne]. ISUMA : Revue Canadienne de Recherche sur les Politiques 2000 ; 1 : 45-50.

Obstet Biol Reprod, 2005 [sous presse].

Olweus D. Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions. Paris, Ed. ESF, 1999.

Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationales des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (10 ème ed.). Paris, 1993. Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2001.

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève. 2002. OMS : 376 p.

Paruit MC. Entraînement intensif de l'enfant, Cinésiologie 1999 n°185-38 : 30-31.

Paruit MC. Entraînement précoce. Avantages, inconvénients. In L'enfant et le sport. Actes du colloque international des cadres techniques et sportifs Ed Assoc. Pour la recherche en activité physique et en sport. Cestas. France.

Paruit MC. Ethics in youth sport, analyses and recommendations - Vanden Auweele (ed.). Ed. Lannoo Campus. Louvin (Belgique) 2004.

Paruit MC. Les risques de l'entraînement intensif chez l'enfant sportif. In abrégés de Pédiatrie. Ed. Masson. Paris, 2001.

Paruit MC. Prévention du dopage chez l'enfant sportif. Cinésiologie, 1998 ; 179 : 133 p.

Paruit MC. Risque de blessures et limites de l'entraînement intensif chez l'enfant. Cinésiologie, 1999.

Paruit MC. Sport de haut niveau chez l'enfant. In les cahiers de l'INSEP. La santé du sportif de haut niveau. 2001 ; n°31 : 87-102.

Paruit MC. Sport et santé : aptitude au sport chez l'enfant – précaution et surveillance de la pratique intensive. Pédiatrie. Paris, 2003 ; 8 : 91-100. Ed. Masson.

- Paruit MC. Sports et Santé : aptitude aux sports chez l'enfant, besoins nutritionnels. In Abrégés de Pédiatrie. Paris, 2002. Ed Masson.
- Pautot M. Témoignage d'Elodie Lussac championne d'Europe de Gymnastique, le calvaire de Dortmund. Légisport nov déc. 2000 : 4 p.
- Pavageau P. Violences subies et souffrance des personnels en établissements pénitentiaire. Ergonome. CNAM. (date non transmise).
- Pedinielli JL et Bénony H. Psychologie clinique. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie (37-032-A10). 2001.
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community : prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000 ; 101: 46-59.
- Perrin H., Baudier F. La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé ? ADSP, 2003, n° 44 : 9-15.
- Personne J. Internats sportifs en URSS... à partir de l'âge de six ou sept ans. EPSS, nov 1977 : 19-28.
- Personne J. Aucune perfection, aucune médaille, aucun record ne valent la santé d'un enfant. Hyper – EPSS, janvier 1983 ; 137: 37-41.
- Personne J. Halte aux sorcières de l'enfance – Projet de loi et entraînement sportif intensif précoce. EPSS, avril 1983 : 1-22.
- Personne J. Les finalités dans le sport de l'enfant et de l'adolescent - Les risques de l'entraînement sportif intensif précoce. AEFA, juillet, août, septembre 1986 : 19-22.
- Personne J. Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant. Paris, 1987. Ed Denoël.
- Personne J. Anatomie d'un procès : Elodie Lussac contre la Fédération Française de Gymnastique : 1-17.
- Personne J. Les finalités dans le sport des jeunes et dangers de l'entraînement sportif intensif précoce. Réussir Education, janv 1990 ; 10 : 28-31.
- Personne J. Dopage : des assassins dans les vestiaires d'enfants. AEFA, octobre, novembre, décembre, 1990 ; 117 : 53-54.
- Personne J. Halte à l'intox de l'intensif précoce. Informations UFOLEP-USEP, mai 1990 ; 240 : 20-22.
- Personne J. Le sport pour l'enfant, ni records, ni médailles, conseils aux parents, (Préface du Professeur Jacques Villiaume). Paris, 1993, Ed L'Harmattan - Bibliothèque INSEP.
- Personne J. Sur les risques et méfaits des pratiques sportives intensives précoces. Fed. Internat d'E.P. (FIEP), 1996 ; 66 : 14-19.
- Personne J. Des petites filles dans de jolies boîtes. Sport et Vie, mai, juin 1997 ; 42 : 36-43.
- Personne J. De l'activité physique au surmenage. L'enfant et la pratique sportive. Ed Masson, 1998: 29-35.
- Personne J., Commandre F., and Gounelle de Pontanel H. Sur les risques de l'entraînement sportif intensif précoce. Bull. Acad. Nat. Méd., 1983 ; 167 : 208-214.
- Personne J. Gounelle de Pontanel, H. Le Sport de haut niveau pour les jeunes et les interrogations qu'il pose. Médecine et Nutrition, 1988 ; 24-6 : 369-370.
- Pharo P. L'injustice et le mal. L'Harmattan. 1996.
- Phelan J, Link B, The Labeling Theory of Mental Disorder (I) : The Role of Social Contingencies in the

Application of Psychiatric Labels . In AV Horwitz, TL. Scheid (dir.), A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press : 144-148.

Ploton L. La souffrance des soignants in la personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Editions Chronique Sociale, Lyon 1991 : 11-22.

Poisson-Salomon A-S, Charritat J-L, Agenie C, et al. Prise en charge des enfants en danger par le service social des hôpitaux de l'AP-HP. Paris. Rapport décembre 2000 : 38 p.

Pourtois J-P. Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention. Bruxelles : De Boeck université, 1995.

Prieto N, Vignat JP, Weber E. Les troubles traumatiques précoces. Revue Francophone du Stress et du Trauma. 2002 : 2 : 39-44.

Prieto N., Lebigot F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. Stress et Trauma 2003 ; 3 : 29-33.

Programme Régional de Santé, maltraitance - enfants en danger – 1998 – 2003 Bilan et Perspectives. Actes de la réunion, bilan du PRS, 2 octobre 2003. DRASS de Midi-Pyrénées.

Rabinovitch G. Le trafiquant et ses caves. Hors-champ d'un film à succès, Travailler, 7. 2001 ; 7 : 195-203.

Raix A, Migné C. Psychopathologie du travail et du chômage. Encycl Méd Chir Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie (37-886-A-10). 1995.

Rathelot C. Décès d'enfants et d'adolescents par jeux de strangulation : quelques réflexions. La Lettre de la Fondation pour l'Enfance n° 40.

Rault (sous la direction de) . L' identité masculine : permanences et mutations ; Problèmes politiques et sociaux ; 2003/11 ; n° 894 : 118 p.

Rechtman R. Du traumatisme à la victime: une construction psychiatrique de l'intolérable. In D Fassin et P Boudelais (Eds.), Les constructions de l'Intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral. Paris, 2005. La Découverte : 165-196.

Rechtman, R. Etre victime: généalogie d'une condition clinique. L'Evolution psychiatrique 2002 ; 67 : 775-795.

Rechtman, R. Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé. L'Evolution psychiatrique 2004 ; 69 : 131-139.

Régie Régionale de la santé et ses services sociaux Bas-Saint-Laurent. La prévention de la violence faite aux femmes et aux enfants. Une approche de sécurité des personnes. Expérience québécoise. Notes dans le cadre du séminaire de coopération France-Québec, octobre 1999 : 14 p

Renault E. Mépris social, (Ethique et politique de la reconnaissance). Bègles, 2000. Editions du Passant.

Renault E. Brève histoire d'un concept contesté : la souffrance sociale, Histoires et Sociétés, Revue Européenne d'Histoire sociale 2002 ; 4 : 51-64.

Rey Y., Prieux B. (sous la direction de). Systèmes, éthiques, perspectives en thérapie familiale. Paris, ESF éditeur. 1991.

Rieu M., et al. L'adolescent et le sport de compétition. Gazette médicale. 1985 ; 92-1: 41-49.

Robins LN, Regier. Psychiatric disorder in America. The ECA surveys. New York, Praeger. 1991.

- Rosanvallon P. Pour une histoire conceptuelle du politique. Paris, 2002. Editions du Seuil.
- Rouillon F. Epidémiologie des troubles bipolaires. In : Augendre J (sld) Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Interligne, Paris, 2004.
- Rouleau-Berger L. La ville intervalle. Paris, Méridiens-Klinksieck. 1991 : 211 p.
- Roussey M., Kremp O., dir. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie n° 17 : 301p.
- Roussey M, Balencon M. La valeur de la parole de l'enfant dans les situations d'abus sexuel. Rev Intern Ped 1999, n° 30 ; 294 : 9-14.
- Roussey M, Bretaudeau G, Treguier C, et al. Les problèmes diagnostiques de l'enfant secoué. Rev Intern Ped., 1999; 30 : 15-24.
- Roussey M, Bretaudeau G, Treguier C, et al. Les problèmes diagnostiques de l'enfant secoué. Rev Intern Ped 1999, n° 30 ; 294 : 15-24.
- Roussey M, Morellec J. Les enfants victimes de sévices. Rev Intern Ped 1999, n° 30 : 75-85.
- Roussey M, Treguier C. Y a-t-il toujours de la malveillance lorsqu'on secoue un enfant ou comment reconnaître la maltraitance ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1999, n° 47 : 255-8.
- Rutenfranz J. Long term effects of excessive training procedures on young athletes. European Group of Pediatric Work Physiology. Idrotts Medicine n°4, 1983.
- Ryan J. Little girls in pretty boxes. The making and the braking of elite of gymnasts and figure skaters. New York, NY: Warner Books, 1996.
- Sanders MR, Markie-Dakks C, Tully J, Bor B., The Triple P – Positive Parenting Program : A comparison of enhanced, standard and self-directed behavioural family intervention for parents of children with early onset conduct problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000 ; 68 : 624-640.
- Santé Canada. La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé. Canada, Rapport août 1998.
- Saurel-Cubizolles M-J, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. 2005, 9.
- Sempé P. L'enfant victime d'entraînement abusif. Annales de Pédiatrie 1996 ; 83-6 : 440-445.
- Sennett R. The Corrosion of Character. The Personnal Consequences of Work in the New Capitalism New-York : W. N. Norton and Company. 1998. Trad Française : Le travail sans qualités, Les conséquences humaines de la flexibilité. Paris, Albin Michel.
- Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2004 ; 162 : 646-652.
- Shaiken H. Work Transformed. New York : Holt, Rinehart and Winston. 1984. Trad Française : Penser à l'envers. Paris, 1989. Flammarion.
- Stuart H. Stigma and the daily news : evaluation of a newspaper intervention. Can J Psychiatry 2004 ; 48: 651-310.
- Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. Soc Sci and Med 1999 ; 48 :1449-1462.
- Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. Brit Med. 2001 ;322 : 95-98.

Swanson JW et al. The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness, *Am Public Health* 2002 ; 92 : 1523-31.

Swanson JW et al. Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the ECA surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70.

Tarquinio C et coll. La violence au travail. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2004 ; 4 : 137-144.

Tepplin LA et al. Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : pretrial jail detainees, *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 505-12.

Tepplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : Comparison with the ECA program. *Am J Public Health* 1994 ; 84 : 290-3.

Terr, L. Too scared to cry: psychic trauma in childhood: Harper et Row. et Terr, L. (1994). *Unchained memories: the true stories of traumatic memories lost and found*. New York: Basic Books.

Terra J. L. Prévention du suicide des personnes détenues. Rapport d'experts - Synthèse et recommandations. Oct. 2003.

Tevanian Pierre. Le ministère de la peur. Paris, nov. 2003. *L'esprit frappeur*.

Thémar Noel C. Surmenage physique chez l'enfant et l'adolescent : aspect orthopédique. Entretiens de Bichat, *Médecine du sport* 1996. Ed Expansion scientifique, Paris, 1996. France.

Titran M. Bientraitance parentale et grande précarité. *Pratiques psychologiques* 2004 ;10 : 65-77.

Tomkiewicz. Aimer mal, châtier bien. Paris, Editions du Seuil. 1998.

Tremblay RE et al. Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004 ; 114 : 43-50.

Tremblay RE, Pagani-Kurtz L, Masse L.E, Vitaro F, A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarden boys ; its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995 ; 63 : 560-568.

Tremblay RE, Vitaro F, Nagin D, et al. The Montreal longitudinal and experimental study. Rediscovering the power of descriptions. In *Taking stock of delinquency. On overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York : Thornberry TP, Krohn MD. Kluwer Academic/Plenum publishers 2003 : 205-254.

Tremblay RE. Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte. In Tremblay RE, Barr RG, Peters RDV, Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. 2003.

Tremblay RE. L'origine de la violence chez les jeunes. *Revue Canadienne de Recherche sur les Politiques*. 2000.

Turblin P., Grosclaude P., Navarro F., Rivière D., Garrigues M. Enquête épidémiologique sur le dopage en milieu scolaire en Midi-Pyrénées. *Sci. Sports* 1995, 10 : 87-94.

Tursz A. La maltraitance dans l'enfance : peut-on mesurer la magnitude du problème en France ? A partir de quelles données épidémiologiques ? In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil- Malmaison, 2004. Doin éd. Coll. Progrès en Pédiatrie, 212-223.

Tursz A, Baer P, Gerbouin-Rérolle P. et al. Les adolescents consultant pour des conduites auto-agressives : pratiques d'anamnèse des psychiatres sur les antécédents de maltraitance dans l'enfance.

- Rapport final. mars 2003. Fondation de France, programme Santé des jeunes : 30 p + annexes.
- Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rerolle P. La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 439-444.
- Tursz A, Gerbouin-Rerolle P, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. Inserm U502/Cermes : 63 p + annexes.
- UNAPEI. parentalité et déficience. Rapports du Comité d'Ethique, avis ° 49 sur la contraception chez les personnes handicapées mentales et Rapport n°50 sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive (avril 1996). Paris, 1999. CTNRHI ; dossier n°1 et n°2.
- Vabre F. L'action publique contre la maltraitance des enfants. Eléments pour une approche de sociologie politique comparative sur les cas français et espagnol. Ecole Normale supérieure de Cachan, Groupe d'analyse des politiques publiques. Dossier d'étude n°65, Février 2005.
- Van Heusden A, Van Den Eerenbeemt E. Thérapie familiale et générations. Nodules, PUF. 1994.
- Vanotti, Celis-Gennart (Sous la direction de). Malades et familles. Editions Médecine et Hygiène. 1997.
- Veeseey G. The battered child athlete. *International Herald Tribune* 1980 ; 10.
- Vergier P, Dab W, Lamping DL et al. The psychological impact of Terrorism : An epidemiological Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995-1996 Bombings in France. *Am Psychiatry* 2004 ; 161: 1384-1389.
- Veyne P. L'individu atteint au cœur par la puissance publique, In *Sur l'individu*. Paris, 1987. Editions du Seuil : 7-19.
- Vigarello G. L'intolérable de la maltraitance infantile. Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France. In : D Fassin, P Bourdelais (sld) *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris : La Découverte. 2005.
- Vivet P, Tomkiewicz S. Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents. Paris, 1991. Seuil.
- Wallraff G. *Ganz unten* (Köln) Kiepenheuer und Witsch Verlag. 1985. Traduction Française : Tête de Turc. La Découverte. 1986.
- Weber E., Prieto N. Approche psychothérapeutique du traumatisme psychique. *Stress et Trauma* 2003 ; 3 (2) : 119-124.
- Welzer-Lang D. (sous la direction de). *Nouvelles approches des hommes et du masculin*. Toulouse, 2000. Presses Universitaires du Mirail : 376 p.
- Welzer-Lang D., Chaker S. Violences et travail sexuel. Communication au 2^{ème} Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du travail, CNAM, Paris. 1999.
- Welzer-Lang D., Mathieu L., Faure M. Sexualités et violences en prison, ces abus qu'on dit sexuels en milieu carcéral, *Observatoire international des Prisons*. Lyon, 1996. Editions Aléas.
- Westlake D. *Le couperet* (roman). Rivages. 1998 : 245 p.
- Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *Austr N Zealand J Psychiatry*. 1999 ; 9.

Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. Constructing mental illness as dangerous: a pilot study. Austr N Zealand J Psychiatry. 1999 ; 33 :332-239.

Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa. How mental illness is portrayed in children's television: a prospective study. Brit J Psychiatry 2000 ; 176: 440-443.

Winckler M. Les trois médecins. Edition P.O.L 2004 : 523 p.

Young A. The harmony of illusions Inventing Post-Traumatic Stres Disorder. Princeton: 1995, Princeton University Press.

Young A. Nos névroses traumatiques ont-elles un avenir ? In: A Ehrenberg, AM Lovell.

Ed. La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société. Paris, 2001. Odile Jabob : 101-126.

Young, A. (1995b). Reasons and causes for Post Traumatic Stress Disorder. Transcultural Psychiatric Research Review. 1995 ; 32 : 287-341.

Young, A. L'auto-victimisation de l'agresseur: un éphémère paradigme de maladie mentale. L'Evolution psychiatrique 2002 ; 67 : 653-675.