
Sommaire

Lettre de mission	5
Préface	7
Avant-propos	9
Remerciements	15
Introduction	17

Chapitre 1

État des lieux des connaissances sur la violence et ses relations avec la santé	29
--	-----------

La mortalité	32
--------------	-----------

Les données sur les victimes	33
------------------------------	-----------

Les faits de violence tels que déclarés par des victimes ou au sujet de victimes	33
--	-----------

Les conséquences sanitaires de la violence	44
--	-----------

Les données sur les auteurs	48
-----------------------------	-----------

Les facteurs de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence	48
---	-----------

Les auteurs de violence dans les institutions sociales et médico-sociales	49
---	-----------

Quelques caractéristiques des auteurs de violence	50
---	-----------

Les facteurs de risque de la violence	51
---------------------------------------	-----------

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux	51
---	-----------

La violence en relation avec l'emploi	51
---------------------------------------	-----------

Les facteurs de risque identifiés dans la population générale	52
---	-----------

En résumé : Que sait-on de la violence dans ses relations avec la santé ? De quelles connaissances dispose-t-on ?	55
---	-----------

Chapitre 2

Violence et santé: les dispositifs existants	59
---	-----------

Les dispositions législatives et réglementaires	61
---	-----------

Les dispositions relatives à la protection de l'enfance	62
---	-----------

Les violences de genre	65
------------------------	-----------

Les violences envers les personnes âgées et handicapées	67
---	-----------

Le secret professionnel, l'obligation de dénoncer et de porter secours	68
--	-----------

Les droits des usagers du système de santé	69
--	-----------

Les actions, dispositifs et programmes	70
--	-----------

Les programmes nationaux de prévention	71
--	-----------

Les dispositifs d'accueil et de prise en charge des victimes de violence	72
--	-----------

La prise en charge des auteurs violents	77
---	-----------

Le cadre européen	78
-------------------	-----------

Chapitre 3

Recommandations	79
Amélioration des connaissances et recherche sur la violence et son impact sur la santé	81
Bilan des connaissances disponibles	81
Mise au point de recherches	83
Maintien d'une activité permanente de réflexion et de capitalisation des données et expériences	93
En conclusion	93
Application des dispositifs législatifs et réglementaires existants	97
Actions : prévenir et repérer la violence, repérer et prendre en charge ses conséquences	104
Des préalables	105
À qui s'adressent les actions de prévention, de repérage et de prise en charge ?	106
Des stratégies organisationnelles internes comme prévention de la violence	111
Le système de santé et ses partenaires : quels acteurs, quelles articulations, quels modes d'action ?	115
Mettre au point un ensemble de mesures pour des populations à vulnérabilités particulières	123
Une exigence d'évaluation	125
Information et formation	132
Rassembler et diffuser l'information	132
Formation	138
Conclusion	145
Annexes	155
Annexe 1	
Les membres des commissions préparatoires	157
Annexe 2	
La question du genre	165
Annexe 3	
Données et interrogations autour des enquêtes de victimation	173
Annexe 4	
Suicide et exclusion parentale	181
Annexe 5	
Commission d'éthique de l'office de la jeunesse	189
Annexe 6	
Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité	191
Annexe 7	
Bibliographie générale	221

Paris, le 19 DEC. 2003

Madame,

Le projet de loi de santé publique qui vient d'être examiné par l'Assemblée nationale prévoit l'élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique qui devront être mis en œuvre entre 2004 et 2008.

Parmi ceux-ci figure "un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives". Chaque plan stratégique comportera un ensemble coordonné d'actions et le cas échéant de programmes, déclinés sous forme de mesures.

Le rapport d'objectifs de santé publique annexé au projet de loi souligne que "l'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population". Nous ne disposons pas en France de sources d'information permettant de quantifier précisément les impacts en termes de santé publique du phénomène violence tel qu'il est défini par l'OMS.

De plus, les contours de ce phénomène sont imprécis puisque le sujet violence et santé concerne tous les âges de la vie (de la petite enfance à la vieillesse) prend plusieurs formes (violence physique, agression sexuelle, violence institutionnelle, violence contre soi-même) et se situe dans plusieurs domaines (sphère privée, publique ...). Un effort de clarification et de définition est nécessaire dans le contexte actuel de notre pays en prenant appui sur les rapports de l'OMS et du Haut Comité de santé publique, notamment.

Il me semble par ailleurs primordial que les travaux d'élaboration du plan s'intègrent bien dans le domaine "violence et santé publique" et qu'ils ne se limitent pas aux aspects "violence et sécurité publique".

Ce problème, on le sait, implique de nombreux professionnels d'origines institutionnelles diverses, c'est pourquoi les travaux d'élaboration du plan ne pourront être conduits que dans un contexte interministériel. En outre, qu'il s'agisse de l'observation du phénomène, des aspects préventifs ou curatifs, le sujet violence et santé ne peut être traité que dans un contexte pluridisciplinaire, et en étroite relation avec les milieux associatifs.

.../...

Madame le Dr A. TURSZ
INSERM U 502/CERMES
Site CNRS
7 Rue Guy Moquet
94801 Villejuif Cedex

Compte tenu de ce qui précède (faiblesse des données épidémiologiques, multiplicité des professionnels engagés au plan sanitaire social ou pénal, richesse des analyses et des recommandations), un des enjeux majeurs des travaux préparatoires du Plan national violence et santé sera d'identifier les "bonnes entrées", les "angles d'attaque" pertinents en termes de santé publique.

Dans les domaines où la connaissance fait défaut, le plan devrait suggérer des pistes de recherche, définir des indicateurs de suivi, déterminer quelles sont les situations à risque, contribuer ainsi à la mesure de l'ampleur du phénomène.

Je souhaite vous confier la présidence du comité d'orientation destiné à conduire l'ensemble des travaux d'élaboration du plan.

Ce comité d'orientation interministériel aura à charge :

- de définir la problématique d'ensemble,
- de déterminer les thématiques des commissions, de faire produire au sein de commissions qu'il aura créées, la matière scientifique, les analyses et les synthèses destinées à l'élaboration du plan,
- de suivre, et mettre en cohérence les travaux des commissions ou des audits,
- de proposer les grandes orientations du plan national et de formuler des propositions pour son intitulé.

Pour mener à bien cette mission vous serez assistée par un groupe projet constitué spécifiquement au sein de la Direction générale de la santé en vue de l'élaboration de ce plan.

Je vous saurais gré de bien vouloir m'adresser votre rapport de propositions pour le 15 novembre 2004.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.



Jean-François MATTEI

Préface

Mesurer quantitativement l'évolution à travers les âges du niveau des violences est difficile. Ce qui est certain, c'est que les formes de violence ont changé, qu'elles peuvent être aujourd'hui moins physiques et moins accidentelles et plus insidieuses.

Pulsions résultant des inévitables conflits de la vie intérieure, comme de la vie collective, preuves des difficultés à cheminer vers l'autre, les violences détruisent autant l'auteur de celles-ci que leurs victimes. Les prévenir, sans seulement les réprimer, est une tâche éminemment politique, tant est grande l'importance de l'éducation, de la lutte pour l'égalité des droits et de l'instauration d'un développement durable et solidaire pour endiguer ce phénomène. Dans ce combat, le ministère chargé de la Santé est un acteur de premier plan car les moyens de la prévention de la violence, de son repérage et du traitement de ses conséquences relèvent de son champ d'intervention.

Violence et santé sont antinomiques : le rapport mondial OMS « la violence et la santé » de 2002 a appelé l'attention sur l'impact considérable de la violence sur les systèmes publics, en particulier sur les systèmes de santé et de protection sociale, en demandant justement aux États de se saisir de la question et de proposer des plans nationaux d'actions.

De nombreux pays se sont certes appropriés cette recommandation et ont élaboré des plans d'actions. Mais la très grande majorité des plans porte sur un aspect limité de cette question, en appréhendant les violences de manière sectorielle – violences faites aux femmes, violence interethnique, violence domestique/familiale, violence envers les enfants, violences scolaires, suicide, accidents de la circulation –. Seuls quelques pays ont, comme la France, voulu aborder le problème dans sa globalité.

C'est donc avec plaisir que je préface ce rapport qui fait le point complet sur la situation française, tout en ouvrant des pistes de réflexion et d'actions. Il résulte d'une demande de mon prédécesseur Jean-François Mattei qui – suite à une première réflexion du Haut Comité de la Santé Publique suscitée par le rapport OMS – a souhaité un débat entre les professionnels de terrain, les acteurs de la recherche et les milieux institutionnels ou associatifs. Il avait en effet confié au docteur Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste et directrice de recherche à l'INSERM, la présidence d'un comité d'orientation interministériel

chargé de conduire l'ensemble des travaux préparatoires à l'élaboration d'un « plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence ».

Ainsi, avec le parti pris ambitieux de ne pas réduire le champ de cette étude à quelques sujets particuliers, cette étude a fait l'objet d'une large concertation avec les départements ministériels chargés de la Famille, des Personnes âgées, des Personnes handicapées, du Travail, de l'Éducation nationale, de la Justice et de l'Intérieur.

La publication du rapport « Violence et santé » à la Documentation française vient consacrer la qualité des travaux accomplis par les membres et présidents des six commissions thématiques constituées qui ont mobilisé autour de ce sujet une centaine d'experts pendant plusieurs mois.

Je remercie vivement tous les professionnels qui ont participé à ces commissions thématiques, leur président, Madame le professeur Marie-Ève Joël, Madame le docteur Anne Lovell, Monsieur le professeur Christophe Dejourn, les docteurs Jacques Baudier, Omar Brixhi et Jacques Lebas pour leur mobilisation et la qualité de leurs réflexions et propositions. Je tiens particulièrement ici à témoigner ma gratitude à Madame Anne Tursz qui a su mener avec beaucoup de compétence, d'écoute et de patience toute cette concertation, riche, diverse, pluridisciplinaire, et qui a pu traduire les propositions qu'elle formulait dans ce rapport en solutions politiques.

En effet, le contenu de ce rapport préfigure le « Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence » que j'annoncerai très prochainement, plan qui aux côtés des plans cancer, santé et environnement, maladies rares et maladies chroniques, s'inscrit dans les cinq plans stratégiques nationaux prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Qualifiée de « défi planétaire » dans le rapport OMS, la violence va au-delà d'un enjeu de santé publique dont je souhaite, avec l'ensemble des acteurs du système de santé, réduire l'impact. Cette publication apportera d'ores et déjà à chacun d'entre nous des indications précieuses pour mieux prendre en considération dans l'exercice de ses missions quotidiennes cette importante question. Et je compte sur chacun de ces acteurs pour nous accompagner dans la mise en œuvre du plan national « Violence et santé ».



Xavier Bertrand

Ministre de la Santé et des Solidarités

Avant-propos

La violence est un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous et qui concerne chacun d'entre nous d'une manière ou d'une autre. Cela justifie pleinement qu'en 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ait fait de la violence et de son impact sur la santé un thème majeur de réflexion et d'actions pour l'avenir. L'intérêt suscité par le rapport publié en 2002 par cet organisme international sur la Violence et la Santé a concerné de nombreux pays.

En France, en 2003, le Haut Comité de la Santé Publique a été chargé de mener une réflexion sur les moyens d'améliorer la connaissance et la prévention des phénomènes liés à la violence.

Puis en 2004, la loi relative à la politique de santé publique définissait les orientations de santé pour les cinq ans à venir. Cette loi, qui s'impose à tous les acteurs du système de santé, prévoit cinq plans stratégiques pluriannuels. **L'un d'eux vise à limiter l'impact de la violence sur la santé.**

Il s'agit de sortir les problèmes liés à la violence d'une logique d'approche purement répressive et de prendre en compte les conséquences sanitaires croissantes de la violence sur le système de santé, en portant un regard sanitaire sur les auteurs autant que sur les victimes. Il est en effet essentiel d'affirmer le rôle des professionnels et des services de santé dans leurs actions de prévention et de prise en charge. Cependant, les professionnels de la santé, de plus en plus souvent confrontés au problème de la violence, disposent de connaissances scientifiques insuffisantes en ce domaine, tout particulièrement en ce qui concerne la littérature scientifique française, et manquent cruellement de références pour aborder ces questions difficiles et élaborer des réponses.

Le 12 mai de la même année, le ministre chargé de la Santé confie à Madame Anne Tursz, directeur de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), pédiatre et épidémiologiste, la charge de coordonner, via un Comité d'orientation interministériel « violence et santé », les travaux nécessaires à la production d'un rapport sur cette problématique innovante en matière de santé publique. L'expertise de Madame Anne Tursz et les compétences réunies au sein de l'Inserm sont apparues essentielles pour appuyer

les recommandations issues du travail préparatoire à ce plan sur des données scientifiques fiables, nationales et internationales, et/ou sur des hypothèses de travail scientifiquement crédibles.

Dans ce vaste domaine encore mal exploré, il s'est agi de privilégier une démarche de recherche en santé publique qui, en réunissant des chercheurs de disciplines différentes dans une réflexion commune, utilise les données de la littérature¹ scientifique, conceptualise des problématiques, hiérarchise et identifie des priorités. C'est pourquoi, l'implication de l'Inserm, institution de recherche en biomédecine et en santé chargée de contribuer au capital de connaissances de la communauté internationale des chercheurs et de fournir des données fiables susceptibles de servir de base aux politiques publiques de santé, est apparue garante de la qualité scientifique indispensable pour cette démarche de santé publique.

Le rapport général, remis à Monsieur Xavier Bertrand le 18 octobre 2005 par Madame Anne Tursz, a été alimenté par les travaux de six commissions thématiques : « périnatalité, enfants et adolescents » ; « genre et violence » ; « personnes âgées et personnes handicapées » ; « violence et santé mentale » ; « violence, travail, emploi et santé » et « institutions, organisations et violence ». Au total, environ cent cinquante professionnels² ont participé aux réflexions et à la production des rapports, en concertation avec les institutions concernées.

Les six commissions thématiques, coordonnées au sein du Comité interministériel d'orientation, ont donc mené un important travail de rassemblement et d'analyse des données existantes (quantitatives et qualitatives) afin d'établir un état des lieux des connaissances sur les relations entre violence et santé, tout en menant une analyse critique de la fiabilité de ces données.

Au-delà d'un constat chiffré, une réflexion a été menée sur des problèmes de fond tels que le rôle producteur ou au contraire protecteur des organismes et institutions quant à la violence ou encore la médicalisation progressive d'un phénomène sociétal, voire aborder des problématiques complexes comme la question du genre³. La globalité des réflexions a bien sûr mobilisé des compétences pluridisciplinaires, notamment à partir de l'Inserm, l'Institut ayant de

1 Mais il faut toutefois garder à l'esprit que la pauvreté des données françaises conduit à analyser la littérature scientifique internationale, essentiellement anglo-saxonne, et que cette situation peut mener, dès lors qu'on s'adresse à un phénomène sociétal tel que la violence, à des extrapolations hasardeuses quant à la compréhension des causes, du contexte politique et culturel et des solutions de santé publique à imaginer.

2 Chercheurs, institutionnels et professionnels de terrain, experts étrangers ou français auditionnés, les présidents des commissions thématiques (François Baudier, Jacques Lebas, Marie-Ève Joël, Anne Lovell, Christophe Dejours et Omar Brix).

3 Si les violences envers les femmes dominent incontestablement par leur fréquence reconnue et la gravité de leurs conséquences, il paraissait opportun de dépasser cette réalité statistique pour s'intéresser à la question du « genre », c'est-à-dire pour comprendre pourquoi ce sont les rôles sexués socialement établis qui sont à l'origine des relations de domination et de pouvoir qui engendrent la violence. Cette approche permet aussi de comprendre que ce sont des mécanismes de discrimination du même type qui sont à l'origine d'actes tels que les violences homophobes.

longue date inclus les sciences sociales dans le champ de la recherche en santé publique.

Il ressort de l'ensemble que les **déterminants principaux** sont la détresse affective, l'isolement et la consommation d'alcool, que les **phénomènes de violence** touchent toutes les catégories sociales et professionnelles, et enfin que **l'auteur** des actes de violence est le plus souvent un **proche de la victime**.

Face à ce bilan, **trois axes majeurs d'amélioration** sont proposés : développer la connaissance statistique et scientifique, jugée insuffisante ; améliorer la sensibilisation, l'information et la formation de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social et du grand public ; renforcer les unités médicopsychologiques et les unités médicojudiciaires, dispositifs spécifiques concourant à la prise en charge des victimes de violences.

Par ailleurs, les recommandations concernant la recherche occupent une place importante. En effet, comme on l'a vu, l'ampleur et les caractéristiques de l'impact de la violence sur la santé sont très mal connues en France. De surcroît, les moyens dont dispose la recherche en ce domaine sont notoirement insuffisants. Les connaissances disponibles sont éparées, hétérogènes, provenant de sources multiples parfois d'accès difficile, et recueillies selon des méthodes variées. Des pans¹ entiers de la problématique « violence et santé » restent peu explorés, voire inexplorés. Les données disponibles présentent d'indiscutables problèmes de fiabilité, essentiellement de deux ordres : des problèmes d'exhaustivité des recensements et des biais de natures multiples rendant l'interprétation des chiffres difficile et la représentativité douteuse.

La recherche à entreprendre est par essence pluridisciplinaire et doit associer par des abords conjoints la recherche médicale clinique (en psychiatrie, médecine du travail, pédiatrie, gériatrie...), l'épidémiologie, la psychologie, la sociologie, l'économie... L'approche quantitative doit se compléter par une analyse, selon des méthodes qualitatives, des circonstances de survenue de la violence, des « facteurs de risque » ou « situations à risque » et des caractéristiques des groupes les plus vulnérables face à la violence ainsi que des auteurs de faits violents. Des propositions concrètes, impliquant l'Inserm, sont faites dans cet ouvrage. À titre d'exemples, on peut citer :

- Sélectionner, avec des chercheurs et institutions compétents (Inserm principalement), des thèmes prioritaires pour des expertises collectives. Les relations entre la violence et les médias sont certainement l'un de ces thèmes, compte tenu de la quasi-absence de données sur ce sujet en France et du caractère non consensuel des résultats produits au niveau international, à condition toutefois qu'une telle expertise porte surtout sur des aspects méthodologiques permettant d'orienter la recherche sur ce thème en France² ;

1 Comme le problème des violences exercées sur les personnes atteintes de troubles mentaux ou les conséquences sanitaires de la violence au travail.

2 Une première réflexion sur ce sujet est esquissée dans le rapport de la Commission « Violence et santé mentale », présidée par Anne Lovell, chercheur Inserm, anthropologue de la santé mentale.

- S'inscrire dans une cohorte de naissances (du type de la cohorte ELFE qui associe l'Inserm, l'Institut de veille sanitaire – InVS –, l'Institut national d'études démographiques – InED – et l'Institut national des statistiques et des études économiques – InSEE –) et y intégrer des items permettant d'identifier des facteurs périnataux de risque de maltraitance précoce et/ou de comportements violents de l'enfant;

- Mener des recherches évaluatives, par exemple évaluer les pratiques et les effets du débriefing psychologique systématique, actuellement largement pratiqué malgré l'absence totale de consensus sur son efficacité;

- Constituer un comité scientifique de suivi de la recherche (comportant des représentants des grands établissements publics à caractère scientifique et technique –EPST– et auquel pourraient contribuer les commissions qui ont préparé le Plan). De façon plus générale, le *plan national visant à limiter l'impact de la violence sur la santé* affirme «l'impératif de suivi et d'évaluation» et annonce l'évolution du Comité d'orientation vers un Comité de suivi; dans le domaine particulier des activités de recherche, l'Inserm devrait donc pouvoir trouver sa place dans une instance.

Toutefois, le milieu français de la recherche n'est actuellement pas véritablement structuré pour faire face à de tels développements et à de telles questions. Pour mener un programme de recherche sur le thème «Violence et santé» qui soit à la hauteur de l'enjeu sanitaire et social que représente ce problème, une politique volontariste est nécessaire, visant à mieux structurer¹ le milieu de la recherche.

Le futur Département de recherche en santé publique de l'Inserm, dont la création est actuellement envisagée, trouverait tout naturellement sa place dans le travail de structuration de la recherche sur ces thèmes, à travers son rôle de mise en relation de la communauté de ses chercheurs en santé publique avec ceux des autres EPST et avec les organismes décisionnaires dans le domaine des politiques publiques de santé, au premier rang desquels la Direction générale de la Santé.

Finalement, cet ouvrage destiné à proposer des recommandations aux acteurs de santé publique, s'adresse aussi bien aux responsables de politiques et programmes de santé et aux professionnels de la santé de terrain, qu'à la communauté des chercheurs contribuant à la recherche en santé publique. Ceux-ci pourront y identifier des lacunes à combler dans les connaissances disponibles, des thèmes de recherche à explorer et des partenariats à nouer.

Il s'agit maintenant de dégager les questions d'importance. Bon nombre de ces questions ont un caractère intemporel qui leur donne leur dimension d'urgence car, si on ne se donne pas les moyens d'y répondre, elles continueront à se poser. C'est sur ces enjeux très forts et à partir de l'expertise

¹ par la formation; la création d'unités fonctionnelles pluridisciplinaires incluant la recherche clinique; le développement de discipline comme l'épidémiologie psychiatrique, à l'Inserm notamment; l'élaboration d'appels d'offres, dans le cadre d'une collaboration entre le ministère de la Santé, les EPST et l'Agence Nationale de la Recherche, et en relation avec les initiatives européennes.

ici produite que les services de la direction générale de la santé ont construit la démarche d'élaboration du *plan national stratégique visant à limiter l'impact de la violence sur la santé*.

Ce plan aura une approche globale et sera complémentaire des autres plans et programmes nationaux de santé publique. Il sera bien évidemment interministériel, devra prendre en compte les victimes mais aussi les auteurs, notamment dans une perspective de prévention des récidives. Il devra permettre d'expérimenter et d'innover et impliquera le suivi et l'évaluation de sa propre mise en œuvre.


Des axes d'intervention sont d'ores et déjà identifiés, comme par exemple : prévenir, repérer, prendre en charge ; s'appuyer sur l'existant ; repérer et diffuser les bonnes pratiques... Il importera également de permettre aux professionnels de se sentir entendus et soutenus dans l'exercice difficile et exigeant de leur métier.

La publication de ce rapport, avec l'exceptionnelle richesse des questions débattues, est destinée à faire avancer ces objectifs.

Nous remercions vivement les membres de chaque commission de nous avoir donné de leur temps et fait partager leur questionnement avec simplicité et engagement malgré les difficultés évidentes de ce nouveau champ de la santé publique. Les travaux présentés ci-dessous témoignent de l'importance de l'investissement de chacun dans ces débats.

Nous invitons le lecteur à lire avec soin cet ouvrage puis à s'associer aux nombreux spécialistes de la prévention de la violence qui y ont collaboré afin de tenter, tous ensemble, de répondre à son interpellation et à agir concrètement.

Paris, le 18 mai 2006


Didier HOUSSIN
Directeur général de la santé


Christian BRECHOT
Directeur de l'Inserm

Remerciements

Je tiens à remercier ici, pour leur apport remarquable, les présidents des six commissions thématiques qui ont travaillé pendant plusieurs mois à mes côtés :

- **François Baudier**, médecin de santé publique ;
- **Jacques Lebas**, médecin de santé publique ;
- **Marie-Ève Joël**, professeur d'économie ;
- **Anne Lovell**, anthropologue, directeur de recherche INSERM ;
- **Christophe Dejours**, psychiatre, professeur de psychologie du travail ;
- **Omar Brixi**, médecin de santé publique ;

ainsi que tous les membres de ces commissions, et ceux du Comité interministériel d'orientation du Plan national Violence et santé.

Je n'aurais pas pu mener le travail présenté dans cet ouvrage sans le soutien constant de la Direction générale de la Santé :

- le directeur général de la Santé lui-même : William Dab, puis Didier Houssin ;
- **Bernard Basset** (sous-directeur Santé et Société), **Zinna Bessa**, **Chantal Froger**, **Nicole Matet**, **Odile Doucet**, **Anne-Marie Dajezman**, **Marie-Hélène Cubaynes**, **Patrick Ambroise** ;
- et surtout : **Véronique Mallet** dont l'efficacité, la disponibilité, l'inlassable capacité à répondre aux demandes, coordonner et informer, ont permis à plus de cent personnes de réfléchir ensemble et à un édifice complexe de ne pas s'écrouler.

Je remercie également pour son aide la Direction des relations du travail et plus particulièrement **Jacques Danan**.

Introduction

Contexte général

En 2002, paraissait un rapport de l’OMS intitulé *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Ses auteurs estimaient que la violence, qualifiée de « défi planétaire », avait un coût considérable en termes de répercussion sur la santé des victimes et de fardeau pour les établissements de santé, et que s’attaquer aux racines de la violence devenait une priorité pour les milieux de la santé. Neuf recommandations venaient clore ce rapport et la première, « *Élaborer et mettre en œuvre un plan d’action national pour la prévention de la violence et en suivre l’application* », est grandement à l’origine de la démarche qui a conduit aujourd’hui au présent rapport.

En France, en effet, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit l’élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique (2004-2008) et, parmi ceux-ci, figure un plan national de lutte pour limiter l’impact sur la santé de la violence. La loi définit un plan stratégique comme « un ensemble d’actions et de programmes cohérents » pluriannuels et cette démarche de planification stratégique doit « donner une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé ».

Ce thème des relations entre la violence et la santé est relativement peu documenté en France et on ne dispose pas de sources d’information permettant de quantifier globalement l’impact en termes de santé publique du phénomène violence tel que le définit l’OMS. De plus, les contours du problème sont imprécis et le champ est très vaste puisque le sujet « violence et santé » concerne tous les âges de la vie (de la petite enfance à la vieillesse), prend plusieurs formes (violence physique, agression sexuelle, violence psychologique, violence institutionnelle, violence contre soi-même...) et touche des espaces de vie variés (sphère privée, publique...). Cette question, on le sait, implique de très nombreux acteurs, institutionnels et associatifs, et elle doit nécessairement être abordée dans un cadre interministériel (santé/social, santé/justice, santé/emploi, santé/éducation...).

Face à ces carences dans la connaissance et au besoin d'organiser une concertation large de l'ensemble des acteurs concernés, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) a été saisi, en février 2003, par le ministre de la Santé qui souhaitait que soient étudiées «*plus particulièrement les conditions d'application des recommandations du rapport publié par l'OMS à la situation française*» et que les propositions du HCSP «*intègrent les travaux en cours pour la préparation de la loi d'orientation en santé publique*». Dans son rapport, le HCSP estime que la violence est bien un problème de santé publique, puisque, si les déterminants des phénomènes violents sont le plus souvent sociétaux, «les fruits de la violence apparaissent principalement dans la sphère sanitaire», et émet les recommandations suivantes : 1) développer la connaissance épidémiologique sur la violence et ses déterminants ; 2) faciliter le repérage des situations de violence ; 3) améliorer la prise en charge et le suivi des cas ; 4) organiser la prévention.

C'est à l'approfondissement de ces thématiques et à l'élaboration de propositions de solutions et d'actions qu'ont œuvré le Comité d'orientation du plan «Violence et santé» et les commissions thématiques qu'il a coordonnées.

Le champ de réflexion et le travail des commissions

Le choix des thèmes de travail

Depuis la parution du rapport de l'OMS, de nombreux pays ont élaboré des plans d'action, mais il s'agit dans la très grande majorité des cas de plans portant sur un aspect limité de la problématique «violence et santé» (violences faites aux femmes, violence interethnique, violence domestique/familiale, violence envers les enfants, violences scolaires, suicide, accidents de la circulation). Seuls quelques pays (une dizaine) ont essayé comme la France d'aborder le problème dans sa globalité. Dans le cas du travail préparatoire au plan français, il a toutefois paru nécessaire de limiter le champ de réflexion par des exclusions de thématiques déjà prises en compte dans d'autres plans ou programmes, ou qui paraissaient marginales par rapport au thème de la violence. Le suicide qui a fait l'objet d'une très grande attention récemment (plan, circulaires...) n'a pas été inclus, mais ses conséquences sur l'entourage ont été abordées dans le cadre du thème «traumatisme psychique». Le même raisonnement a été appliqué aux conduites addictives. La violence routière a également été écartée du champ des réflexions car elle a fait l'objet d'un plan dès la fin 2002. Toutefois, ce plan, essentiellement axé sur le contrôle, la répression des infractions, la formation des conducteurs et l'information, est peu développé en ce qui concerne les aspects santé et il faut souhaiter que l'appel d'offres de la DHOS et les préconisations de l'ANAES, demandés dans ce plan, permettront le développement en France d'aspects bien négligés jusqu'à présent (les critères de tri et de transport des victimes en urgence, les règles de suivi à long terme des personnes traumatisées et la connaissance de leur devenir notamment). Enfin les accidents de la vie courante ont semblé un peu marginaux par rapport au thème de la violence, quoiqu'une réflexion mérite d'être amplifiée sur les expositions délibérées des particuliers à des risques sévères par les concepteurs, les constructeurs ou les propriétaires des logements (risque de saturnisme, chauffage ou installa-

tion électrique pas aux normes...), ou par les particuliers eux-mêmes (risques imposés aux jeunes enfants par les familles principalement).

Finalement, l'analyse des documents disponibles et les réflexions engagées à la DGS ont permis de constituer six commissions thématiques devant aborder les sujets qui paraissaient prioritaires en terme de santé publique. L'intitulé de ces six commissions est indiqué ci-dessous, avec le nom et la discipline de leurs présidents :

- « Périnatalité, enfants et adolescents », François Baudier, médecin de santé publique ;
- « Genre et violence », Jacques Lebas, médecin de santé publique ;
- « Personnes âgées et personnes handicapées », Marie-Ève Joël, professeur d'économie ;
- « Violence et santé mentale », Anne Lovell, anthropologue, directeur de recherche INSERM ;
- « Violence, travail, emploi, santé », Christophe Dejours, psychiatre, professeur de psychologie du travail ;
- « Institutions, organisations et violence », Omar Brixî, médecin de santé publique.

Les thèmes des commissions correspondent à un découpage complexe par tranche d'âge, par genre, par lieu de survenue de la violence, par type d'activité des auteurs et/ou des victimes, et par pathologie associée (ces diverses dimensions étant représentées isolément ou simultanément dans chaque commission). Ce découpage, qui s'est finalement avéré opérant, visait à faire dialoguer des experts qui puissent se comprendre sur une thématique donnée (par exemple, en ce qui concerne l'enfance, il a été choisi de réunir dans un même groupe, constitué autour de cette tranche d'âge, les experts de la maltraitance dans les familles et ceux de la violence en milieu scolaire plutôt que de mettre au point une approche par lieu de vie et de survenue : la famille, les institutions).

Les disciplines des présidents (anthropologie, économie, psychiatrie et psychologie, santé publique) sont emblématiques de la nécessité d'aborder la problématique « violence et santé » de manière pluridisciplinaire et non avec le seul œil de la médecine.

La composition et le mode de travail des commissions

Les commissions ont été constituées de façon que soient représentés les professionnels de terrain, de la recherche et des milieux institutionnels ou associatifs. Les membres des six commissions sont présentés en Annexe 1.

Les principes de fonctionnement des commissions ont été les suivants :

- délimiter le champ de réflexion et d'éventuelles priorités en concertation avec le comité d'orientation et à partir de critères définis en commun (dans chaque commission des sous thèmes ont ainsi été approfondis. Il s'agissait de sujets émergents ou mal documentés, ou au contraire que l'on savait prioritaires par leur fréquence mais mal pris en charge...);

- mener les travaux selon une grille de travail commune à toutes les commissions, comportant une réflexion sur la définition du champ, un état des lieux des connaissances et des actions existantes, des recommandations pour la recherche et l'intervention et la définition d'indicateurs d'évaluation ;
- aborder, dans tous les cas, à la fois la problématique des victimes et celle des auteurs ;
- faire les liens avec les plans et programmes déjà existants et proposer des passerelles avec les thèmes exclus du champ et évoqués ci-dessus ;
- compléter le travail des membres par l'audition d'experts ;
- parvenir à des conclusions montrant comment les professionnels de la santé publique peuvent jouer un rôle pour réduire l'impact de la violence sur la santé.

Les commissions se sont réunies entre quatre et six fois entre septembre 2004 et février 2005 et elles ont présenté une synthèse préliminaire de leurs travaux au Comité d'orientation interministériel en janvier 2005. Leurs méthodes de travail ont comporté des revues extensives de la littérature scientifique et des données existantes, des auditions de membres des commissions et de personnalités extérieures, des contributions écrites, des séminaires. Le travail des commissions et l'ensemble du processus de réflexion ont été accompagnés à tout instant (réflexion initiale, documentation, organisation pratique des réunions, aide à la rédaction) par la DGS et la DGAS.

Des recoupements entre commissions étaient inévitables (violence et santé mentale et violence à l'adolescence, violence dans les institutions de soins et abord par âge...). Finalement les redondances ont été sources de richesse dans la réflexion, dans la mesure où une concertation entre les commissions a été organisée grâce à des réunions régulières de leurs présidents avec la présidente du comité d'organisation.

Des approches nouvelles Vers une médicalisation de la violence ?

Le simple fait de penser la violence en termes de terrain d'exercice de la médecine est en soi une démarche relativement nouvelle. Mais nombre de problèmes de société sont de plus en plus souvent pris en charge par le système de soins, comme l'a noté la commission « Institutions, organisations et violence » : *« dans la société contemporaine, il s'opère une décharge collective sur des acteurs sacrifiés dans leur fonction tels les médecins. Or, les professionnels de santé vivent souvent très mal cette sollicitation croissante, débordés par cette assignation d'un rôle envahissant, relatif à la gestion de la violence »*. Et il est vrai que les conséquences somatiques ou psychologiques de la violence constituent une cause de plus en plus visible de prise en charge par le système de santé et les organismes de protection médico-sociale. De ce fait les professionnels de la santé, et en particulier ceux de la santé publique, se doivent d'assumer la prévention et la prise en charge des effets sanitaires de la violence. Ceci suppose le développement d'une culture nouvelle et d'une vision nouvelle de la façon d'aborder des problèmes qui, jusqu'à peu, étaient surtout un objet d'intérêt à l'intersection de la police et de la justice. Ainsi, dans de nombreux pays

actuellement (peut-être moins en France) l'expression de « violence routière » rend compte du déplacement de la perception des causes et effets évitables des accidents de la circulation d'une conception organisationnelle et « mécanique » (les infrastructures, les réglementations, les caractéristiques des véhicules...) vers un intérêt pour les comportements des usagers de la route et les blessures des victimes. L'accidentologie s'étend à la victimologie.

Le développement de la victimologie (qui ne date en France que des années quatre-vingt-dix) témoigne de cette médicalisation de la violence en ce que ce sont les lésions corporelles et psychologiques qui deviennent le cœur du sujet, et il est à ce titre symptomatique que la DGS, dans ses cinq plans prioritaires nationaux annexés à la loi de santé publique d'août 2004, ait choisi l'impact de la violence sur la santé comme l'un des thèmes. Toutefois une certaine méfiance peut être de mise face à une « appropriation » exclusive de la violence par le secteur de la santé. En effet s'il exerce une fonction légitime et indispensable dans la réparation des lésions causées par la violence, l'approche de la violence à travers ses seules conséquences sanitaires occulterait le problème des causes et des mécanismes des actes violents, qui relèvent bien entendu d'un autre abord que celui de la médecine, de la santé publique et de la victimologie, et c'est pourquoi la problématique « violence et santé » requiert une approche pluridisciplinaire et interministérielle que le comité d'orientation et les commissions ont privilégiée.

Enfin, il existe aussi une tendance à faire appel aux médecins, et principalement aux psychiatres, pour traiter de problèmes de violence qui n'ont pas nécessairement à voir avec la santé, ou qui concernent des questions morales (par exemple, la violence à la télévision). Lors des auditions devant la commission « Violence et santé mentale », sur la thématique « violence et médias », on a pu relever que, dans les journaux, « *la psychiatrie semblerait faire l'objet d'une confusion entre morale, science et/ou clinique, comme l'atteste une certaine utilisation médiatique de la psychiatrie pour régler des problèmes sociaux et moraux* ».

La question du genre

Si les violences envers les femmes dominent incontestablement, par leur fréquence reconnue et la gravité de leurs conséquences, le tableau des violences selon le sexe, il paraît opportun de dépasser cette réalité statistique pour s'intéresser à la question du « genre », c'est-à-dire pour comprendre pourquoi ce sont les rôles sexués socialement établis qui sont à l'origine des relations de domination et de pouvoir qui engendrent la violence. Cette approche permet aussi de comprendre que ce sont des mécanismes de discrimination du même type qui sont à l'origine d'actes tels que les violences homophobes. Une telle façon d'aborder le problème des violences selon le sexe paraît être la plus prometteuse en termes de compréhension des mécanismes et donc de prévention, et de prise en charge des auteurs violents.

« 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 et violence a donc décidé d'introduire la question du « genre » dans l'étude d'une problématique située au croisement de réalités physiques et psychiques concer-

nant la santé, et de réalités sociales concernant les violences» (commission «Genre et violence»). L'Annexe 2 est consacrée à deux textes sur la question du genre.

La violence institutionnelle

La notion de maltraitance en établissement s'est imposée tardivement. Stanislas Tomkiewicz, qui fut un des premiers à en faire mention, dans les années quatre-vingt, avait coutume de dire que toute institution secrète de la violence. Indépendamment des violences exercées par une personne prise isolément (passage à l'acte individuel et isolé), il existe des violences générées par l'institution elle-même et il s'avère que les deux sont étroitement liées. Il a donc paru particulièrement important de s'intéresser aux établissements médicaux (notamment spécialisés en psychiatrie), sociaux et médico-sociaux (notamment ceux destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, y compris les enfants et les personnes atteintes de troubles mentaux) et d'analyser comment la maltraitance envers ces personnes vulnérables peut être le résultat de défaillances du système complexe qu'est l'établissement social et médico-social (défaillances liées notamment à la gestion du personnel et à l'organisation du travail). On peut en effet penser que la violence a tendance à se développer dans les institutions où existent des rapports sociaux marqués par les excès de pouvoirs et où les rapports de domination tendent à l'emporter sur des rapports reposant sur les droits des personnes et le respect des règles.

Cet aspect organisationnel de la genèse de la violence dans les institutions sanitaires a aussi été analysé dans le contexte de l'école, de l'entreprise, la prison... Toutes les commissions ont abordé cette thématique, tout particulièrement les commissions «Violence, travail, emploi, santé» et «Institutions, organisations et violence». La commission «Violence, travail, emploi, santé» a ainsi analysé les «conditions favorisant le déclenchement et la conjuration de la violence en milieu de travail» (voir le rapport sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités).

La violence : une bataille de définitions

La définition de la violence, proposée par l'OMS dans son rapport de 2002 et reprise par le groupe de travail du HCSP, a servi de base aux discussions initiales des commissions. Selon l'OMS, la violence est : *« L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence »*.

Cette définition a posé problème à toutes les commissions, et c'est principalement le mot «délibéré» qui a soulevé de nombreuses questions.

Pour la commission «Institutions, organisations et violence», il a semblé que, s'agissant des institutions, il fallait être précisément attentif à ce qui est et à ce qui n'est pas délibéré, à ce qu'une institution produit ou induit, y compris malgré elle, du fait de tel mode d'organisation ou des rapports à l'œuvre à tous les niveaux.

La commission « Violence et santé mentale » a dû gérer toute l'ambiguïté des relations qui existent entre la violence et la santé mentale : « *pour l'opinion publique, le lien entre violence et santé mentale se fait surtout autour de la maladie mentale, dans la mesure où dans l'imaginaire dominant, la maladie mentale a toujours été associée à la violence. Dans les représentations sociales, de même que perdure la notion non-scientifique et dégradante de «fou», l'association de la maladie mentale avec la violence persiste, par un glissement de signifiant, qui fait que tout acte violent qui sort de l'ordinaire, soit par sa réalisation, soit par son horreur, soit par l'absence de motif évident, est attribué à un malade mental. «C'est un acte fou» devient vite «c'est l'acte d'un fou»... » (Y. Pélicier, cité dans Clément 1996, p. 39). Cette commission a estimé que la définition de l'OMS «permet d'appréhender les effets psychopathologiques de la violence, mais laisse de côté la question de la relation de la violence aux pathologies mentales, qui constituent l'une des interrogations sous-jacentes adressées à la commission. D'ailleurs, le qualificatif «délibéré» suppose une intentionnalité, laquelle peut s'avérer absente lors d'un épisode de violence chez un sujet atteint de symptômes psychotiques ».*

Deux commissions ont estimé la définition de l'OMS particulièrement restrictive face à la violence exercée à l'encontre de populations particulièrement vulnérables, voire totalement dépendantes : les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées.

La commission « Périnatalité, enfants et adolescents » n'a pas souhaité prendre en compte les notions d'usage délibéré et de force physique, contenues dans la définition de l'OMS et a estimé que la définition devait être « extensive, analysant comme « violence » tout ce qu'un individu considère comme telle ». En effet, le thème de « violence et santé » fait référence au vécu de la personne et au traumatisme psychique ressenti. En fait, dans le cas du jeune enfant, même une définition aussi extensive, reposant sur la notion de violence définie par la victime, est inopérante dans la mesure où beaucoup d'enfants chroniquement maltraités, qui n'ont jamais connu d'autres modes de relations affectives avec leur famille, ne se définissent pas comme des victimes. Le mot délibéré pose effectivement problème dans le cas de la maltraitance envers les enfants pour au moins deux raisons. La première concerne la notion d'intentionnalité. Celle-ci est au cœur du cas 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. Dans certains cas, il y a coexistence entre les lésions cérébrales et rétinienne caractéristiques du secouement et des fractures des os ou des traumatismes viscéraux, et le diagnostic de traumatisme intentionnel ne fait guère de doute ; dans d'autres cas, le niveau éducatif élevé d'un parent qui secoue violemment un très jeune enfant (ne tenant pas encore sa tête notamment) laisse supposer qu'il n'ignore rien du caractère nuisible de son acte ; dans d'autres cas enfin, on ne sait que conclure (secouement par exaspération pour calmer sans connaître les graves conséquences possibles ? Pour stimuler ? Pour ranimer un enfant qui fait un malaise ? Pour jouer ?). Le deuxième problème est celui de la « négligence », comme l'a souligné la commission : chez l'enfant, « une intervention a plus de chance de survenir quand le danger est physique. Or celui-ci n'est pas forcément le plus grand danger encouru par un enfant vivant dans une famille qui n'est pas en mesure de l'élever. En général, si les violences

physiques sont davantage prises en compte, c'est qu'elles sont plus facilement «démonstrables». Les professionnels et les familles ont des difficultés à identifier la carence comme une violence. Pour les tous petits, une attitude non-violente consiste à répondre à leurs besoins physiques, somatiques ou cognitifs. Peut-on considérer comme violentes les situations mettant les enfants en situation de ne pas recevoir ce dont ils ont besoin ? Ces réflexions renvoient aux différentes définitions de l'enfant en risque, en danger, de la négligence et de la maltraitance».

Les réflexions de la commission «Personnes âgées et personnes handicapées» vont tout à fait dans le même sens et ses membres ont fait une large part, dans leurs réflexions, aux notions de négligence et d'omission, construisant la définition la plus large puisque prenant en compte la notion de «violence en creux» : insuffisance significative et prolongée de bienveillance. Ainsi a été utilisée, dans cette commission, une classification des types de maltraitance envers les personnes vulnérables, élaborée par l'*American Medical Association*, reprise par le Conseil de l'Europe, et comportant sept catégories :

1) les maltraitements physiques (atteintes à l'intégrité physique de la personne : crimes, coups, blessures, brutalités, gifles, bousculades, escarres non ou mal soignées, contentions physiques par ligotage au lit ou au fauteuil, sévices sexuels...);

2) les maltraitements psychologiques, affectives, morales (dénigrement, menaces, langage grossier, insultes, familiarité, humiliation, infantilisation, chantage à l'affection...);

3) les maltraitements financiers (vie aux crochets de la personne vulnérable, encaissement abusif de chèques, rétention de pension, privation de toute maîtrise de ressources, privation de la jouissance de biens matériels, vente de biens, héritage anticipé...);

4) les atteintes aux droits des personnes (droit à la vie, à l'identité, à la sexualité, droit à l'expression, au libre choix du mode de vie...);

5) les maltraitements médicamenteux (privation de médicaments ou de soins nécessaires, non-traitement de la douleur, ou au contraire imposition d'un traitement inapproprié, abus de médicaments, non-respect des prescriptions);

6) les négligences actives qui consistent à ne pas répondre sciemment aux besoins de la personne (privations de nourriture, de boissons, non-respect des nécessités de la vie quotidienne);

7) les négligences passives (ignorance ou manque d'intérêt et d'attention aux besoins de la personne : abandons, oublis divers, de changes, repas, toilettes...).

Cette définition très large inclut, on le voit, les manquements aux soins attendus et au fonctionnement «normal» des services de santé. À ce titre, l'exemple de l'escarre est particulièrement explicatif : *«l'escarre, affection grave pouvant entraîner le décès chez la personne âgée mais également chez le patient jeune abandonné, constitue un indicateur de soin et a une prévention dont les procédures sont connues et efficaces dès lors qu'elles sont appliquées. L'escarre peut être considérée comme un des symptômes et un indicateur de maltraitements*

récurrentes, de négligences graves (une fois sur deux pour l'escarre du patient âgé), de défaut de prise en charge, d'incurie ou impéritie dans la gestion des changes, la nutrition et la mobilisation des patients. L'escarre constitue une violence en creux dans la mesure où il s'agit souvent d'un défaut de connaissance, de moyens parfois, et toujours d'un défaut d'organisation». Cet exemple montre bien à quel point les termes de maltraitance et de violence ne sont pas interchangeables lorsque le mot de maltraitance est employé comme contraire de bientraitance.

La commission «Violence, travail, emploi, santé» s'est arrêtée à une définition de la violence assez restrictive, principalement du fait que les notions de hiérarchie et de rapport de force sont inhérentes au monde du travail et qu'il est essentiel d'employer des terminologies précises et d'éviter toute confusion sémantique: *«Si le champ couvert par la notion de violence doit être limité, c'est parce que cette dernière mérite d'être distinguée de l'agressivité (cf. Rapport Benghozi, Conseil supérieur du Travail social (2002): Violence et champ social), du rapport de force, de la domination... Mais c'est aussi parce qu'il paraît nécessaire de ne pas diluer la notion de violence dans un champ trop vaste, ce qui aurait l'inconvénient d'euphémiser la gravité du problème spécifiquement posé à la commission et de banaliser des conduites qui ne devraient pas l'être, cependant qu'on pourrait, à l'inverse, faire passer des conduites répréhensibles pour des crimes avec préméditation et requérir contre elles des sanctions disproportionnées. Le harcèlement ne relève pas de la torture, la mutation en province, fût-elle sans appel, doit être distinguée de l'expulsion du territoire national pour raison politique, la menace de licenciement doit être distinguée de la déportation au goulag. Ce qui peut être admis dans la rhétorique ordinaire ou relève parfois du langage courant ne saurait justifier le laxisme conceptuel dans la délibération scientifique*».

Les frontières de la violence incluent aussi ses dimensions sociales qui font de certains actes des conduites socialement acceptables dans certains contextes et des conduites réprouvées dans d'autres. Selon l'acceptabilité sociale des conduites de violence, les traumatismes qui en sont issus peuvent revêtir des significations différentes pour le sujet. *«Une approche de la violence comme activité soumise à des normes conduit donc à distinguer la violence constitutive de l'ordre social et la violence déviante et à s'intéresser à leurs frontières*» (commission «Violence et santé mentale»). Ces considérations soulèvent bien sûr le problème de l'utilisation des résultats de recherche et des interventions provenant d'autres pays culturellement et socialement différents. De plus il importe aussi de rester vigilant et d'affirmer que, dans certains cas, on ne saurait s'abriter derrière un quelconque «contexte culturel» pour légitimer certaines violences destructrices, comme les mutilations sexuelles féminines par exemple.

L'acceptabilité de la violence concerne aussi les contraintes que l'on peut considérer comme légitimes, celles exercées par l'institution psychiatrique sur des patients par exemple, ou encore celles visant à empêcher un tout jeune enfant de se nuire à lui-même. La question devient alors de savoir repérer quand la contrainte légitime devient une violence illégitime, par son excès ou son arbitraire.

Finalement chaque commission a opté pour une « définition de travail » qui lui a permis de rendre les réflexions et discussions opérationnelles et d'aboutir à des conclusions et des recommandations.

Pour la commission « Périnatalité, enfants et adolescents », la violence est: *« l'usage délibéré ou non intentionnel (par imprudence, négligence, oubli, méconnaissance...), et/ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté. En fonction de son intensité et/ou sa répétitivité, de la forme prise, du moment où elle s'exprime, de la fragilité personnelle, voire de l'absence de tiers régulateur ou de soutien (personne physique, groupe ou communauté), elle est subie par la personne (ou le système) comme une atteinte à sa dignité et à son intégrité dans certaines ou toutes ses dimensions physiques, psychiques, intellectuelles, matérielles, sociales et culturelles. Le ressenti éventuel face à (ou l'utilisation de) cet usage ou cette menace, entraîne ou risque fort d'entraîner, immédiatement et/ou à long terme, un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence, voire un acte de violence... et pourrait ainsi compromettre le bien-être et la vie de ou des individus concerné(s) quel que soit le milieu socio-économique, culturel, politique considéré ».*

La commission « Genre et violence » s'est plus attachée à fouiller la question du genre et, dans une approche de santé publique, a essentiellement considéré la violence à travers ses effets sur la santé des personnes.

La commission « Personnes âgées et personnes handicapées », ayant considéré que « la pluralité des définitions de la maltraitance est le reflet d'une réalité multiforme, difficile à appréhender », a décidé de s'appuyer sur une définition large de la violence comme *« fait d'agir ou de s'abstenir d'agir sur quelqu'un, ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation, et entraînant ou risquant d'entraîner un préjudice physique ou psychologique. Cette violence peut se manifester par des gestes ou paroles violentes, des menaces, des négligences, l'exploitation des personnes, des contraintes, des privations arbitraires de liberté tant au sein de la vie publique que privée. Dans cette définition large, l'intentionnalité de la contrainte n'est pas requise, pas plus que la perception de son caractère violent par celui qui la perpètre. En effet, il est rare qu'elle se traduise par des faits ou des actes particulièrement graves et spectaculaires. La maltraitance correspond souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes vulnérables ».* Les membres de la commission, ont souligné *« l'importance de la violence par inadvertance, ou violence « en creux », selon la terminologie de Stanislas Tomkiewicz, qui se traduit de manière insidieuse et quotidienne, à bas bruit. La maltraitance commence souvent par des actes en apparence anodins, qui ne constituent pas des infractions pénales mais portent préjudice et sont susceptibles de constituer leur destinataire en victime ».*

La commission « Violence et santé mentale » a construit une *« approche de l'objet violence basée sur le présupposé que les définitions de la violence sont instables ; qu'elles varient selon les moments et les contextes culturels ».* En même temps, le travail de la commission a nécessité que *« soit délimité le traitement de la violence en rapport avec le trouble mental et la santé mentale. Ce but s'est compliqué par le fait qu'un décalage sépare souvent les faits scientifiques de leurs représentations auprès du public. D'ailleurs,*

l'étude des représentations sociales en soi et de leurs conséquences peut nous apprendre beaucoup sur les fondements cognitifs des actions de stigmatisation et de discrimination envers des personnes qui souffrent de trouble mental. Le champ a ensuite été défini autant en termes de violence «causée» par un trouble mental que de violence dirigée envers ceux qui en souffrent. Ceci étant encore très vaste, il a fallu néanmoins délimiter davantage le champ d'intervention de la commission aux violences qui génèrent des souffrances et/ou des troubles psychiques et qui font appel aux connaissances médicales et sanitaires. C'est donc bien par ses conséquences sur la santé mentale que, une fois définie comme objet social, la violence a été abordée».

La commission «Violence, travail, emploi» a appuyé ses travaux sur une définition restrictive selon laquelle: *«la violence consiste à agir sur quelqu'un ou à le faire agir contre son gré en employant la force»* (d'après le dictionnaire Robert de la langue française). Cela étant, il a été estimé que *«la violence dans le monde du travail justifie que l'on prenne aussi en considération deux situations complémentaires où il y a consentement de la victime à la violence (exception à la référence mentionnant «contre son gré» figurant dans la définition). C'est le cas dans certaines tentatives de suicide et dans certains suicides notamment lorsqu'ils sont perpétrés sur les lieux de travail. Pour ne pas réduire par avance l'analyse étiologique de ces gestes de violence à un retournement contre soi d'une motion d'agression, on admettra, en complément de la définition de la violence, les actions qui consistent à «agir sur son propre corps en vue d'infliger à ce dernier des dommages ou la mort». Il paraît aussi nécessaire d'intégrer dans la définition les actions qui consistent à exposer délibérément un travailleur à des risques d'intoxication, de maladie ou d'accident, lorsque ce dernier ne peut pas connaître le risque qu'il encourt en exécutant la tâche prescrite (par exemple envoyer un sous-traitant faire une réparation dans une zone de forte contamination radioactive, sans l'avertir du danger). La violence, alors, consiste à «agir sur quelqu'un ou le faire agir en sorte qu'il prenne, à son insu, des risques pour sa vie ou celle des autres»».*

Enfin la commission «Institutions, organisations et violence» a proposé de reprendre *«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 d'institutions potentiellement productrices de violences».*

Enfin, si ces définitions présentent des différences entre elles, ce sont les logiques des domaines explorés qui ont conduit à ces différences et qui ont permis d'élaborer des définitions cohérentes avec les problématiques analysées par chaque commission. Cet ouvrage, lui, s'attache à rassembler les données produites pendant ces semaines de travail, en s'intéressant de façon privilégiée aux relations existant entre «violence» et «santé», qu'il s'agisse de l'impact de la violence sur la santé et le système de soins, ou des états de santé générateurs de violence, avec pour objectif de proposer des recommandations s'adressant principalement aux acteurs de santé publique, qu'ils soient responsables de politiques et programmes de santé, professionnels de la santé, ou qu'ils appartiennent à la communauté des chercheurs contribuant à la recherche en santé publique.

Les rapports des six commissions thématiques peuvent être consultés sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités, et, plus spécifiquement aux adresses suivantes :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/genre_et_violence.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/institutions.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/perinatalite.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/pa_ph.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/travail.pdf

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

Les connaissances actuelles sur les faits de violence, leurs facteurs de risque, leurs auteurs, la nature des victimes et les conséquences sanitaires sont actuellement insuffisantes, hétérogènes et disparates. Il existe en fait de nombreuses données, chiffrées ou non, mais non systématisées pour la plupart, concernant des populations diverses, des types de violences divers, et recueillies selon des méthodes variées et à partir de sources multiples. Leur niveau de représentativité est très variable, seules les statistiques nationales de mortalité étant exhaustives et concernant l'ensemble de la population des deux sexes et de tous âges. S'il existe des enquêtes menées à un niveau national sur des échantillons représentatifs de la population, elles s'adressent en général à des populations spécifiques comme l'enquête ENVEFF (enquête sur les violences faites aux femmes) et excluent souvent les sujets mineurs, comme, par exemple, les enquêtes de victimisation de l'INSEE qui n'interrogent la population qu'à partir de 15 ans. Peu de données concernent les violences survenues dans des institutions, encore moins les violences d'origine organisationnelle, liées au fonctionnement de l'institution. Les méthodes et outils de recueil de données sont très variables ce qui rend le regroupement et/ou la comparaison de données (même sur un même thème) difficiles, voire hasardeux. Certaines données sont collectées en routine (données sur la maltraitance envers les enfants rassemblées par l'ASE et les conseils généraux par exemple), d'autres proviennent de recherches épidémiologiques, socio-démographiques, cliniques, d'autres encore sont issues de système d'accueil téléphonique (SNATEM, ALMA...). Quant aux outils de recueil, ils sont également fort divers : questionnaires, entretiens en face-à-face, entretiens téléphoniques, analyse de dossiers... Les six commissions ont tenté de faire un bilan de l'existant, en rassemblant les connaissances obtenues par ces multiples approches et en utilisant souvent la littérature scientifique étrangère quand les données françaises étaient inexistantes. On présentera ci-dessous une synthèse de ces connaissances disponibles, avec pour objectifs de tenter une évaluation de la magnitude du problème de la violence et de ses relations avec la santé, de souligner et analyser les problèmes de fiabilité des données, et de présenter quelques facteurs de risque identifiés et discutés dans les commissions. Des informations plus détaillées peuvent être trouvées dans les rapports des six commissions.

La mortalité

Les morts violentes sont une entité constituée de quatre catégories définies par le codage (selon la classification internationale des maladies de l'OMS) de la cause du décès : les accidents, les suicides, les homicides, les morts dites « de cause indéterminée quant à l'intention ». Il est habituel de les considérer comme un tout compte tenu des possibles erreurs de classification, elles-mêmes éventuellement liées à des problèmes de certification (par exemple, suicide déclaré comme un accident sur le certificat de décès puis codé de même). L'analyse des données nationales fournies par le CépiDc (Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès) de l'INSERM indique qu'en 2001 les morts violentes ont concerné, en France, 41 066 personnes (des deux sexes, tous âges confondus). L'essentiel (69 %) de ces décès sont d'origine accidentelle, 1/4 sont des suicides et le nombre d'homicides est faible : 489, soit 1,2 % de l'ensemble des morts violentes. La surmortalité masculine est marquée surtout en ce qui concerne les suicides (trois fois plus fréquents chez les hommes). Depuis 1980 la mortalité violente a nettement décru (de 33 % chez les hommes et de 39 % chez les femmes). Ces données (faible nombre d'homicides, diminution des morts violentes de plus d'un tiers sur vingt ans) sembleraient *a priori* rassurantes et sans concordance avec l'opinion largement répandue dans le public selon laquelle la violence ne cesse d'augmenter. Pourtant certains phénomènes sont inquiétants : tout d'abord la mauvaise position de la France en Europe, avec des taux de mortalité par morts violentes qui sont le double de ceux du Royaume-Uni et des Pays-Bas (la différence concernant aussi bien les suicides que les accidents) ; ensuite le caractère non fiable des chiffres d'homicides. En effet, lorsqu'on effectue des corrections des chiffres indiqués plus haut en tenant compte des décès dits « de cause inconnue » (correspondant en général à des cas de morts suspectes pour lesquelles les conclusions médico-légales n'ont pas été transmises au CépiDc), on constate que le nombre total de morts violentes passe de 41 066 à 48 416 (soit 18 % de plus), mais surtout que le nombre d'homicides passe de 489 à 1 170 (soit une variation de +140 %). Il apparaît donc que la fiabilité des données d'un outil aussi essentiel pour l'évaluation des politiques de santé que le sont les statistiques nationales de mortalité, est gravement obérée par la non-transmission d'informations essentielles par certains instituts médico-légaux.

Le sous-enregistrement des homicides est particulièrement inquiétant dans le cas des très jeunes enfants. Ainsi dans une recherche sur les morts suspectes de nourrissons âgés de moins de 1 an, menée par l'unité 750 de l'INSERM, le recoupement des données du CépiDc et de celles recueillies dans les parquets des mêmes départements (d'Île-de-France, de Bretagne et du Nord-Pas-de-Calais), pour la même période (1996-2000), produit des résultats troublants. Sur 67 morts considérées comme suspectes d'être des morts violentes dans l'enquête « parquets », seules 7 figurent dans les statistiques officielles des causes de décès sous la rubrique homicide ; 14 d'entre elles n'ont pas du tout été retrouvées (dont 13 néonaticides) ; 7 figurent dans la rubrique morts de « causes inconnues ou non précisées », 18 dans les morts de cause médicale « naturelle » ; et enfin 21 dans les morts traumatiques accidentelles ou d'intention indéterminée. Même si les éléments sur les circonstances et les données médicales associées à ces 67 décès font redouter qu'il ne s'agisse d'homicides involontaires ou volontaires,

il paraît sage de ne pas faire ici d'arbitrage sur leur classification éventuelle à partir de ces données, et de les catégoriser suivant que les affaires ont fait ou non l'objet d'une instruction. Il reste alors 54 cas à comparer aux 8 du CépiDc (les 7 homicides précédemment cités et 1 cas codé comme tel par le CépiDc et considéré comme une mort accidentelle par la justice).

Le sous-enregistrement des cas mortels de mauvais traitements à enfant est un fait reconnu dans la littérature anglo-saxonne. Il peut trouver son origine à plusieurs niveaux : diagnostic erroné de mort accidentelle ou de « mort subite du nourrisson » (MSN), certification inexacte de la cause du décès même après les résultats des investigations, non-transmission des informations médico-légales. En ce qui concerne les morts de « cause inconnue », l'hypothèse est qu'elles sont un mélange de MSN et d'homicides, comme cela a été montré aux États-Unis, et que sous la catégorie MSN se cachent des homicides, 29 % de morts suspectes ayant été enregistrées comme MSN dans les statistiques nationales de 1994 selon une étude britannique.

Les données sur les victimes

Il existe d'assez nombreuses données sur des faits de violence ayant concerné la population en général ou plus souvent des populations particulières (les enfants, les femmes, les personnes handicapées, les personnes atteintes de troubles mentaux...) et des informations moins nombreuses sur les conséquences sanitaires de ces violences. Dans tous les cas, les commissions ont souligné les problèmes de fiabilité, liés notamment à la sous-déclaration et au sous-enregistrement des faits de violence et/ou de leurs conséquences.

Les faits de violence tels que déclarés par des victimes ou au sujet de victimes

Les faits de violence enregistrés
en population générale

Les enquêtes de victimisation (CESDIP / INSEE)

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 parvenues à la connaissance des institutions chargées de les réprimer. C'est ainsi qu'ont eu lieu une série d'enquêtes nationales de victimisation, la première menée en 1986 par le CESDIP, les suivantes tous les ans depuis 1996 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. Les principaux résultats sont présentés dans le texte de Renée Zauberman en Annexe 3. L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes par le CESDIP sur la période 1984-2001 recouvre un spectre très large, allant de

l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital. On en retient une croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ de 5 % à 15 % en quinze ans. Dans cette progression, c'est surtout les violences verbales, beaucoup plus modérément les violences physiques qui sont concernées. En matière de multivictimisation, le nombre moyen d'agressions 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. Mais cette progression se décompose différemment suivant les divers types d'agression et ce sont essentiellement les violences verbales qui ont augmenté. On peut se poser la question de savoir si ces comportements ont vraiment augmenté ou bien si plus de gens font preuve d'une susceptibilité croissante.

Le système de signalement de l'Éducation nationale

Dans certaines académies, comme après certains événements, l'Éducation nationale a cherché à objectiver les faits, afin de constituer une base de discussion avec les équipes. D'où la constitution d'un observatoire et d'une base de recueil de signalements (SIGNA). Malheureusement, ce dispositif est limité au seul signalement et il ne comporte pas d'outil d'analyse des nombreuses variables qui peuvent être corrélées à la violence.

Les enfants et les adolescents

En 2002, les données publiées par l'Observatoire de l'Action sociale décentralisée (ODAS) indiquent que l'Aide sociale à l'Enfance (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.

En 2000, le 119 («Allô Enfance Maltraîtée») a reçu 22 782 appels pour mauvais traitements physiques, psychologiques ou sexuels sur mineurs. Ce chiffre est à comparer, pour la même année, aux 18 300 cas de l'ODAS/ASE (qui a une définition plus large des mauvais traitements). Des 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.

Les données concernant la maltraitance envers les enfants posent de nombreux problèmes de fiabilité : non-exhaustivité et biais dans le sous-enregistrement. 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 [Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraîtée], 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.

En ce qui concerne les données recueillies en routine, il est très difficile de comparer entre eux les chiffres provenant de différentes sources (ODAS, SNATEM, Éducation nationale, Police et Gendarmerie nationales) du fait de différences dans les zones géographiques couvertes, les tranches d'âge, les définitions. Même lorsqu'une même population est concernée (les élèves des établissements du second degré par exemple), 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. 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. Si le SNATEM peut être considéré comme un «*bon outil de mesure de la mobilisation publique face au drame de la maltraitance*», ce ne peut être un observatoire épidémiologique valable pour une multitude de raisons de natures très diverses (appels non traités, signification des appels muets, dénonciations calomnieuses, anonymat, doubles comptes...).

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. 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, pour la maltraitance, de 1,4 pour 1 000.

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. 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. 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-signallement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signallement. 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 (données dont la centralisation et l'analyse sont maintenant confiées à l'Observatoire national de l'enfance en danger, l'ONED).

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 signallement. L'ODAS relie la maltraitance à la progression de la grande précarité en France. 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. Dans l'étude menée par l'U 750 de l'INSERM, une comparaison, pour ce qui est des CSP, des données des parquets avec celles de la population générale (données du recensement de la population par l'INSEE en 1999 pour les mêmes départements) montre que, dans cette étude le pourcentage de mères cadres, mises en cause dans le décès de leur enfant, ne diffère pas significativement de celui qu'on attendrait compte tenu de la répartition des CSP dans la population générale.

La « violence de genre »

Comme indiqué au début de ce rapport, la problématique choisie par le Comité d'orientation et les commissions dépasse le thème de la violence faite aux femmes pour s'intéresser de manière plus large aux relations existant entre le « genre » et la survenue de la violence, celle-ci étant liée, on l'a vu, aux rôles sociaux attribués à chaque sexe et aux relations de pouvoir entre les sexes. Toutefois, les données présentées ci-dessous concernent principalement les violences faites aux femmes, ce qui est cohérent avec une réalité où ce sont effectivement les femmes qui paient le plus lourd tribut à la « violence de genre ».

Les violences faites aux femmes

Au cours des quinze dernières années, les résultats de plus de cinquante 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 écoulée (comme le rapporte un article du *Lancet* en 2002).

L'enquête ENVEFF

En France, les principales données proviennent de l'enquête ENVEFF, première enquête nationale sur les violences faites aux femmes qui a été réalisée entre mars et juillet 2000 en métropole, sur un échantillon représen-

tatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, à l'initiative du Secrétariat aux droits des femmes. Coordinée 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.

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, 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 et 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 % ont déclaré 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.

ENVEFF apporte de nombreuses informations sur les violences intra-familiales : au cours des douze derniers mois, 10 % des femmes ont subi des violences conjugales. Ces violences se répartissent comme suit : 4,3 % d'insultes, 1,8 % de chantage affectif, 24,2 % de pressions psychologiques (dont 7,7 % de 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 multipliées par trois.

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. 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'ajoute souvent une méconnaissance de leurs droits ainsi que celle des lieux qui pourraient les accueillir.

ENVEFF, qui a permis de mettre au jour un problème massif et mal connu, a aussi démontré la sous-déclaration habituelle des violences subies par les femmes. Les résultats de cette enquête font en effet apparaître que de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois des violences qu'elles subissaient à l'occasion de l'enquête et que 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.

Par ailleurs cette enquête connaît certaines limites dans la mesure où certaines femmes appartenant à des populations spécifiques (détenues, SDF, hospitalisées en long séjour, communautés religieuses...) ont échappé à la procédure d'investigation. De plus, les informations sur les femmes migrantes, qui subissent pourtant des violences spécifiques, sont insuffisamment prises en compte car leurs effectifs n'étaient pas assez importants pour une analyse des données selon les différentes origines géographiques. Enfin, les plus précaires parmi les migrantes sont difficiles à identifier ou à interroger par téléphone.

Les autres sources de données

- La grossesse et le post-partum apparaissant, dans la littérature scientifique internationale, comme une période particulièrement vulnérable, voire un véritable facteur de risque de violence, une enquête a été réalisée dans trois 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. Elle a porté sur 706 femmes qui ont été interrogées lors de leur accouchement, puis ont répondu à un questionnaire par voie postale cinq et douze 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.

- 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. Ces statistiques ne donnent, jusqu'à maintenant, aucune indication sur les victimes.

- L'« Annuaire statistique de la Justice » n'aborde pas la problématique du genre et ignore les liens des violences enregistrées avec la santé. Ces deux caractéristiques 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.

- 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...). 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 de médecins ou de la police ou les deux.

Les violences exercées sur les personnes homosexuelles, bi ou transsexuelles

Le déficit de données concerne également fortement les violences commises à l'encontre des personnes homosexuelles et très peu d'actes de violence de ce type sont recensés. En effet, les associations homosexuelles et des numéros de téléphone sont les seuls dépositaires des plaintes. 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'elles estiment non-conforme à leurs propres représentations de la famille et de la sexualité. Quant 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, on commence tout juste à reconnaître la réalité des crimes homophobes, plusieurs villes de province ayant été touchées récemment.

Les violences exercées sur les personnes prostituées

En France, l'enquête sur les conditions de vie des personnes prostituées à Paris, réalisée en 1995 par Serre et collaborateurs, montrait que 41 % des personnes prostituées avaient subi une agression au cours des cinq 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. Welter-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 violences envers les personnes vulnérables (personnes âgées et handicapées)

Les données en population générale

En l'absence d'une enquête nationale du type de celle qui a été menée sur les violences faites aux femmes ou d'un système d'information national, nous ne disposons pas actuellement d'outils de mesure de la maltraitance envers les personnes âgées ou les personnes handicapées, accueillies dans les établis-

sements 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 synthèses d'enquêtes étrangères et varient de 5 % chez les plus de 65 ans, soit 600 000 personnes environ pour la France, à 15 % chez les plus de 75 ans, soit 680 000 personnes. D'autres études, 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 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.

L'enquête intitulée «Événements de vie et santé» (coordonnée par l'INSEE et menée en France métropolitaine) qui a débuté fin 2005, vise à apporter des éléments de connaissance sur les phénomènes de violence et à améliorer la connaissance des liens potentiels existant entre violence et santé. Elle devrait donc pallier certains manques précédemment évoqués. Malheureusement certaines lacunes persisteront du fait de la méthodologie choisie. Ainsi les personnes âgées de plus de 75 ans ne seront pas incluses et seules ont été retenues les personnes vivant en ménage ordinaire, à l'exclusion des personnes accueillies en établissement sanitaire, social ou médico-social.

Les violences en institutions

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).

Le nombre de départements qui signalent est en augmentation constante: de la moitié des départements en 2001 à 90 % en 2004. 41 % des signalements sont relatifs à des établissements accueillant des mineurs (principalement enfance handicapée), 24 % à des établissements accueillant des adultes handicapés ou en situation d'exclusion, 31 % à des établissements accueillant des personnes âgées et 4 % des signalements concernent des établissements dont la catégorie n'a pu être précisée. Les établissements accueillant des personnes handicapées, majeures ou mineures représentent 55 % de l'ensemble des signalements. 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 données des réseaux associatifs

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. 12 400 appels téléphoniques au total ont

été reçus entre 1995 et 2002 par les antennes départementales d'ALMA. Parmi les 1 593 appels relatifs à des situations de maltraitance identifiés par ALMA en 2002, 71 % concernent des personnes vivant à domicile. L'analyse des dossiers de violences en institution montre que les maltraitances évoquées sont de diverses natures : maltraitances 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.

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.

L'Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés (AFBAH)

Depuis son lancement fin janvier 2004, le Centre d'écoute, installé dans les locaux de l'hôpital Paul Brousse, mis à disposition par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, a reçu (du 21 janvier au 30 septembre 2004) 2 086 appels. Ces appels correspondent à :

- 1) des signalements proprement dits ;
- 2) des demandes d'information (demandes simples de documentation, d'adresses utiles, questions diverses...);
- 3) des 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 ;
- 4) des témoignages (faits relatés par des appelants qui refusent qu'ils soient transmis aux structures départementales, qui sont le plus souvent des personnes souhaitant rester anonymes et ne donnant souvent que très peu d'informations, ce qui ne permet 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 maltraitances 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.

Le SNATEM

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

On le voit, les chiffres sont peu parlants de par leur hétérogénéité et du fait des phénomènes évidents de sous-déclaration et de défaut de repérage et d'enregistrement. Une enquête qualitative, réalisée récemment par la DREES à la demande du secrétariat d'État aux personnes âgées et portant sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance, 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. Cette étude met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance. De plus, en dépit des formations qui se multiplient, les professionnels ne semblent pas toujours sensibilisés à cette question et on note, globalement une absence de sensibilisation, d'information (voire de formation) et d'analyse des pratiques. Outre le déni qui entoure les situations de maltraitance, déni par les victimes et par les aidants, la peur des représailles incite les témoins et les familles au silence. Ceci est particulièrement vérifié dans un contexte où l'accès aux prestations (établissements ou service) est difficile. Il existe de plus des difficultés liées au partage du secret médical qui isole le médecin ne pouvant se confier à des personnels sociaux qui devraient être leurs confidentiels naturels dans le cas de la maltraitance envers des personnes âgées ou handicapées. Tout ceci concourt à un sous-signalement. Par ailleurs, dans l'immense majorité des cas, les personnes concernées, dans les établissements comme dans les familles, qu'elles soient des particuliers ou des professionnels, n'ont pas tant besoin de « signaler » à une autorité administrative et/ou judiciaire que de demander conseil et assistance avant de recourir à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours. Or ce type de conseil n'est bien entendu pas répertorié dans un système d'information.

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). Il faut toutefois noter 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 étant 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.

Il n'existe par ailleurs pas de système organisé et cohérent de recueil de données épidémiologiques concernant la violence à domicile, hormis le recueil effectué au sein du réseau d'ALMA France et la plate-forme d'Île-de-France. Il n'existe donc aucune procédure centralisée ou homogène en termes de méthode de recueil des données relatives à la violence ou à la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées.

Santé mentale, violence et victimes

Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux

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, on peut toutefois souligner quelques connaissances dans ce domaine.

Une étude transversale de personnes sans domicile fixe et souffrant de trouble mental, a montré que 44 % des sujets avaient subi des violences dans les deux mois précédant l'entretien, et qu'il pouvait s'agir d'un vol, d'une attaque physique, 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). Une autre étude, britannique, a porté sur les victimisations violentes à l'endroit de patients atteints de psychose et vivant en dehors de l'hôpital. Il s'agissait 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 deux fois celui reporté pour la population générale en Grande-Bretagne. De nombreuses autres études sont détaillées dans le rapport de la commission « Violence et santé mentale ».

Ces études concernent des personnes atteintes de troubles mentaux et vivant en dehors de structures de soins. 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. Sur ce sujet, les données sont quasi inexistantes, en tous cas en France.

Violence et traumatisme psychique

Les conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence sont depuis une vingtaine d'années largement documentées. C'est d'ailleurs un thème récurrent en constante progression dans la littérature internationale depuis le début des années quatre-vingt, puisqu'on dénombre plus de 1 500 publications référencées sur ce thème en 2004, pour seulement 22 en 1980. Avec une augmentation de près de 70 fois supérieure à l'année de référence (1980), 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 vingt 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. 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, 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.

Une discussion, très détaillée, sur les notions de «traumatisme psychique», de «souffrance psychique» et de «syndrome de stress post-traumatique» (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) figure dans le rapport de la commission «Violence et santé mentale», mais n'est pas assortie de données chiffrées de prévalence, précisément parce qu'il est bien difficile de mesurer la fréquence d'un phénomène dont les contours ne sont pas encore tout à fait précis. Le PTSD, pour lequel il existe des données statistiques américaines et dont la définition est plus claire que dans les cas du traumatisme psychique et de la souffrance psychique, est décrit plus bas dans la partie sur les conséquences sanitaires de la violence.

Les conséquences sanitaires de la violence

Les données existantes concernent à la fois les conséquences pathologiques, qu'elles soient somatiques ou psychologiques observées chez les victimes, et le retentissement sur l'utilisation du système de santé.

L'impact sanitaire des violences faites aux femmes

Selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre une et quatre 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 femmes.

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. Cette violence entraîne trois types majeurs de troubles médicaux : traumatiques, gynécologiques (infections ou hémorragies vaginales, douleurs pelviennes chroniques, perte de la libido, IST/VIH et grossesses non désirées consécutives à un refus de l'utilisation du préservatif, ou à certaines pratiques sexuelles imposées), psychologiques. Ces effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes concernent non seulement le court mais également le long terme, même longtemps après que les violences ont 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.

Ces femmes consultent, notamment dans le cadre du suivi de la grossesse ou, en urgence, pour des lésions traumatiques, et 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, si le diagnostic de violence volontaire est porté, 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, le médecin reste inerte face à ce problème médical. La réponse la plus souvent apportée par le corps médical au signalement des troubles qu'elles ressentent consiste en une prescription de psychotropes. Si les femmes parlent peu de la violence à laquelle elles sont confrontées, les médecins les interrogent encore plus rarement sur ce sujet.

Le retentissement des violences physiques ou sexuelles sur la santé psychique des femmes a été mesuré dans le cadre de l'enquête ENVEFF. 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'épisodes 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. Enfin, la probabilité d'avoir été hospitalisée est significativement plus élevée lorsque les femmes ont subi des agressions.

La ligne téléphonique « Violence conjugale – femmes info service » recueille des informations sur les conséquences des violences, rapportées en termes de santé physique et psychologique. Sont cités le plus fréquemment : des tremblements ou de la tension permanente (61 %), de la peur (65 %), de la dépression, une perte de l'estime de soi ou une « destruction psychologique » (70 %). 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).

Signalons enfin 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 élevé.

Les mutilations sexuelles féminines

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.

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.

Les conséquences sanitaires sont plus ou moins importantes selon l'acte pratiqué (le type de mutilation). 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 blessures sur les organes adjacents ou des cicatrisations chéloïdes, des abcès vulvaires, des infections locales ou générales pouvant entraîner la stérilité des femmes. 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.

Exclusion parentale et suicide

À propos du thème du suicide d'un parent exclu de la relation à son enfant, le déni n'est pas rare, comme l'attestent les résultats d'une enquête menée auprès de magistrats (voir l'annexe 4). Un questionnaire ayant été envoyé à tous les présidents de TGI et de cours d'appel en France et DOM (soit plus de 200 envois), à qui il était demandé de le faire remplir par les collègues de leur choix (dont les JAF, les juges pour enfants et les parquets), le nombre de réponses reçues fut de... 7. Alors que les professionnels œuvrant dans le champ de la parentalité sont en permanence confrontés au problème du risque suicidaire chez le «parent exclu», beaucoup semblent donc ignorer l'ampleur du phénomène. L'analyse de cette enquête met à jour un jeu de domination croisée entre les hommes et les femmes, que le thème de la coparentalité vient justement révéler.

Homophobie et suicide

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. L'homophobie apparaît liée à des problèmes de santé tels que l'anorexie, les automutilations, la toxicomanie. En matière de suicide, 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. De plus la synthèse de plusieurs études récentes permet de constater que si, chez les 12-25 ans, les sujets homo, bi ou transsexuels représentent 6 % de la population générale masculine, ils constituent 50 % de l'ensemble des garçons décédés par suicide pour la même tranche d'âge.

Le traumatisme psychique

Le développement d'un trouble psychiatrique spécifique n'est pas la réponse systématique, ni même 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.

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 2002 ; Mylle et Maes 2004).

Il existe donc des populations vulnérables au PTSD. Un certain nombre de facteurs de risque ont pu être retrouvés 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, Shin 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).

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

Les populations vulnérables à d'autres pathologies non spécifiques sont 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 (Perkonigg, Kessler, Storz S. *et al.* 2000).

Les données sur les auteurs

Un bref rappel des chiffres de la Direction de la Sécurité publique sur les gardes à vue en France permet de constater l'augmentation, au cours des trente dernières années, du nombre de personnes considérées, à un moment donné, comme auteurs potentiels de faits délictuels (violents ou non). En effet, 472 000 mesures de garde à vue ont été exécutées en France en 2004, et ce chiffre est en quasi-constante augmentation depuis trente ans, passant de 200 000 à plus de 400 000. La barre des 300 000 est passée dès 1983, puis la croissance se ralentit puisqu'il faut ensuite quinze ans pour atteindre les 400 000. Mais on se trouve alors, à partir de 1996, dans une période de croissance très forte, qui amènera la courbe jusqu'à 450 000 en 1998. La chute tout aussi brutale qui a suivi jusqu'en 2001 est maintenant effacée, puisqu'en 2004, le nombre de mesures a passé la barre des 470 000.

Dans le temps où l'ensemble des mesures se multipliait par un peu plus de deux (2,37 exactement), les gardes à vue prolongées se multipliaient par quatre. Depuis 1984, où la barre des 50 000 a été franchie, la courbe n'est jamais retombée en deçà. La croissance brutale observée sur la courbe d'ensemble depuis 2001 s'observe également ici et les modifications législatives récentes, qui ont multiplié les dispositions prévoyant des possibilités de gardes à vue prolongées, ne laissent guère augurer d'un fléchissement de cette tendance. Face à l'augmentation massive du nombre des gardes à vue, il est donc difficile de dire quelle est la part de l'augmentation des faits délictuels et celle de la sévérité et du renforcement des consignes les concernant.

Les commissions n'ont pas été à même de rassembler des données très systématisées sur les auteurs de violence et trois aspects, assez bien documentés, sont présentés ici : les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence ; les auteurs de violence en institution ; certaines caractéristiques des auteurs de violence que celles-ci aient eu lieu dans l'espace public ou dans l'espace privé.

Les facteurs de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence

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 à l'exclusion. La similitude des facteurs de prédiction de risque de violence « criminelle » et de 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 (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 mystiques ou de persécution ;
- 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.

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.

L'importance de maintenir une continuité de soins pour prévenir la récurrence chez des patients psychiatriques ayant déjà commis des crimes violents est illustrée par une étude récente, seule étude longitudinale de ce type réalisée 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 dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire » (Mathis, Léger, Christophe, Kottler, nd). Cette étude a analysé l'évolution clinique et sociale de 80 hommes et 17 femmes quatre ans après l'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 qu'aucun cas d'aggravation n'était relevé. Sur une période de quatre ans, seul l'état de huit hommes et d'une femme avait nécessité une ré-hospitalisation 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 dangereux. Des enquêtes de ce type avec des populations psychiatriques considérées comme à risque d'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.

Les auteurs de violence dans les institutions sociales et médico-sociales

Les données de la DGAS, issues de l'analyse des signalements de maltraitance survenue dans des établissements sociaux et médico-sociaux, indiquent que :

- la nature des « mis en cause » varie selon le 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 co-résidents 13 %, la famille 9 % ;

- toutes violences confondues, le personnel est mis en cause dans 40 % des signalements, les résidents dans 35 %, la famille dans 9 %, d'autres (tiers extérieurs à l'établissement, anonyme...) dans 17 % ;

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

Quelques caractéristiques des auteurs de violence

Qu'il s'agisse de violences faites aux femmes ou de maltraitance envers les enfants, la toute première caractéristique est la *proximité* : l'auteur est un proche.

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. En effet, c'est dans le huis clos familial que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures et la violence de genre la plus fréquente est la violence intra-conjugale. Dans une étude rétrospective menée à l'institut médico-légal de Paris, pour la période 1990 à 1999, et qui a retrouvé 652 homicides commis sur des femmes, 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.

L'*âge* des auteurs de certaines violences tend à diminuer. Ainsi, selon l'Observatoire national de la délinquance (OND), en ce qui concerne les violences sexuelles, un auteur sur quatre est un mineur et ce nombre est en augmentation. Entre 1996 et 2003, 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 ; 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 mineurs est passé de 900 à 2 000, ce qui correspond à une augmentation de 117 %.

Les auteurs de violence ont souvent été victimes eux-mêmes comme l'ont souligné plusieurs travaux menés par l'INSERM ; par exemple, il a été montré que 12 % des anciennes victimes deviennent auteurs d'actes pédo-philés ou d'agressions sexuelles.

Les facteurs de risque de la violence

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Lorsque les auteurs de violence, notamment contre des personnes âgées, sont des soignants, on a pu mettre en évidence le rôle de la solitude et de la détresse face aux soins. La maltraitance physique correspond le plus souvent à un passage à l'acte de la part de l'auteur présumé dans des situations de souffrance morale au long cours et d'épuisement physique et psychologique.

La violence en relation avec l'emploi

Les milieux professionnels favorisant la violence

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 est alors 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.

L'exposition délibérée de certains employés à des risques sanitaires majeurs est une forme de violence qu'on rencontre tout particulièrement dans la sous-traitance, en particulier la sous-traitance en cascade où, en fin de ligne, on retrouve le travail clandestin. La sous-traitance peut être 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'elles sont désormais porteuses d'une maladie évolutive parfois létale.

Situation de non-emploi et violence des jeunes

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. Ainsi 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.

L'organisation du travail source de violence

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. Ainsi 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. Cette problématique très large, dépassant le champ de ce rapport de santé publique mais d'une importance conceptuelle évidente pour ceux qui ont la tâche de formuler des recommandations pour un plan « Violence et santé », est détaillée dans la troisième partie du rapport de la commission « Violence, travail, emploi, santé ».

Les facteurs de risque identifiés dans la population générale

En écho aux considérations qui précèdent sur l'emploi et le chômage, beaucoup d'écrits concernent la situation socio-économique dans laquelle se développe la violence. L'association simpliste entre précarité et violence est très rapidement dépassée par une analyse plus complexe faisant intervenir notamment des facteurs culturels et des facteurs affectifs.

Ainsi, l'enquête ENVEFF reconnaît le rôle péjoratif du chômage sur la survenue des violences conjugales (l'instabilité professionnelle masculine ayant un impact notable sur cette violence qui se retrouve avec une grande fréquence (16%) parmi les chômeurs non indemnisés), mais constate aussi

qu'elles sévissent dans toutes les classes sociales presque dans la même proportion. On peut donc s'interroger sur la signification de l'association perte d'emploi pour un homme et perpétration d'actes violents sur sa femme, et sur les parts relatives de la perte de moyens financiers et de la perte d'une image virile et autoritaire liée à l'emploi et au pouvoir conféré par le salaire (phénomène qui peut affecter toutes les classes sociales.) On peut relier à ces considérations le rôle retrouvé dans les résultats d'ENVEFF des convictions religieuses qui conditionnent certaines représentations de la famille, et notamment l'importance de l'autorité masculine (c'est dans ce cadre qu'on peut resituer la constatation que, chez les femmes musulmanes, les situations de cumuls de violence sont multipliées par trois). Le caractère autoritaire du partenaire, ainsi que la jalousie, sont aussi évoqués par les femmes dans les appels à la ligne téléphonique « Violence conjugale – femmes info service ».

La recherche menée en France sur la survenue de violences à l'issue de la grossesse (évoquée plus haut) a montré que l'âge, le niveau d'études, le fait d'exercer une profession pendant la grossesse, la parité n'étaient 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.

Dans les données des enquêtes de victimisation menées par le CESDIP et l'INSEE, on est frappé par la part importante des couches sociales moyennes ou supérieures parmi ceux qui mentionnent des violences verbales, en particulier dans les dernières années de l'enquête (voir les graphiques de l'Annexe 3).

Quant à l'alcoolisme, il est retrouvé dans tous les domaines et par toutes les études comme facteur de risque majeur de violence. Ainsi dans l'enquête ENVEFF, l'alcoolisme du conjoint, signalé par 2 % des femmes enquêtées, multiplie par cinq les situations de violences globales et par dix les situations de violences très graves. Les raisons pour lesquelles ces hommes boivent sont bien sûr centrales dans l'explication des mécanismes de survenue de la violence et mériteraient d'être explorées, de même que la prévalence de l'alcoolisme et du lien alcool-violence selon la classe sociale.

Dans le domaine de la violence chez les enfants, qu'il s'agisse de maltraitance à enfants ou de faits de violences dus à des enfants ou à des adolescents, on rencontre le même débat entre facteurs socio-économiques et facteurs affectifs. Comme on l'a vu plus haut, les mères cadres sont impliquées, comme celles des autres classes sociales, dans des violences extrêmes (entraînant la mort) exercées sur de très jeunes enfants. Des études françaises ont pu mettre en avant les liens entre la précarité et les mauvais traitements envers les enfants, mais il existe de nombreux facteurs de confusion parmi lesquels les problèmes de suivi de grossesse, de prématurité et de faible poids à la naissance. La prématurité, par les hospitalisations néonatales dont elle est souvent responsable, et par l'altération de l'image de l'enfant attendu, fait partie des facteurs de risque connus de défaut d'attachement précoce entre la mère et le nourrisson. De multiples études anglo-saxonnes ont identifié les facteurs de risque des troubles de la relation parent enfant. Ils sont pour beaucoup d'ordre affectif :

- les situations de violence envers la mère ;
- les mères seules ;

- les grossesses non désirées ;
- les grossesses menées à terme en raison d'un dépassement des délais d'IVG (ayant pu engendrer un ressentiment envers l'enfant) ;
- la primiparentalité ;
- la dépression du post-partum ;
- la prématurité ;
- les hospitalisations précoces de l'enfant ;
- l'isolement social, et notamment l'exclusion engendrée par la problématique de l'hébergement ;
- les maladies psychiatriques chez l'un ou l'autre des parents ;
- les conduites addictives.

D'autres travaux ont isolé de façon assez précise certaines variables périnatales qui influent sur la trajectoire violente de l'enfant :

- l'âge de la mère, inférieur à 20 ans ;
- l'interruption de la scolarité (et/ou le faible niveau de scolarité des parents) ;
- la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- la dépression du post-partum ;
- les situations de violence envers la mère ;
- les troubles du comportement et de la parentalité ;
- la révélation pergravidique d'anomalies fœtales ;
- le comportement coercitif de la mère sur l'enfant de moins de 5 mois.

À des facteurs affectifs viennent certainement s'ajouter des facteurs éducatifs et une ignorance (voir le rôle de la « primiparentalité ») renforcée par l'isolement social (mères seules, sans famille sur laquelle s'appuyer), des exigences d'un bébé. Il semble donc probable que plutôt que la précarité économique, l'isolement social et moral, ainsi que l'immaturation affective, soient en jeu.

L'isolement joue visiblement un rôle de tout premier plan dans le déclenchement de la violence chez des personnes (mères ou assistantes maternelles ; soignants de personnes âgées en institution ou au domicile) en charge de sujets vulnérables, éventuellement peu gratifiants.

Les références présentes dans ce chapitre renvoient à la bibliographie générale en Annexe 7.

En résumé : **Que sait-on de la violence dans ses relations avec la santé ? De quelles connaissances dispose-t-on ?**

On manque en ce domaine de données scientifiques fiables. Celles qui sont disponibles sont éparpillées, hétérogènes, provenant de sources multiples parfois d'accès difficile, et recueillies selon des méthodes variées. Sur certains sujets, notamment pour tout ce qui concerne la thématique « violence et santé mentale », **la pauvreté des données françaises conduit à analyser la littérature scientifique internationale, essentiellement anglo-saxonne, ce qui, dès lors qu'on s'adresse à un phénomène sociétal tel que la violence, peut conduire à des extrapolations hasardeuses quant à la compréhension des causes, du contexte politique et culturel et quant aux solutions de santé publique à imaginer.**

Des pans entiers de la problématique « violence et santé » restent peu explorés (comme le problème des violences exercées sur les personnes atteintes de troubles mentaux ou les conséquences sanitaires de la violence au travail) **voire inexplorés** (absence totale d'études économiques de coût de la maltraitance). Par ailleurs, **les données disponibles présentent d'indiscutables problèmes de fiabilité**, essentiellement de deux ordres : des problèmes d'exhaustivité des recensements et des biais de nature multiple rendant l'interprétation des chiffres difficile et la représentativité douteuse.

L'exhaustivité des données sur les faits de violence n'est clairement atteinte par aucun des enregistrements actuels :

- *les statistiques de mortalité ne permettent pas à l'heure actuelle de connaître le nombre réel des homicides* du fait de la fréquente non-transmission des données médico-légales vers le CépiDc ;

- *la sous-déclaration par les victimes elles-mêmes* est un phénomène sans doute de taille importante : autocensure des femmes victimes de violences conjugales ou des victimes d'actes homophobes, déni par des personnes âgées qui ne se considèrent pas comme des victimes... Il faut y ajouter la sous-déclaration par les témoins qui craignent des représailles ;

- *le déficit de repérage*, notamment des conséquences sanitaires des mauvais traitements, est un phénomène largement répandu, principalement dans

le milieu médical (non-reconnaissance du problème par des généralistes, gynécologues, obstétriciens, pédiatres, urgentistes... ; quasi-absence de contribution des hôpitaux aux statistiques sur la maltraitance), mais aussi en milieu scolaire, en milieu professionnel... Par ailleurs le repérage ne peut être qu'incomplet lorsqu'il repose sur un système dont la couverture est insuffisante (exemple du réseau téléphonique ALMA qui ne concerne que la moitié des départements) ;

- même si des faits de violence sont soupçonnés, *la sous-investigation des cas suspects* n'est pas rare (voir par exemple la fréquence des conclusions au diagnostic de MSIN devant un décès suspect de nourrisson sans qu'ait été pratiquée l'autopsie nécessaire pour établir ce diagnostic) ;

- *le sous-signalement des cas repérés* est fréquent malgré l'obligation légale (par exemple dans le cas de la maltraitance dans l'enfance, il est stipulé dans l'article 2. III, 6^e alinéa, de la Loi de protection de l'Enfance du 10 juillet 1989 qu'il faut «organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités»). Ce sous-signalement est le fait de nombreux professionnels, notamment les médecins et, parmi eux, les généralistes de ville qui sont isolés et confrontés au problème du secret médical (levé toutefois dans le cas de mauvais traitements à enfant). C'est le cas aussi dans le monde des enseignants, la subjectivité du signalement effectué par les écoles reflétant le seuil de tolérance individuel et collectif.

Sur le plan quantitatif, à ce déficit d'exhaustivité, il faut ajouter les problèmes de **doubles comptes** (à l'intérieur d'un même organisme : signalement séparé par les médecins et assistantes sociales scolaires sans vérification des recoupements dans un même établissement ; à l'intérieur d'un même système : signalements multiples d'un même cas lors d'appels anonymes à des systèmes d'assistance téléphonique ; entre organismes : par exemple doublons entre les données de l'Éducation nationale et celles de l'ASE).

Enfin, **la connaissance de l'ensemble des conséquences sanitaires de la violence restera impossible tant que les outils de recueil, de catégorisation et de classement de la Justice persisteront à ne pas prendre en compte les caractéristiques des victimes**, les auteurs étant seuls identifiables par les logiciels informatiques utilisés dans les tribunaux.

Les biais sont au moins de trois natures :

- *liés aux institutions* qui collectent des données selon leur propre logique et pour évaluer leur propre activité ;

- *liés à d'éventuels changements de centres d'intérêt* : ainsi, dans le cas des enfants, des statistiques qui affirment que les violences sexuelles sont devenues plus nombreuses que les violences physiques ne sont peut-être que le reflet de l'intérêt croissant pour les premières, qui font, de ce fait, l'objet d'un meilleur repérage et d'un meilleur signalement ;

- *liés à des présupposés concernant les conditions socio-économiques de vie des auteurs et des victimes*. La plupart des systèmes chargés de l'enregistrement des données sur la maltraitance (l'ASE par exemple) ont peu d'accès aux classes sociales les plus favorisées.

C'est dire l'importance d'enquêtes menées en population (comme ENVEFF ou les enquêtes de victimisation du CESDIP et de l'INSEE, qui ont montré que la violence touchait toutes les classes sociales) et la nécessité de mener maintenant de grandes études épidémiologiques en population.

Malgré tous les problèmes de fiabilité des données qui viennent d'être exposés, l'analyse et la confrontation des données existantes permettent de dégager un certain nombre de résultats qui semblent scientifiquement solides.

La magnitude du problème semble importante, si on en juge par quelques-uns des chiffres rapportés ci-dessus :

- la correction du chiffre officiel des homicides conduit à estimer leur nombre à environ 1 200 par an, et l'étude de l'U 750 de l'INSERM sur les morts suspectes de nourrissons laisse supposer que le chiffre officiel des homicides à cet âge pourrait être multiplié par 5 à 10 ;
- d'après les données de l'ODAS et de l'Éducation nationale, 1 enfant d'âge scolaire sur 1 000 est connu chaque année comme maltraité ;
- l'enquête ENVEFF a révélé qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, 4 % des femmes interrogées avaient subi au moins un acte d'agression physique, 10 % avaient subi des violences conjugales et 11 % ont déclaré avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie.

Existe-t-il actuellement une augmentation de la violence en France ? Ce n'est pas sûr si on en croit les données de mortalité ou celles sur les violences physiques des enquêtes CESDIP/INSEE. En revanche, dans cette même enquête, les violences verbales augmentent (où la tolérance à ces violences diminue ?). Ce qui est sûr, c'est que la visibilité de la violence est de plus en plus grande, car : le repérage et le signalement s'améliorent (ainsi le nombre de départements qui signalent à la DGAS les mauvais traitements en établissements sociaux et médico-sociaux est en augmentation constante : de la moitié des départements en 2001 à 90 % en 2004) ; on prend de plus en plus en compte le traumatisme psychique (parfois même sans doute à tort) ; des procédures policières et judiciaires de plus en plus strictes s'accompagnent d'une augmentation des violences enregistrées (voir l'évolution des gardes à vue) ; enfin les médias jouent un rôle non négligeable dans cette visibilité.

Le lieu des violences est très souvent l'espace privé : enfants maltraités par leurs parents, violences conjugales, personnes âgées maltraitées à leur domicile dans 71 % des cas traités par Alma.

Les conséquences sanitaires sont massives. À titre d'exemples :

- dans ENVEFF, 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*. Le taux de *suicide*, de 0,2 % chez les femmes qui n'ont pas déclaré de violences, passe à 3 % pour les femmes ayant déclaré un épisode violent et à 5 % pour les femmes qui en ont déclaré plusieurs ;
- ces femmes ont un *niveau de consommation médicale élevé* : elles sont plus souvent hospitalisées et 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 ;

- *l'homophobie est associée à une sur-suicidalité* : si, chez les 12-25 ans, les sujets homo, bi ou transsexuels représentent 6% de la population générale masculine, ils constituent 50% de l'ensemble des garçons décédés par suicide pour la même tranche d'âge ;

- Les *mutilations sexuelles féminines* sont responsables de véritables délabrements anatomiques et de conséquences graves en terme de fertilité.

Les auteurs :

- ce sont *le plus souvent des proches* : parents d'enfants maltraités, mari ou concubin des femmes violentées, soignant des personnes âgées en institution ;

- *ils ont souvent été eux-mêmes victimes* de violence dans leur passé ;

- *de plus en plus de mineurs* sont impliqués, notamment comme auteurs d'agressions sexuelles ;

- les malades psychiatriques dangereux voient leur *dangerosité diminuée lorsqu'il n'y pas de rupture de soins*.

Les facteurs de risque :

- sont unanimement identifiés : *l'alcoolisme, le chômage* ;

- les résultats sont plus complexes à analyser en ce qui concerne *le niveau socio-économique*, et *les facteurs affectifs* jouent sans doute un rôle dominant. Les biais évoqués ci-dessus seraient considérablement minorés par des approches prospectives de type cohortes ;

- *des facteurs organisationnels*, notamment l'organisation du travail, peuvent créer les conditions de survenue de la violence ;

- *l'isolement social* est une des principales clés explicatives de la violence.

Tous ces résultats devraient être complétés par des données quantitatives fiables obtenues dans le cadre de systèmes d'information de bonne qualité, et confirmés par des études venant approfondir certains aspects, notamment tout ce qui concerne les causes et les mécanismes de la violence.

Violence et santé: les dispositifs existants

Les dispositions législatives et réglementaires

Les textes législatifs et réglementaires portant sur la préservation de l'intégrité de la personne, la prévention ou la prise en charge de la violence, trouvent leurs origines dans les textes fondateurs des Droits de l'homme, au premier rang desquels la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789: «*Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits*». La Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948, précise aux articles 3, 4 et 5 que «*Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne*», que «*Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes*» et que «*Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*». Le préambule de la Constitution française de 1958 reprend les grands principes décrits dans les textes antérieurs et les faits siens.

En France, ces principes fondateurs trouvent une déclinaison dans de nombreux codes: le Code civil, le Code pénal, le Code du travail, le Code de la famille et de l'action sociale, le Code de la santé publique, pour citer les principaux. Les dispositions sont multiples et éparées.

La violence et la maltraitance (sauf à l'égard des enfants, et plus récemment à l'égard des personnes «vulnérables») ne sont pas, en tant que telles, des notions juridiques en droit français.

Les dispositifs législatifs et réglementaires pris en réponse à des situations ou à des contextes particuliers (voir le paragraphe sur les actions, dispositifs et programmes de ce chapitre) abordent essentiellement la question de la violence interpersonnelle. Le débat ne s'est quasiment pas élargi aux problèmes liés à l'auto-violence ou à la violence institutionnelle, législative ou «étatique». En effet, le système français considère essentiellement les violences et les maltraitements de personne à personne et commence à peine à envisager les maltraitements institutionnelles qui pourraient être la résultante de l'affaiblissement des organisations, ou encore de la défaillance d'un système complexe de production de prestations.

Ce chapitre de présentation des dispositifs législatifs et réglementaires ne peut évidemment pas prétendre à l'exhaustivité: y sont essentiellement

répertoriées les dispositions qui ont fait date depuis une quinzaine d'années en matière de protection de l'enfant, de violences de genre, de violences à l'égard des personnes âgées et handicapées, de secret professionnel et de droits des malades. Pour plus d'informations, on peut consulter le site « Légifrance » : www.legifrance.gouv.fr, sur lequel les textes des lois, décrets et circulaires énumérés ci-dessous peuvent être trouvés *in extenso*.

Les dispositions relatives à la protection de l'enfance

La politique de protection de l'enfance, et notamment de l'enfance maltraitée a été considérablement renforcée, de même que la coordination interministérielle par **la loi du 10 juillet 1989**, votée à l'unanimité par le Parlement. La loi est venue parachever un ensemble complexe de textes concourant à la protection de l'enfance ; elle étend les champs dans lesquels doivent s'exercer la protection des mineurs et les actions de préventions des risques qu'ils encourent.

La loi du 10 juillet 1989 transforme sensiblement, dans le contexte de la décentralisation, les conditions d'exercice des missions de prévention en confiant aux présidents de conseil général et aux services placés sous leur autorité, en liaison avec les représentants de l'État dans les départements, de nouvelles et importantes responsabilités en même temps qu'elle rend obligatoire, dans certaines conditions, l'articulation avec les autorités judiciaires.

Aux missions des services départementaux d'aide sociale à l'enfance précisées dans le Code de la famille et de l'aide sociale, la loi de 1989 en ajoute deux qui concernent directement et explicitement la « maltraitance » à enfants : mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs ; et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci.

Par ailleurs, la loi introduit les notions d'« enfant présumé maltraité » et d'« impossibilité d'évaluer la situation ». Elle prévoit la création d'un dispositif permanent : *« Le président du conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'État dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département »*.

Il est précisé également que l'ensemble des services et établissements publics et privés susceptibles de connaître des mineurs maltraités participent à cette coordination. Les missions de protection de l'enfance confiées au conseil général sont effectuées en liaison avec le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et le service départemental d'action sociale.

Un service d'accueil téléphonique gratuit, le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée (SNATEM), est créé à l'échelon national par l'État, les départements et des personnes morales de droit public et privé, qui constituent à cette fin un groupement d'intérêt public.

La loi prévoit les conditions d'une saisine sans délai de l'autorité judiciaire: *«lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire et, le cas échéant, fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de la famille concernés».*

La Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée par les Nations unies le 20 novembre 1989 est entrée en vigueur en France le 6 septembre 1990.

Le décret n° 97-216 du 12 mars 1997 est relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants.

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs instaure un statut de mineur victime et installe un régime dérogatoire au droit commun s'appliquant aux seuls auteurs d'infractions sexuelles.

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, est un texte qui précise dans son article L. 198-1 que la visite médicale au cours de la sixième année a notamment pour objet de prévenir et détecter les cas d'enfants maltraités.

Le décret n° 2002-883 du 3 mai 2002 (modifié par le décret n° 2004-154 du 17 février 2004), relatif à la protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs, définit les différents types d'accueils de mineurs hors du domicile parental: placement de vacances, centre de vacances et centre de loisirs. Il précise le nombre et la qualification des personnes encadrant des mineurs dans les centres de vacances et les centres de loisirs.

La circulaire interministérielle cabinet DGAS n° 2001-52 du 10 janvier 2001 est relative à la protection de l'enfance, à la coordination départementale, à l'amélioration de l'évaluation et de la prise en charge des situations d'enfants maltraités.

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, précisent, dans le cadre des actions spécifiques, l'intervention en urgence de ces professionnels auprès des enfants ou des adolescents victimes de maltraitances ou de violences sexuelles.

La circulaire du ministère de l'Éducation nationale n° 2001-044 du 15 mars 2001 et le B.O. n° 12 du 22 mars 2001 sont relatifs à la lutte contre les violences sexuelles.

La loi n° 2000-196 du 6 mars 2000 institue un défenseur des enfants. Le défenseur est une autorité de l'État, indépendante, chargée de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant et nommée pour une durée

de six ans par décret en conseil des ministres. Le défenseur peut être saisi par l'enfant mineur concerné, son représentant légal ou des associations reconnues d'utilité publique.

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, renforce le dispositif pénal à l'encontre des associations ou groupements à caractère sectaire qui constituent, par leurs agissements délictueux, un trouble à l'ordre public ou un péril majeur pour la personne humaine ou la sûreté de l'État.

La loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale prévoit, en l'absence d'un représentant légal accompagnant le mineur, la désignation par le procureur de la République d'un administrateur *ad hoc* chargé d'assister et de représenter le jeune dans toutes les procédures administratives et juridictionnelles relatives au maintien en zone d'attente et à l'entrée sur le territoire national. Son **décret d'application n° 2003-841 du 2 septembre 2003** fixe les modalités de désignation et d'indemnisation des administrateurs *ad hoc* institués par la loi du 4 mars 2002. Cette loi a pour objectif de lutter plus efficacement contre des phénomènes de prostitution des mineurs et les filières qui tirent profit de la commission de ces actes. Il a été ainsi solennellement réaffirmé que la prostitution des mineurs est interdite sur tout le territoire de la République.

Le proxénétisme commis sur des mineurs de moins de 15 ans est désormais un crime qui est puni jusqu'à quinze ans de réclusion (article 227-15-1 du Code pénal). En outre, le législateur a comblé un vide juridique, permettant de réprimer les personnes détenant des images de pédo-pornographie, à leur usage propre, sans intention de les diffuser, ce qui était une condition nécessaire pour sanctionner ce type de comportement (article 227-23 du Code pénal).

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 a entendu réprimer plus sévèrement le trafic des êtres humains notamment dans le but de mettre à la disposition d'un tiers afin de permettre la commission d'actes de proxénétisme, d'agressions sexuelles (dont celui des mineurs). La peine prévue est de dix ans d'emprisonnement à la réclusion criminelle à perpétuité (article 255-4-1 du Code pénal). D'autre part, l'exploitation de la mendicité d'un mineur est maintenant réprimée (225-12-5 du Code pénal). Enfin, il existe désormais une présomption de privation de soins du fait de maintenir un enfant de moins de 6 ans sur la voie publique ou dans un espace affecté au transport collectif des voyageurs (article 227-15 du Code pénal).

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 et modifie le Code de procédure pénale pour permettre aux associations de protection de l'enfance de se porter partie civile dans toutes les affaires de maltraitance des mineurs, en particulier dans les cas d'infanticide, d'homicide d'enfant, d'enlèvement et séquestration d'enfant, d'exhibition sexuelle, d'exploitation d'images de mineurs à caractère sexuel.

Elle améliore le régime de signalement des actes de maltraitance et confirme l'évolution amorcée par **la loi n° 2002-3 du 17 janvier 2002** qui avait consacré l'absence de sanction disciplinaire pour un médecin qui avait révélé des sévices ou des privations commis sur un mineur (article 226-14 du Code

pénal). Les cas permettant de bénéficier de cette protection au niveau disciplinaire, mais également au niveau des poursuites pénales pour violation du secret professionnel, ont été multipliés. Un médecin peut désormais révéler des faits de violences physiques, psychiques ou sexuelles de toutes natures. Si le corps médical reste libre, en vertu de sa clause de conscience de révéler ou pas les faits, la rédaction de cet article a été faite dans le but d'inciter les médecins à révéler des faits sans encourir de sanction.

La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 porte adaptation de la justice à l'évolution de la criminalité. Désormais, le délai de prescription des crimes de meurtre ou d'assassinat d'un mineur précédés ou accompagnés d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, ainsi que de viols, est de vingt ans à compter de la date à laquelle les victimes auraient été majeures (au lieu de dix ans antérieurement). Cette modification législative permettra à des victimes de faire valoir leur droit jusqu'à l'âge de 38 ans. Afin de faciliter les enquêtes pénales et de prévenir les récidives d'infractions de nature sexuelle un fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles (article 706-53-1 et suivants du Code de procédure pénale) a été créé par la loi n° 204-2004 du 9 mars 2004.

Les violences de genre

La qualification des agressions sexuelles

Rien ne justifie un viol ni une autre agression sexuelle. Le Code pénal distingue le viol qualifié de crime par **l'article 223.23** : « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise, est un viol* » des autres agressions sexuelles définies à **l'article 222.22** : « *constitue une atteinte sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Le dépôt de plainte à la police ou la gendarmerie, les examens médicaux, et l'accompagnement de la victime ont fait l'objet d'améliorations progressives depuis une vingtaine d'années, notamment par la mise en place des Unités médico-judiciaires et des pôles de référence hospitaliers dont il sera question plus bas dans ce chapitre.

L'égalité des droits entre hommes et femmes

La loi ordinaire 85-1372 du 23 décembre 1985 est 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, lance la première campagne nationale d'information et création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

L'arrêt du 5 septembre 1990 de la Cour de cassation reconnaît le viol entre époux.

La loi ordinaire n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le Code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux

affaires familiales, affirme le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale à l'égard de tous les enfants, quelle que soit la situation des parents (mariés, concubins, divorcés, séparés).

Dans le cadre des Assises nationales qui se sont déroulées à Paris, un plan d'action gouvernemental pour la lutte contre les violences faites aux femmes est annoncé le 25 juin 2001.

La loi Génisson du 9 mai 2001 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes actualise et renforce la loi de 1983 en définissant les axes de sa mise en œuvre.

La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception du 4 juillet 2001 actualise la loi de 1967 relative à la contraception et celle de 1975 relative à l'avortement. Les dispositions portent notamment sur la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineures à la contraception, l'aménagement de la mise à disposition de la contraception d'urgence, l'autorisation de la stérilisation à visée contraceptive, l'allongement du délai légal de recours à l'IVG, l'aménagement de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG, et l'élargissement du délit d'entrave.

La loi n° 92-1179 du 2 novembre 1992 définit l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail. Le harcèlement sexuel et moral sont réglementés par les articles L. 122-46 à L. 122-54 du Code du travail. Le harcèlement sexuel a été réglementé par la loi de novembre 1992, et complété en 2001 (loi n° 2001-397 du 9 mai 2001) et en 2002 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002). La sanction est disciplinaire. Mais il existe aussi une infraction pénale de harcèlement sexuel (Code pénal article 222-33). Par ailleurs, le harcèlement moral a été réglementé par **la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002**.

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 introduit des dispositions novatrices, afin de répondre à un impératif de protection de l'époux victime et des enfants dans les situations d'urgence. En application du nouvel alinéa trois de l'article 220-1 du Code civil, lorsque les violences exercées par l'un des époux mettent en danger son conjoint, un ou plusieurs enfants, le juge aux affaires familiales pourra être saisi, en amont de toute procédure de divorce, en vue de statuer, à l'issue d'un débat contradictoire, sur la résidence séparée des époux. Il devra alors préciser lequel d'entre eux continuera à résider dans le logement conjugal et, sauf circonstances particulières, attribuer la jouissance de ce logement au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences.

Les instructions relatives à la mise en œuvre du plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, « Dix mesures pour l'autonomie des femmes » 2005-2007, présentées en conseil des ministres le 24 novembre 2004, sont présentées dans **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.

L'homophobie

Des dispositions se multiplient en matière de lutte contre toutes les discriminations et notamment celles qui sont fondées sur l'orientation sexuelle, **la loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 et la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004** prévoient que : « *Dans les cas prévus par la loi, les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise à raison de l'orientation sexuelle de la victime. La circonstance aggravante définie au premier alinéa est constituée lorsque l'infraction est précédée, accompagnée ou suivie de propos, écrits, utilisation d'images ou d'objets ou actes de toute nature portant atteinte à l'honneur ou à la considération de la victime ou d'un groupe de personnes dont fait partie la victime à raison de leur orientation sexuelle vraie ou supposée* ».

Les violences envers les personnes âgées et handicapées

Les actes de maltraitance à l'égard des personnes âgées ou handicapées sont pris en compte à travers la notion de la particulière vulnérabilité mentionnée au **2° de l'article 222-3 du Code pénal** qui précise qu'elle est « due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique ».

Pour ce qui concerne les infractions au titre des atteintes aux personnes, le droit pénal a intégré la personne vulnérable – et plus généralement la victime – dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction.

Le fait de commettre des crimes (meurtre, empoisonnement, viol, tortures et actes de barbarie – art. 221-1, 221-4, 221-5, 222-1, 222-3, 222-23, 222-24 du Code pénal) ou délits (violences volontaires, menaces, administration de substances nuisibles, agressions sexuelles, non-assistance à personne en péril – art. 222-7 à 222-15, 222-17, 222-22, 223-6 du Code pénal) sur une personne particulièrement vulnérable aura pour conséquence d'aggraver les peines encourues par l'auteur.

La vulnérabilité des victimes peut être constitutive de délits spécifiques, c'est le cas du délaissement (art. 223-3 et 223-4 du Code pénal), de conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine (art. 225-14 et 225-15 du Code pénal), de l'abus d'ignorance ou de faiblesse (art. 313-4 du Code pénal), ou encore de la non-révélation de privations ou de sévices (art. 434-3 du Code pénal).

Pour ce qui concerne les atteintes aux biens des personnes, la vulnérabilité due à l'âge constitue une circonstance aggravante pour les délits d'appropriations frauduleuses (vol, extorsion, escroquerie, abus de faiblesse – art. 311-1, 311-4, 312-1, 312-2, 313-1, 313-2, 313-4 du Code pénal) et les autres atteintes aux biens (recel, destruction, dégradation ou détérioration – art. 312-1, 322-1, 322-3 du Code pénal).

Ainsi, même si le législateur méconnaît totalement la notion de maltraitance, la plupart des actes de maltraitance sont réprimés pénalement.

Leur commission ou la simple tentative de commission est passible de sanctions pénales, amendes ou peines de détention/réclusion pour l'auteur, le coauteur et le complice qui encourt les mêmes peines que l'auteur, selon **l'article 121-6 du Code pénal**. S'il appartient à la victime de décider d'agir, dénoncer l'existence d'un acte de maltraitance est une véritable obligation qui s'impose aux témoins, dans la mesure où ne rien faire peut, dans certaines conditions, engager leur responsabilité pénale (*cf. infra* dispositions sur le secret professionnel). De plus, **l'article 121-3 du Code pénal** prévoit le principe de la responsabilité pénale des personnes morales. L'établissement sanitaire ou social peut, dès lors, voir sa responsabilité engagée pour des actes perpétrés en son sein, tout comme son représentant légal, par exemple, si en cette qualité il a eu connaissance de faits perpétrés dans l'établissement sans agir en conséquence.

Le secret professionnel, l'obligation de dénoncer et de porter secours

L'article 226-13 du Code pénal réprime la violation du secret professionnel qui était antérieurement incriminé par l'article 378. Sont tenues au secret professionnel «les personnes dépositaires d'information à caractère secret, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire».

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. En outre il n'est pas applicable :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de «privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles» dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique ;

- au médecin, qui avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences de toute nature ont été commises.

La circulaire du 14 mai 1993 précise que l'article 226-14 du Code pénal maintient la possibilité, pour les professionnels, d'être déliés du secret professionnel dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. Deux types de situations justifient la révélation du secret professionnel :

- les sévices à mineurs de 15 ans, et plus généralement à une personne qui n'est pas en état de se protéger, en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. En outre la possibilité de révélation n'est plus limitée aux seuls faits connus à l'occasion de l'exercice de la profession ;

- les sévices constatés par un médecin dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. L'accord de la victime est alors requis préalablement au signalement.

La révélation des sévices infligés à un mineur de 15 ans peut désormais être faite non seulement aux autorités médicales ou administratives, mais également directement aux autorités judiciaires. Les autorités judiciaires peuvent donc être informées au cours d'un procès par la personne soumise au secret professionnel entendue comme témoin.

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 avant comme après la commission de tels actes. À titre d'exemple, la connaissance de délaissement de personnes dans un établissement, réprimé par **l'article 223-3 du Code pénal**, est susceptible d'engager la responsabilité pénale du témoin. Les auteurs, coauteurs, complices, mais aussi les personnes ayant connaissance de tels actes sont donc susceptibles de voir leur responsabilité pénale engagée pour la commission ou la simple tentative d'actes de maltraitance. Les sanctions sont aggravées dès lors que les infractions sont commises sur des mineurs, des personnes affaiblies, diminuées, en état de dépendance.

L'article 223-6 qui réprime la non-assistance à personne en péril est applicable aux personnes soumises au secret professionnel. C'est le cas des travailleurs sociaux dont la situation est désormais réglée par **l'article 80 du Code de la famille et de l'aide sociale** qui dispose que les personnes participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance sont tenues au secret professionnel, mais qu'elles sont également tenues de transmettre sans délai au président du Conseil général ou au responsable désigné par lui, toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs ou leur famille peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs victimes de mauvais traitements. Les travailleurs sociaux ayant le statut de fonctionnaires ou assimilés fonctionnaires sont donc soumis à une obligation de signalement des mauvais traitements à mineur auprès de leur supérieur hiérarchique. Par ailleurs, **les dispositions de l'article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale** qui oblige tout fonctionnaire qui acquiert, dans l'exercice de ses fonctions, la connaissance d'un crime ou d'un délit flagrant, leur ordonne d'en donner avis sans délai au procureur de la République.

Les droits des usagers du système de santé

La loi française prévoit la protection des malades et la représentation 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 loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, favorisent la participation active des représentants des usagers en renforçant le cadre officiel de leur activité. C'est pourquoi une partie importante de cette loi (le titre II, intitulé «démocratie sanitaire») consacre les droits individuels des malades, renforce la participation de leurs associations au système de santé, clarifie les responsabilités des professionnels et redéfinit les conditions d'élaboration de la politique de santé. Une autre partie (le titre III) a pour objectif d'améliorer la qualité du système de santé. Par ailleurs, depuis longtemps existait une forte demande pour une réparation plus équitable des conséquences des risques sanitaires. Le titre IV instaure un dispositif innovant pour assurer une telle réparation. La loi comporte en outre un titre I^{er} concernant la solidarité envers les personnes handicapées.

La loi de 2002 pose clairement le principe que la naissance ne peut être un préjudice. Elle précise que le handicap ne peut être indemnisé que si une faute l'a provoqué directement ou l'a aggravé ou n'a pas permis de l'atténuer. Par ailleurs, le droit à réparation des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée est limité au seul préjudice moral, les charges liées au handicap relevant de la solidarité nationale. Le texte rappelle le droit à la protection contre toute discrimination, y compris en raison des caractéristiques génétiques. Il consacre ensuite des droits individuels spécifiques au système de santé, notamment le droit de chacun à prendre les grandes décisions qui touchent sa propre santé, c'est-à-dire le droit réaffirmé à un consentement libre et éclairé ; puis le droit de chacun d'accéder, s'il le souhaite, aux informations médicales qui le concernent, c'est-à-dire le droit d'accès direct au dossier médical.

Des pans entiers du droit français auraient pu être repris et analysés dans cette partie qui présente donc à l'évidence de nombreuses lacunes (droits et protections des travailleurs, dispositions relatives aux victimes et aux auteurs, aux médias, aux prisons, à l'école, à Internet...). Il s'agirait là d'un autre travail et c'est en ce sens que l'on ne peut que soutenir la proposition faite par la commission «Personnes âgées et personnes handicapées» qui consisterait à rassembler tous les textes législatifs et réglementaires concernant l'affirmation des droits fondamentaux des personnes face à la violence (voir le chapitre des Recommandations).

Les actions, dispositifs et programmes

Il importe de distinguer ici les dispositifs ou programmes très généraux incluant ou pouvant inclure une dimension «prévention ou prise en charge de la violence» (par exemple la médecine du travail et les CHSCT) et les dispositifs et programmes spécifiques, dédiés au problème de la violence et de ses relations avec la santé. C'est à ceux-ci qu'on s'intéressera ici.

Le travail des commissions a montré qu'il existait un foisonnement d'expériences de niveaux et d'étendues variés et il ne leur a pas été possible

d'en faire le recensement exhaustif. On ne saurait donc faire ici un bilan qui privilégierait les expériences connues au détriment d'autres, peut-être tout à fait intéressantes, dont les commissions ne pouvaient pas avoir connaissance du fait même de leur composition et des informations en possession de leurs membres. Le bilan global, très complexe, reste à faire.

Sur ces diverses expériences, des informations précieuses et détaillées peuvent être trouvées dans les rapports des six commissions et dans leurs annexes. Ici on décrira des dispositifs ou programmes, de niveau national, concernant spécifiquement la violence et on s'attachera plus particulièrement à la description de dispositifs récents, en en signalant les éventuelles lacunes et difficultés de fonctionnement.

Les programmes nationaux de prévention

La commission nationale contre les violences faites aux femmes

Créée par décret du 21 décembre 2001, cette commission traduit, au niveau national, le partenariat développé localement par les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes. Présidée par la ministre de la Parité et de l'Égalité professionnelle, cette instance regroupe les représentants de onze ministères. Cette instance a pour principales missions d'organiser la concertation des services de l'État avec les partenaires concernés en matière de prévention des violences, de prise en charge et de suivi des femmes victimes de violences, de prostitution et de traite aux fins d'exploitation sexuelle.

Le 25 novembre 2004 a été annoncé un plan d'action global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes, intitulé « 10 mesures pour l'autonomie des femmes ». Ce plan a été constitué sur le constat que, malgré les efforts déjà consentis, la France est en retard en ce qui concerne les réponses apportées à la lutte contre les violences faites aux femmes.

Une Charte de l'égalité a été remise au Premier ministre le 8 mars 2004 par la ministre de la Parité et de l'Égalité professionnelle. L'un de ses cinq axes a trait au respect de la dignité de la personne et comporte en particulier un chapitre relatif à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, un autre à la traite et à la prostitution et un autre aux femmes issues de l'immigration. Plusieurs actions sont ainsi préconisées à la fois pour lutter contre les violences conjugales, contre les mutilations sexuelles et contre l'exploitation de la prostitution et de la traite des êtres humains et pour mieux accompagner les victimes.

Les travaux du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées

Placé sous la présidence du secrétaire d'État aux personnes âgées, ce Comité a élaboré un programme d'action (publié en mars 2003 et disponible en ligne sur le site du ministère) qui propose plusieurs stratégies pour prévenir la violence envers les personnes âgées. Des réflexions sont encore en cours et trois domaines sont privilégiés :

- la formation des aidants, professionnels de l'aide et du soin ou non (médicaux, paramédicaux, personnel de direction, aidants naturels). Le champ visé est large : formation continue, formation initiale, validation des acquis de l'expérience ;

- La gestion des risques de violence et de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. 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 » de personnes vulnérables. La démarche s'intéresse donc tout particulièrement aux facteurs organisationnels de survenue de la violence. Il s'agit de mettre au point des outils opérationnels pour la mise en œuvre d'une conduite de gestion des risques en privilégiant le repérage des risques, la remontée d'information et le suivi des incidents ;

- Les violences financières à l'égard des personnes âgées. Face au constat que les violences financières dont sont victimes les personnes âgées sont dénoncées de façon récurrente, il s'agit : de mieux connaître le phénomène en effectuant un état des lieux de ces violences en France et des réponses apportées, notamment à travers le projet de réforme du dispositif de la protection juridique des majeurs ; de sensibiliser les acteurs publics et privés au phénomène ; de proposer des outils en vue de la sensibilisation et de la mobilisation des acteurs de la société civile (en particulier : organismes tutélares, banques, assurances, gestionnaires de patrimoine, instances ordinales...).

Les dispositifs d'accueil et de prise en charge des victimes de violence

Les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)¹

Modalités de fonctionnement

L'organisation de l'urgence médico-psychologique repose sur des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP), qui sont des structures, intégrées au SAMU, créées sur tout le territoire national pour les victimes de catastrophe ou d'accidents à fort retentissement collectif. Sur le terrain, en immédiat, elles visent à prendre en charge, le plus précocement possible, les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique et à les aider à mieux élaborer cette expérience souvent dramatique. Par ailleurs, elles ont également un rôle plus large, aux côtés des partenaires des secours et des décideurs dans la « gestion psychologique » de la crise générée par l'événement. En post-immédiat, elles interviennent auprès des victimes en individuel, dans le cadre de consultations plus structurées permettant une prise en charge intensive,

1. La description détaillée des CUMP peut être trouvée dans l'annexe 1 du rapport de la Commission « Violence et santé mentale », dont les paragraphes ci-dessous sont extraits.

souvent aussi en groupe auprès de groupe de professionnels tels que les équipes de secours à l'occasion d'interventions « marquant » et difficiles.

La Cellule d'urgence médico-psychologique est déclenchée par le médecin régulateur du SAMU, mais c'est le psychiatre coordonnateur ou référent qui pose l'indication d'intervention. Les modalités d'activation du dispositif, le schéma de déclenchement, les procédures d'appel des volontaires, etc., ont été définies au préalable selon des indications données au niveau national mais adaptées à chaque département par le psychiatre référent. Chaque intervention nécessite une organisation spécifique avec des modalités d'engagement (nombre d'intervenants, type de soins, temps d'intervention) adaptées à la situation. Les personnes prises en charge peuvent être les victimes directes, les familles et les proches mais également les intervenants ayant dû gérer une intervention particulièrement éprouvante. La CUMP est susceptible d'être mobilisée dans le cas de catastrophes ou d'accidents collectifs avec un grand nombre de victimes et d'impliqués (Plan Rouge), mais également lors d'événements pouvant parfois ne toucher qu'une seule personne mais ayant un fort impact psychique collectif (vol à main armée avec prise d'otages, violence au travail, suicide ou mort accidentelle dans une institution...).

La prise en charge thérapeutique se fait selon trois modalités : les soins immédiats, sur le terrain ; les soins post-immédiats ; les soins à moyen terme.

Les cinq premières années, le nombre d'interventions des équipes CUMP n'a cessé d'augmenter, pour finalement parvenir à se stabiliser, des groupes de travail du Comité national ayant permis de réfléchir sur les limites et les indications et de mieux définir le champ d'intervention des CUMP. Le gouvernement a alors décidé de renforcer le dispositif et a prévu (depuis mai 2003) la mise en place d'une cellule permanente par région et dans chaque département de plus d'un million d'habitants. Trente villes sont ainsi concernées. Les pouvoirs publics souhaitent également favoriser le développement du travail en réseau des équipes d'urgence médico-psychologique et l'amélioration de leurs conditions d'intervention.

Il apparaît donc essentiel de bien rappeler que le travail des professionnels de l'urgence médico-psychologique est un travail de soins psychiques réalisé par des professionnels de la prise en charge psychotraumatique auprès de personnes blessées psychiquement, c'est-à-dire de victimes ayant été confrontées à un événement traumatique. Ces interventions d'urgence sont relayées par les consultations spécialisées de psychotraumatisme proposées dans certains établissements publics hospitaliers. Le soutien psychosocial et l'accompagnement des victimes sont un autre aspect de la prise en charge, complémentaire, mais qui n'est pas à confondre avec celui effectué dans l'immédiat par les CUMP. Ce type de prise en charge est en immédiat habituellement assuré par les équipes de secouristes (Croix-Rouge, Protection civile...) dont l'action peut se poursuivre sur plusieurs jours voire plusieurs semaines selon le type d'événement.

Enfin les associations d'aides aux victimes, pour la grande majorité fédérées par l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM), participent à la prise en charge des personnes impliquées dans les temps qui suivent la catastrophe.

Limites du cadre théorique et entraves au bon fonctionnement

La question se pose des limites car les indications sont difficiles à cadrer, répondent à une clinique psychiatrique, nécessitent une « culture » de la part des SAMU et ne peuvent pas être modélisées *stricto sensu* car l'ensemble des critères ne peut être objectivé. Le paramètre de déclenchement qui apparaît le plus pertinent, bien que difficile à appréhender, est sans doute l'impact émotionnel de l'événement sur les équipes de secours et les partenaires habituellement engagés, qui fait dire que l'événement en question sort de leur quotidien. Ce critère apparaît désormais plus déterminant que le caractère collectif.

Si d'un point de vue formel les situations dans lesquelles interviennent les CUMP désignent des événements où se produit un nombre important de victimes en un même lieu et sur une même unité de temps, l'actualité témoigne de ce que certaines situations amènent à des sollicitations excessives des CUMP hors champ de la catastrophe. L'urgence médico-psychologique est, dans certaines situations, utilisée pour panser des souffrances sociales, institutionnelles, matérielles.

Il existe une très grande inégalité dans la prise en charge des victimes. Il n'existe pas, par exemple, un nombre suffisant de lieux de consultation pour les enfants et les adolescents. D'autres clientèles ne peuvent pas toujours être accueillies en consultation de psychotraumatisme. Il leur reste dans ce cas la possibilité d'une prise en charge dans le secteur privé, laquelle demande des moyens financiers souvent inexistantes, et donc pose un problème d'inégalités sociales devant les problèmes de santé mentale.

Enfin, le fonctionnement des CUMP est astreint à des problèmes de moyens. Les budgets prévus pour dédommager les volontaires n'ont toujours pas été attribués. De même, le statut des psychologues au sein des SAMU étant inexistant, une partie importante de leur travail (en particulier les heures supplémentaires souvent nécessaires) n'est pas rémunérée.

Une nécessité d'évaluation

Dans le cas des soins post-immédiats, le « débriefing » psychologique ou IPPI (Intervention psychothérapique post-immédiate) concerne souvent des intervenants (sapeurs-pompiers, intervenants du SAMU, soignants d'une institution...) et est indiqué pour des groupes d'appartenance (le personnel d'une banque, les adolescents d'une même classe...). Il s'agit d'une technique spécifique, de maniement difficile, qu'il convient de réserver aux spécialistes formés et qui fait actuellement l'objet de controverse. Visant essentiellement à atténuer la détresse psychique vécue pendant l'événement critique, dans l'idée d'en prévenir les effets négatifs au plan psychique, et initialement conçu pour des groupes de professionnels, le débriefing s'est progressivement imposé comme une véritable technique de soin proposée de manière plus générale aux sujets exposés à un événement traumatique, même en individuel. Les revues de la littérature, notamment les plus récentes, tendent à démontrer le caractère très controversé du débriefing psychologique, en une seule séance, pratiqué après exposition à un événement potentiellement traumatique. Il faut de plus noter que, dans la plupart des études, le terme de « débriefing » regroupe, sous un même vocable, des pratiques très différentes allant de l'intervention immédiate sur le terrain à des interventions différées, plusieurs jours après l'événement traumatique.

Les Unités médico-judiciaires (UMJ)

Dans un certain nombre d'établissements publics de santé, des Unités médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place. Outil à la disposition de la justice, elles ont été créées par la circulaire DH/AF1/98 du 27 février 1998. Il en existe environ une cinquantaine sur l'ensemble du territoire français (DOM compris).

Ces unités, dont le financement relève du ministère de la Justice, dispensent 24 heures/24 et sur réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire les actes médico-judiciaires nécessaires aux enquêtes judiciaires. Ces unités ont donc pour vocation d'accueillir, d'examiner et d'effectuer les prélèvements médico-légaux nécessaires à toutes les victimes adressées sur réquisition par les autorités judiciaires afin d'établir des constats de coups et blessures et de fixer une ITT (incapacité totale de travail).

Elles effectuent également les examens médico-judiciaires des personnes placées en garde à vue, prévus par l'article 63-3 du Code de procédure pénale.

Leur mission consiste à répondre aux seuls besoins de la justice et non à remplir une mission de soins telle que définie par le Code de santé publique en son article 6111-2. Actuellement, les actes médico-légaux réalisés sur réquisitions des autorités judiciaires sont pris en charge par le ministère de la Justice sur la base de la tarification fixée par le Code de procédure pénale et le coût de fonctionnement de ces unités ne peut pas être pris en charge par l'assurance maladie.

Les pôles de référence relatifs à l'accueil des victimes de violences sexuelles en milieu hospitalier

Ils ont été créés par la circulaire DGS/DH n° 97/380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. La circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 étend la prise en charge de la circulaire sus-citée aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance.

Ces circulaires organisent la prise en charge en urgence des victimes en établissement hospitalier, que ce soit dans un service d'accueil en urgence (SAU), de gynécologie obstétrique, ou de pédiatrie. Elles précisent les finalités de l'accueil en urgence des victimes d'agressions sexuelles, leurs modalités de prise en charge et de suivi.

Elles précisent en outre que sont identifiés des pôles de référence régionaux qui assurent les mêmes missions que tout centre hospitalier et qui, de surcroît, sont chargés d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé qui ont recours à eux et d'assurer la formation et l'information des professionnels de santé libéraux et institutionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans 26 régions (métropole et DOM), près de 50 pôles régionaux ont été identifiés et sont répartis notamment en médecine légale/UMJ, en service de gynécologie obstétrique, en service de pédiatrie. Il n'existe pas à ce jour

d'évaluation du fonctionnement de ces pôles en matière de prise en charge des victimes adultes. Seule une enquête relative à l'accueil des mineurs victimes de violences sexuelles a été réalisée en avril 2004 : 19 pôles de référence ont répondu et l'évaluation faisait état de 358 cas de violences physiques, 36 cas relevant des cruautés mentales, 942 cas relevant d'abus sexuels et 266 de négligences lourdes.

Il importerait donc de savoir, d'une part si ces dispositifs sont opérationnels dans toutes les régions, d'autre part quelle est la cohérence (normalement prévue) avec le dispositif des conseils généraux.

En dehors de ces dispositifs dédiés, il est important de ne pas oublier que tout médecin, du généraliste de ville à l'urgentiste hospitalier, en passant par l'obstétricien ou le pédiatre de crèche, peut être amené à voir, dans son contexte de travail quotidien, des victimes de violence, d'où l'importance d'outils d'aide, de sensibilisation, d'information des professionnels de la santé, tels que le rapport *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, publié par la Documentation française, ou le guide *Le praticien face aux violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé*, sur le site Internet du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, ou encore le site Internet SIVIC sur les violences conjugales.

Les services d'accueil téléphonique

Le Service national téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM, également connu sous l'appellation «Allô Enfance Maltraitée» ou, depuis 1997, le 119) est un GIP créé par la Loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Le SNATEM est maintenant associé à l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger).

Le réseau national ALMA (Allo Maltraitance des personnes âgées), est une association loi 1901, créée en 1994, qui a pour objectif de recevoir des plaintes mais a aussi développé des activités de formation et de sensibilisation.

L'Institut national d'aide aux victimes et de médiation est un partenaire privilégié du ministère de la Justice et un des membres du Conseil national d'aide aux victimes (CNAV). Il regroupe en France, depuis 1986 les services d'aide aux victimes. Ses principaux objectifs sont d'une part, la définition et l'évaluation des missions d'aide aux victimes, et d'autre part la coordination et le soutien des associations du réseau. En 2003, plus de 150 associations d'aide aux victimes étaient membres de l'INAVEM. Les associations d'aide aux victimes sont présentes sur l'ensemble du territoire et leurs services sont gratuits. Elles travaillent avec toute instance accueillant des victimes (tribunaux, barreaux, hôpitaux, police et gendarmerie, associations spécialisées...). Au-delà du seul accueil téléphonique, les associations du réseau INAVEM ont pour objectifs d'accueillir et d'informer les victimes et leurs proches sur leurs droits, de les accompagner dans leurs démarches, et de leur apporter un soutien psychologique à tous les stades de la procédure pénale.

Des pratiques insuffisamment développées

L'expertise des victimes

Comme l'a souligné la commission «Violence et santé mentale», l'identification des pathologies psychiatriques spécifiques comme le PTSD a

permis d'ouvrir un droit à réparation pour les victimes de violence même en l'absence de séquelles physiques, l'imputabilité pouvant être désormais prouvée sur le plan psychiatrique. Mais il convient de remarquer que les questions liées à l'expertise des victimes et aux modalités de leur réparation (financières, symboliques et aujourd'hui psychologiques) sont loin de reposer sur un consensus.

En matière de victime l'expertise demeure peu encadrée. L'expertise de crédibilité qui repose sur un examen psychiatrique souvent sommaire est très critiquée par les différents professionnels. Les magistrats y trouvent rarement des éléments solides pour s'assurer de la véracité des dires des plaignants. Quant aux psychiatres, ils dénoncent, presque dans leur ensemble, l'impossibilité de la tâche et s'interrogent sur la pertinence de leur savoir pour répondre à une telle question.

L'expertise des dommages est déjà plus avancée, puisqu'elle s'appuie sur des années de pratiques assurancielles. Pour autant la question demeure de savoir s'il faut élargir le champ de l'imputabilité, au-delà du seul PTSD, aux troubles non spécifiques et aux décompensations de pathologies antérieures, et s'il faut lui donner un cadre réglementaire dans un nouveau droit des victimes de violence, auquel cas il faudrait redéfinir le champ des troubles post-traumatiques à partir d'études plus précises qui manquent encore à ce jour.

Le suivi à long terme des stratégies de prise en charge des victimes

Le problème se pose de façon particulièrement aiguë dans le cas des enfants signalés comme maltraités et recensés par l'Aide sociale à l'enfance. Le devenir à long terme est rarement connu, ce qui ne permet aucune analyse critique des décisions prises initialement (placement ; maintien en famille, sous quelles conditions...). Cette absence d'évaluation à long terme est d'autant plus préjudiciable qu'en France la décision repose généralement plus sur le dogme que « la famille est naturellement bonne » que sur des arguments scientifiques évalués.

La prise en charge des auteurs violents

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs est entrée en vigueur en mars 2001. Elle instaure un suivi socio-judiciaire novateur dans lequel s'inscrit éventuellement une injonction de soins. Le principe de cette dernière découle de l'hypothèse que l'infraction trouve son origine dans un contexte psychopathologique spécifique qui peut être traité par des soins spécialisés afin d'éviter la récidive. S'il est simple, sa mise en œuvre est cependant mise à mal par l'articulation d'intervenants professionnels de champs distincts – santé, justice, social – et par la complexité de la clinique.

Sur le plan clinique, en effet, une même agression peut être la conséquence de différents troubles. En outre, une injonction de soins peut ne pas être indiquée si l'auteur n'est pas consentant. Enfin, il faut accepter que les résultats puissent être modestes.

La loi prévoit l'intervention de trois acteurs de santé médecins : l'expert psychiatre, le médecin traitant (référént d'une équipe de psychiatrie pluridisciplinaire) et le médecin coordonnateur (interface entre santé et justice). Ces trois médecins sont confrontés à une problématique clinique récente, dans sa connaissance et dans son ampleur, encore peu connue des professionnels de psychiatrie, dont la répartition sur le territoire national est très inégale et dont le nombre, pour les psychiatres, va diminuer à terme, ce qui a des conséquences sur la prise en charge des personnes condamnées et sur l'application de la loi.

Le ministère de la Santé a donc décidé de développer dès les années quatre-vingt-dix, une politique de santé basée sur le développement des connaissances cliniques et la formation des professionnels, doublée d'une réflexion sur l'offre sanitaire. Ainsi, un état des lieux des approches cliniques et thérapeutiques dans le monde occidental a été réalisé en 1995. La recherche s'est développée aux niveaux national et international. Une politique de formation et d'information des professionnels de santé a été mise en œuvre notamment par le biais de la première conférence de consensus clinique sur la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle organisée par la Fédération française de psychiatrie en 2001.

La difficile application de la loi provient par ailleurs de la différence de culture entre les milieux de la santé et de la justice, obstacle à l'articulation des professionnels et dont peuvent jouer les auteurs d'agressions sexuelles. Les ministères concernés ont donc mis en place une série de travaux, notamment un programme de travail sur les thématiques de l'expertise pénale et des soins pénalement ordonnés, des mineurs auteurs, de la prévention, et des référentiels et formations professionnels.

Le cadre européen

L'initiative DAPHNE, lancée en 1997, est une des actions engagées par la Commission européenne face à la préoccupation croissante suscitée par la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes en Europe. Devant son succès, la Commission européenne a approuvé et lancé en 2000 un programme DAPHNE quadriennal (2000-2003), lequel se poursuit avec le programme DAPHNE II, désormais quinquennal (2004-2008). Il est doté d'un budget total de 50 M € pour les cinq ans.

Ses objectifs spécifiques sont :

- prévenir la violence à l'égard des enfants, des adolescents et des femmes ; protéger et soutenir ceux qui en sont victimes ; traiter et réinsérer les auteurs ;
- promouvoir une coopération plus étroite entre les ONG et d'autres organisations actives dans la lutte contre la violence et contribuer à sensibiliser l'opinion publique à la violence au niveau européen.

Après sept ans d'existence, le programme Daphné encourage la mise en place de projets spécifiques (réseaux multidisciplinaires, amélioration des connaissances, promotion de la « tolérance zéro », prévention de la violence) et encourage par ailleurs les organisations concernées à prendre en compte, à utiliser et à exploiter les résultats existants.

Recommandations

Les recommandations des six commissions en matière de recherche, d'application des dispositifs législatifs et réglementaires, d'intervention et de diffusion des connaissances, sont indiquées ci-dessous en encadré (chaque encadré regroupant des préconisations issues d'une même commission, qui est citée sous forme de sigle¹). Toutes les recommandations proposées sont récapitulées ci-dessous, selon un plan qui privilégie une problématique générale et le type de stratégie à entreprendre plutôt que la thématique spécifique de chaque commission, mais l'ensemble des recommandations par commission peut être retrouvé dans les rapports des commissions rendus publics le 13 avril 2005, lors du séminaire national organisé par la DGS. Par ailleurs, certaines recommandations sont issues des débats de ce séminaire, débats qui ont notamment permis l'expression des professionnels impliqués en région, et elles figurent également dans des encadrés (sigle « Sem »). Ce chapitre de recommandations visait surtout à fournir à la Direction générale de la Santé le plus possible d'éléments concrets susceptibles d'aider à l'élaboration du Plan et la liste des recommandations, fidèle aux rapports des commissions, est donc très détaillée, mais une synthèse des principales orientations est proposée à la fin de chaque sous-chapitre. Enfin, la conclusion générale tente de dégager des axes prioritaires et de grandes orientations stratégiques pour le système et les professionnels de santé.

1 Commission « Périnatalité, enfants et adolescents » = PEA ; Commission « Genre et Violence » = GV ; Commission « Personnes âgées et personnes handicapées » = PA-PH ; Commission « Violence et santé mentale » = VSM ; Commission « Violence, travail, emploi, santé » = VTE ; Commission « Institutions, organisations et violence » = IOV.

Amélioration des connaissances et recherche sur la violence et son impact sur la santé

L'ampleur et les caractéristiques de l'impact de la violence sur la santé sont, on l'a vu, très mal connues en France, et il apparaît que les moyens de recherche en ce domaine sont notoirement insuffisants. Le développement d'une recherche dans ce domaine est d'autant plus justifié qu'« *en l'absence de connaissances scientifiques la seule réponse à la violence est sécuritaire et passe par la répression* » (Rapport de la commission « Violence, travail, emploi, santé »). C'est face à ces constats que les six commissions ont insisté sur la nécessité de développer la recherche. Les questions préliminaires sont nombreuses : de quelles données manque-t-on ? Recueillies selon quelles approches ? Par quelles équipes et avec quels moyens ? Faut-il envisager des développements des ressources existantes ? La recherche sur un sujet tel que la violence et ses conséquences sanitaires est par essence pluridisciplinaire et doit associer des abords conjoints par la recherche médicale clinique (en psychiatrie, médecine du travail, pédiatrie, gériatrie...), l'épidémiologie, la psychologie, la sociologie, l'économie... L'approche quantitative du phénomène doit en effet être complétée par une analyse, selon des méthodes qualitatives, des circonstances de survenue de la violence, des « facteurs de risque » ou « situations à risque » et des caractéristiques des groupes les plus vulnérables face à la violence ainsi que des auteurs de faits violents. Il est essentiel enfin de rappeler qu'en amont de la recherche visant à produire des connaissances nouvelles, un bilan de l'existant est indispensable et que cet état des lieux des connaissances scientifiques sur l'impact de la violence sur la santé doit être national mais aussi international.

Bilan des connaissances disponibles

Avant de proposer le développement de toute activité nouvelle de recherche, qu'elle soit descriptive (collecte de données chiffrées notamment) ou analytique (situations de survenue de la violence, analyse des relations entre violence et états de santé), ou de toute activité de mise en place d'une surveillance épidémiologique, toutes les commissions ont suggéré de faire un bilan de l'existant. Ce bilan concerne principalement deux domaines : l'état des lieux de la recherche à travers la littérature nationale et internationale ; les données fran-

çaises existantes (chiffrées ou qualitatives), leur nature et leurs sources. Ce bilan a été mené partiellement dans le cadre des commissions qui ont pu, on l'a vu, mesurer le caractère parcellaire, épars et non exhaustif des connaissances sur l'impact de la violence sur la santé en France (voir le chapitre 1).

- 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. **IOV**

L'état des lieux de la recherche peut se faire selon des méthodes du type de l'expertise collective, qui s'appuie sur les données de la littérature scientifique internationale, telle qu'elle a été mise au point par l'INSERM au début des années quatre-vingt-dix et largement développée depuis. Toutefois, dès lors qu'on s'intéresse à des phénomènes sociétaux tels que la violence ou son traitement judiciaire et/ou médical, il ne faut pas perdre de vue que des études réalisées dans d'autres pays sont certes éclairantes mais se situent dans d'autres contextes sociopolitiques et culturels, d'où une prudence nécessaire lors de tentatives d'extrapolation.

Le bilan de l'existant ne peut se faire sans une analyse critique de la fiabilité des données et de la comparabilité des sources, chaque institution créant son corpus de données selon une logique qui lui est propre et qui est intimement liée à son activité.

Cette analyse critique est susceptible de mener à l'identification des stratégies nécessaires pour améliorer les données de routine. Ainsi, la sous-déclaration des homicides (indiquée au chapitre 1, premier paragraphe) peut-elle être et doit-elle être en partie corrigée par la transmission au CépiDc de l'INSERM, dans les meilleurs délais, des conclusions d'autopsies requises par la Justice et effectuées dans des IML ou, dans des hôpitaux, par des médecins légistes experts auprès de la Justice. Ceux-ci estiment en effet parfois que la transmission de leurs conclusions au parquet les dispense de celle, prévue par le Code général des collectivités locales (article L.2223-42), en direction de l'INSERM. En plus des problèmes de sous-enregistrement, les biais de repérage et d'enregistrement des actes violents ne sont pas rares, notamment ceux liés aux caractéristiques socio-économiques des victimes, comme on l'a vu à propos de la maltraitance envers les enfants.

La carence en connaissances est accompagnée d'un manque des compétences nécessaires pour mener les recherches appropriées. À titre d'exemple et comme il a été constaté par la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », un appel d'offres lancé en 2001 par le Conseil scientifique de l'Association des paralysés de France et qui visait à recueillir des projets de recherches sur la question de la maltraitance et des abus envers les personnes en situation de handicap moteur, n'a donné lieu à presque aucune réponse. Selon l'association, cet échec tiendrait, notamment, au manque d'équipes compétentes, en capacité d'accompagner des chercheurs sur ces questions.

Face à la solitude des acteurs de terrain qui manquent singulièrement de références pour aborder des questions difficiles et élaborer des

réponses, des recherches doivent donc 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 leurs causes, recherches sur les comportements. Ces recherches doivent émaner d'un milieu professionnel bien formé et compétent, voire restructuré pour aborder de façon pertinente ce problème situé à la charnière du sociétal et du médico-sanitaire : la violence.

Mise au point de recherches

Nature des connaissances à acquérir

Produire des données descriptives de l'ampleur du problème

La carence actuelle en chiffres sur la violence comme sur ses conséquences sanitaires justifie des études descriptives de type épidémiologique visant à mieux mesurer la magnitude du problème, définir des secteurs prioritaires pour l'action, et élaborer des indicateurs d'évaluation pour pouvoir mener des comparaisons internationales et évaluer les interventions. Une part de cette recherche épidémiologique peut concerner des aspects méthodologiques d'évaluation de la contribution de chaque source d'information et d'analyse de la mise en cohérence de données diverses dans le but de mettre en place des systèmes de surveillance. Dès lors que ceux-ci deviennent des systèmes de collecte en routine, ils n'appartiennent plus à proprement parler au domaine de la recherche et sont abordés (notamment sous leur aspect de faisabilité) dans la partie de ce chapitre des recommandations portant sur l'Information.

Décrire et quantifier les phénomènes de violence susceptibles d'avoir des conséquences pour la santé

L'objectif apparaît particulièrement large, voire peu précis, lorsque la connaissance chiffrée du problème est actuellement quasi inexistante.

- Décrire et connaître les phénomènes de violence au travail.
- Décrire et connaître les phénomènes de violence dans la société qui trouvent leur origine dans le non-emploi. **VTE**

La production de données quantitatives peut reposer sur la mise en place de systèmes longitudinaux d'information (dont des cohortes permettant une identification prospective des faits de violence et/ou de leurs conséquences pour la santé) et de recherches nouvelles, mais aussi sur l'exploitation complémentaire d'enquêtes épidémiologiques et/ou sociologiques existantes ou destinées à être répétées, ou sur la greffe d'une dimension de recherche dans des systèmes de surveillance épidémiologique existants.

- Promouvoir l'étude longitudinale, selon la méthodologie des cohortes, de la survenue de mauvais traitements à enfants et/ou de comportements violents d'enfants, en constituant les populations d'étude au moment de la grossesse. **PEA**

- Obtenir, à partir des outils statistiques existants, soit directement, soit par exploitation complémentaire, des informations fiables et régulièrement actualisées sur les violences liées au genre, en utilisant de grandes enquêtes existantes : « Événements de vie et santé » (DREES), « Enquête santé » de l'INSEE.
- Reproduire de manière régulière des enquêtes particulières (du type ENVEFF), en élargissant la prise en compte des phénomènes de violence au-delà de la stricte violence faite aux femmes.
- Analyser dans la nouvelle enquête CSF (Comportements sexuels des Français) le volet sur les violences sexuelles.
- Intégrer dans le système d'information périnatal la problématique de la violence faite aux femmes enceintes et renseigner sur les aspects quantitatifs de ce type de violence (par exemple dans les enquêtes nationales périnatales). **GV**

- Constituer un corpus de données sur les risques de violence concernant les personnes vulnérables et à cette fin : 1) 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 ; 2) 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 ; 3) 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). **PA-PH**

Enfin, des types de violence mal connus, quant à leur ampleur, méritent d'être explorés.

- 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...) et en s'appuyant notamment sur la réflexion engagée par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. **PA-PH**

Quantifier l'impact sur la santé et l'utilisation des services de santé

- Favoriser des études épidémiologiques des formes graves de maltraitance non signalées, notamment par des recherches multicentriques sur des pathologies traceuses (type hématomes sous-duraux).

- Concernant les adolescents victimes d'une exigence trop élevée de performance (sportifs de haut niveau, élèves des classes préparatoires mais aussi étudiants de faculté en échec ou jeunes en insertion), mettre en place des recherches sur leur situation sanitaire. **PEA**

- Mettre en place des recherches régionales sur les trajectoires des personnes victimes de violence dans le cadre de leur accès au système de santé en prenant en compte 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...) et analyser les dysfonctionnements. **GV**

- En écho au constat que la surmortalité masculine associée à la violence est massive (particulièrement chez les jeunes homo-bi-transsexuel(le)s et chez les pères exclus de la relation à leur enfant), et alors que les travaux sur la masculinité en sont encore à leurs premiers balbutiements en France, mettre en place une grande enquête épidémiologique, centrée sur ces questions de genre et de vécu de la « différence » et des discriminations, croisées avec leurs conséquences en terme de santé, et sur toutes les tranches d'âge. **Sem/GV**

- Décrire et connaître le suicide au travail. **VTE**

Identifier et décrire les populations touchées (victimes)

Pratiquement aucune donnée n'existant 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 portant spécifiquement sur les violences en direction de ces patients et ex-patients.

- Mesurer et décrire les violences subies par des patients et ex-patients dans les lieux de vie.

- Mesurer et décrire les violences subies par des patients et ex-patients dans les dispositifs et institutions de soin. **VSM**

- Pour les adolescents victimes de violence, développer des études sur les jeunes en situation de handicap ou de maladie mentale. **PEA**

Caractériser les atteintes somatiques et psychologiques selon le type de violence et de population concernée

Le traumatisme psychique fait l'objet d'une grande attention actuellement mais 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.

- Mieux documenter, par des recherches cliniques, épidémiologiques et sociologiques, les conséquences de la violence sur la santé mentale de la population en France, en insistant en particulier sur les aspects psychiatriques (prévalence des pathologies spécifiques et non spécifiques ?), les facteurs de vulnérabilité (retrouve-t-on en France les mêmes facteurs de risques qu'ailleurs, sachant que plusieurs ont une forte connotation socio-économique ?) et les aspects propres à la souffrance psychique.
- Chercher à obtenir une définition « objective » de la souffrance psychique et étudier son impact en termes de santé mentale (risque de développement secondaire d'une pathologie mentale, risque de problèmes sociaux, effets sur le capital social). **VSM**

Décrire la nature des auteurs et leurs problèmes de santé

Les liens statistiques entre violence subie et violence agie étant un phénomène reconnu, l'étude de la souffrance psychique concerne aussi les auteurs. Or la souffrance de l'auteur (dépression, idées suicidaires...) est une idée encore peu explorée. Dans le système scolaire, l'auteur est puni mais sa souffrance n'est pas prise en compte. En terme de recherche, il paraît donc nécessaire de sortir de la logique dichotomique auteur/victime. Dans ce cas spécifique du phénomène connu de la perpétration d'actes violents par des enfants ou des adolescents ayant subi eux-mêmes antérieurement des violences, la technique des cohortes, telle que recommandée plus haut (page 83), permet à la fois le repérage de ces faits et la description des victimes comme des auteurs.

Mesurer les coûts sanitaires de l'impact de la violence sur la santé

- Évaluer les coûts globaux, sanitaires et sociaux, générés par la violence, pour les entreprises et pour la société.
- Par des études ciblées sur certains secteurs d'activité, en particulier dans les activités de service, 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. **VTE**

- 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. **GV**

Produire des données analytiques sur les facteurs de risque et les circonstances de survenue de la violence et sur le mécanisme de l'impact sur la santé

Il s'agit là à la fois de données épidémiologiques quantitatives et de données qualitatives.

Identifier des facteurs de risque et situations à risque

- Promouvoir l'étude longitudinale, selon la méthodologie des cohortes, des facteurs périnataux de risque de maltraitance précoce et/ou de comportements violents de l'enfant, en constituant les populations d'étude au moment de la grossesse.
- 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...
- 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 de l'Entraînement sportif intense (ESI) en fonction de l'âge, et notamment de l'ESI « dissimulé ».
- Sur le thème des adolescents violents et des facteurs de vulnérabilité, développer des travaux de recherche transversaux avec une mise en commun des données entre institutions qui traitent d'un même public.

PEA

- Étudier les raisons de la « sur-suicidalité » masculine chez les personnes âgées.

PA-PH

- Identifier et analyser les facteurs de passage à l'acte et de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence, en étudiant les aspects cliniques et psychologiques, psychosociaux, psychiatriques, liés au contexte social (avec un intérêt particulier pour les événements de vie) et ceux liés aux dispositifs de soins (avec un intérêt particulier pour la continuité et la rupture des soins).

VSM

- Mener des recherches pluridisciplinaires visant à élucider la part relative des situations socio-économiques défavorables et des facteurs affectifs dans la genèse de certaines violences, notamment envers les personnes les plus vulnérables (nourrissons, personnes âgées dépendantes...).

Sem

Analyser les circonstances de survenue et les mécanismes de la violence

- Soutenir le développement de recherches qualitatives, sociologiques et anthropologiques sur la problématique genre et violence, abordant tant les victimes que les agresseurs, intégrant comme variables le sexe de la victime et celui de l'agresseur ainsi que le lien qui pourrait les unir. **GV**

- Mener des recherches sur les liens entre alcool et mécanisme de survenue de la violence et sur les causes de l'alcoolisation. **Sem**

- Analyser la variabilité socioculturelle des représentations du trouble mental et les relations existant entre ces représentations et des pratiques tout autant d'acceptation que de stigmatisation des malades mentaux dans la vie ordinaire.
- Expliquer les dynamiques sociales et culturelles en œuvre dans ces procédures de stigmatisation. **VSM**

Identifier et analyser les facteurs organisationnels générateurs et préventifs de violence

- 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). **PEA**

- Conduire une enquête complémentaire à l'enquête HID sur les plus de 75 ans vivant à domicile ou en établissement, en portant une attention particulière 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), et en étudiant notamment les effets des dispositifs (APA) sur les pratiques et l'évolution des réseaux relationnels.
- Étudier le comportement des aidants formels et informels pour comprendre dans quelles circonstances et pourquoi la relation d'aide se détériore et donne lieu à violence. **PA-PH**

- Analyser les trajectoires de sortie de l'hôpital ou d'autres dispositifs de soins psychiatriques pour permettre de rendre compte des problèmes auxquels les patients souffrant de troubles mentaux sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence envers eux adviennent.
- Analyser rétrospectivement et, dans la mesure du possible, prospectivement, les trajectoires pré-hospitalières pour permettre de rendre compte des facteurs contextuels et organisationnels auxquels ces patients sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence adviennent.
- Analyser 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 psychiatriques.
- Identifier les facteurs prédictifs des ruptures de soins, et ceci tout le long d'une trajectoire psychiatrique. **VSM**

- Identifier les caractéristiques de l'organisation du travail dans les activités de service qui génèrent la violence des usagers ou des clients contre les personnels.
- Décrire et connaître les formes d'organisation du travail et de direction qui diminuent les risques de violence.
- Analyser et mesurer l'impact du système assurantiel sur la violence dans le travail.
- Analyser et mesurer l'impact de la sous-traitance sur la coopération, la solidarité et la violence
- Analyser et mesurer l'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. **VTE**

- Analyser les dynamiques du développement de la violence dans les institutions, et notamment les mécanismes de pression, d'injonctions paradoxales, d'humiliation...
- Identifier 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). **IOV**

Analyser le rôle des médias

Pratiquement aucune étude n'a été menée en France sur les médias et la violence, notamment en relation avec la santé mentale, malgré l'existence d'un champ scientifique reconnu, celui de la sociologie des médias. En fait, compte tenu du caractère hétérogène des résultats des études internationales dans ce domaine, il est surtout nécessaire de mener « *une réflexion quant aux questions à poser, aux hypothèses et aux méthodologies adéquates pour y répondre* » (VSM).

Développer des approches disciplinaires nouvelles des « causes » de la violence

- Dans le domaine des relations entre violence et santé mentale, développer des recherches en neurobiologie, en neuroendocrinologie, en imagerie cérébrale et en génétique. **VSM**

Produire des données évaluatives d'actions et programmes

- 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. **PEA**

- Réaliser des études permettant la mise au point de méthodes de vérification de la compétence et de la qualité d'intervention des personnes agissant au domicile dans le cadre du gré à gré.
- 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, de conception d'outils d'auto-évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles. **PA-PH**

- Évaluer les effets du débriefing psychologique dans l'optique de revoir éventuellement les protocoles d'intervention. **VSM**

- Analyser de manière comparative les différentes modalités de prise en charge des auteurs et des victimes de la violence en milieu de travail.
- Analyser de manière comparative les 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. **VTE**

Développer la recherche dans le domaine de la justice et du droit

Développer des recherches en sciences sociales sur la relation psychiatrie et justice

- Analyser l'évolution des conséquences de l'application de l'article 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, pathologies en cause dans les non-lieux, pathologies ne bénéficiant 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 ?).
- Étudier les parcours judiciaires des personnes souffrant de troubles psychiques et qui ne bénéficient pas d'expertise psychiatrique et de l'application de l'article 122-1 du Code pénal.
- Dans le domaine psychiatrique, étudier l'application de la nécessité de demander le consentement éclairé de la personne avant tout acte médical.
- Dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie, analyser l'évolution des notions de consentement et de contraintes en psychiatrie.

VSM

Promouvoir la recherche sur l'évolution du droit

« Il s'agit ici d'une question importante sur les plans philosophique, politique et pratique. L'accroissement de la violence soulève des problèmes d'évolution du droit. Ainsi dans le domaine particulier de l'emploi, l'organisation du travail et le non-emploi jouent un rôle majeur dans la genèse de la violence sociale, et il conviendrait donc 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. Par ailleurs, 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 » (VTE).

- Analyser les implications, pour le droit et la justice, de la violence en milieu de travail et de sous-emploi.
- Organiser un séminaire de recherche sur la violence en rapport avec le travail et l'emploi, réunissant des juristes et des cliniciens du travail et associant des chercheurs de la Communauté européenne.

VTE

Développer des outils de mesure

- Identifier et développer des indicateurs de « violence » indépendants des statistiques institutionnelles. **IOV**

- Développer une « échelle de psychopathie » utilisable en pratique clinique courante.
- Développer ou améliorer les instruments de mesure permettant d'appréhender des événements sur la vie entière ainsi que l'intrication de troubles psychiatriques et de comportements violents.
- Analyser 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...). **VSM**

Structurer le milieu et les méthodes de recherche

Face à la complexité des problèmes de recherche posés, à l'absence de définition stable de la violence, à la nécessité de recourir à des approches variées relevant des registres quantitatif et qualitatif, et à l'inexistence actuelle de lieux réunissant toutes les compétences appropriées, il paraît nécessaire de repenser la structuration de la recherche sur l'impact de la violence sur la santé en : 1) favorisant la formation de mêmes personnes à des compétences à la fois cliniques et de recherche ; 2) développant la recherche de terrain, selon, notamment, des techniques d'observation seules susceptibles d'identifier la violence banalisée, voire dissimulée ; 3) dans ce but, éventuellement créer des unités fonctionnelles associant cliniciens et chercheurs.

- Promouvoir des recherches qualitatives 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.
- Favoriser la recherche de terrain par la création de bourses de formation à la recherche interdisciplinaire sur la violence en rapport avec le travail et l'emploi, selon le modèle de l'action RESACT conduite en 1975-1980 par la DGRST.
- Créer des « Centres d'investigation et de traitement des troubles psycho-socioprofessionnels » (CITTP) : unités fonctionnelles réunissant l'activité clinique de prévention et de soin, l'activité d'investigation et de recherche, et une centralisation des informations qualitatives et quantitatives recueillies. **VTE**

Maintien d'une activité permanente de réflexion et de capitalisation des données et expériences

Les membres de deux commissions thématiques (Violence et santé mentale ; Violence, travail, emploi, santé) ayant manifesté un très vif intérêt pour les questions soulevées pendant leurs travaux, ont estimé que le temps imparti pour préparer la délibération a été trop bref et souhaitent donc la prorogation de ces commissions.

- Continuer à apporter une contribution à l'analyse et à la description des rapports entre travail, emploi, violence et santé par la prorogation de la commission. **VTE**

En conclusion

Au-delà de suggestions sur des thèmes de recherche ou des études particulières, les six commissions ont appelé de leurs vœux une politique gouvernementale volontariste permettant de dépasser le stade des appels d'offres pour des recherches ponctuelles et de développer tout un champ de recherche à travers des objectifs et un programme à long terme. Pour relever les enjeux du plan de santé publique «Violence et santé», *«il est essentiel de favoriser le développement de compétences de recherches... 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 recherche dédiés dans le cadre d'une politique de la recherche en cours de redéfinition. L'Agence nationale de la recherche (ANR) doit avoir un rôle d'impulsion et de coordination de la recherche dans ce domaine. Ce développement de compétences est un préalable à la mise en place de dispositifs de veille sanitaire, 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» (VSM).* Dans cette politique de recherche, le ministère de la Santé doit trouver sa place à travers le Plan national Violence et santé.

- La commission propose que le ministère de la Santé dans le cadre du Plan national «Violence 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 afficher une proportion bien délimitée de son financement global, dédiée à la réalisation d'un tel programme de recherche (comportant 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 plus habituelles (épidémiologiques notamment). L'apport de l'angle d'analyse et des méthodes de la santé publique est à l'évidence à mettre au service d'une approche multidisciplinaire. **IOV**

La recherche : quelles grandes orientations ?

Face à la carence actuelle en données fiables sur l'ampleur et la nature des conséquences sanitaires de la violence sur la santé et, de manière plus générale, sur les relations existant entre la violence et la santé, l'amélioration de la connaissance épidémiologique du phénomène (telle que recommandée dans le rapport du HCSP) est une nécessité. De plus il faut aller au-delà de l'intérêt pour les seuls chiffres (leur exhaustivité, leur représentativité, leur fiabilité) pour aborder aussi par des méthodes qualitatives, relevant à la fois des sciences humaines et sociales et de la clinique, les mécanismes de survenue de la violence au niveau individuel comme au niveau collectif (avec notamment un intérêt pour les problèmes organisationnels sources de violence dans les institutions).

Seule une connaissance scientifique sérieuse du problème peut étayer les actions et les programmes, fournir une base pertinente aux formations des professionnels qui y seront impliqués, et alimenter l'information de la population. En effet, des données quantitatives et qualitatives de qualité sont indispensables pour aider à : la définition des priorités pour l'action (en terme de types de violence, de populations touchées ou à risque d'être touchées, de situations à risque, de types de problèmes de santé responsables ou générés par la violence); choisir des stratégies d'action appropriées; élaborer des indicateurs d'évaluation; créer des compétences pointues.

Il faut s'engager dans deux voies : la recherche, l'élaboration de systèmes d'information et d'observation, et procéder selon une chronologie rigoureuse. Une première étape est celle du bilan des données existantes, une deuxième celle du développement de la recherche, une troisième celle de la mise en place de systèmes d'information « en routine » qui ne sauraient être élaborés sans un minimum de consensus sur les définitions, les catégories à observer, les sources à explorer, les outils de recueil à développer, les mises en cohérence à effectuer, et en cela les résultats de la recherche sont le meilleur guide.

L'état des lieux de la recherche peut se faire selon des méthodes du type de l'expertise collective. Toutefois, il ne faut pas oublier que, dès lors qu'on s'intéresse à des phénomènes sociétaux tels que la violence, des études réalisées dans d'autres pays sont certes éclairantes mais se situent dans d'autres contextes sociopolitiques et culturels, d'où une prudence nécessaire lors de tentatives d'extrapolation. Le bilan de l'existant doit également comporter une analyse critique de la fiabilité des données et de la comparabilité des sources (chaque institution créant son corpus de données selon une logique qui lui est propre et qui est intimement liée à son activité) et une identification des systèmes de correction des données.

On peut proposer de sélectionner, avec des chercheurs et institutions (INSERM principalement) compétents, des thèmes prioritaires pour des expertises collectives. Les relations entre la violence et

les médias sont certainement l'un de ces thèmes, compte tenu de la quasi-absence de données sur ce sujet en France, et du caractère non consensuel des résultats produits au niveau international, à condition toutefois qu'une telle expertise porte surtout sur des aspects méthodologiques permettant d'orienter la recherche sur ce thème en France (une première réflexion sur ce sujet est esquissée dans le rapport de la commission « Violence et santé mentale »).

Quelle recherche est-elle pertinente sur la problématique « Violence et santé » ?

– Il s'agit d'une recherche par essence pluridisciplinaire. Il faut donc : renforcer ou développer, par la formation, les compétences nécessaires ; constituer des équipes associant toutes les disciplines pertinentes pour chaque projet ; encadrer les projets de recherche par des comités de pilotage scientifique pluridisciplinaires.

– Les résultats associant des données chiffrées et d'autres issues d'entretiens avec des personnes ont une crédibilité particulièrement forte et peuvent constituer une base solide pour élaborer des politiques qui prennent bien en compte l'ensemble des points de vue.

– Certaines méthodes sont à développer et privilégier : créations de cohortes, et plus particulièrement de cohortes de naissances (seule technique permettant de relier les problèmes de violence à des facteurs de risque sans les biais habituels des études rétrospectives) ; association d'enquêtes en institution et en population, utilisant des méthodes complémentaires ; exploitations complémentaires de grandes enquêtes existantes ou répétition d'enquêtes sur le thème violence ou introduction de ce thème dans de nouvelles enquêtes (enquêtes périnatales, enquêtes santé de l'INSEE, « événements de vie et santé » de la DREES, CSF/INSERM, ENVEFF) ; recherche de terrain utilisant des techniques d'observation (permettant de détecter les violences non déclarées).

– Il faut définir des thèmes prioritaires : 1) parce que les connaissances sont quasi inexistantes ou le problème mal défini (la souffrance psychique, notamment celle des auteurs ; les violences exercées sur les personnes souffrant de troubles mentaux ; les conséquences à long terme de la violence ; son coût ; la part relative des facteurs affectifs et des facteurs socio-économiques dans certains types de violence, envers les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées notamment ; la maltraitance financière des personnes âgées ; les exigences de performances poussées à l'extrême...) ; 2) parce que le coût sociétal est majeur, la violence créant à long terme une véritable déstructuration sociale (maltraitance envers les enfants ; violence liée au non-emploi) ; 3) parce que la population considérée est accessible de façon quasi exhaustive aux mesures de santé publique qui pourraient découler de la recherche (les femmes enceintes, les élèves).

– Sur un thème donné, toutes les sources potentiellement

contributives doivent être explorées et certaines sources majeures, actuellement très peu productrices de données, doivent faire l'objet de recherches. Il en est ainsi du système de soins, passage obligé de nombre de victimes de violence, et qui ne contribue guère à la connaissance du problème.

– Les aspects organisationnels de la génération de la violence sont abordés (comment un fonctionnement institutionnel peut-il être créateur de violence ou protecteur contre celle-ci ?).

Le milieu français de la recherche n'est actuellement pas véritablement armé pour faire face à de tels développements et de telles questions. Pour véritablement mener un programme de recherche sur le thème « Violence et santé » qui soit à la hauteur de l'enjeu sanitaire et social que représente ce problème, une politique volontariste est nécessaire, visant à :

– structurer le milieu de recherche par : la formation ; la création d'unités fonctionnelles pluridisciplinaires incluant la recherche clinique ; le développement de disciplines comme l'épidémiologie psychiatrique, à l'INSERM notamment ;

– élaborer des appels d'offres, dans le cadre d'une collaboration entre le ministère de la Santé et l'ANR, et en relation avec les initiatives européennes ;

– constituer un comité scientifique de suivi (comportant des représentants des grands EPST et auquel pourraient contribuer les commissions actuelles).

Application des dispositifs législatifs et réglementaires existants

Il s'est facilement dégagé des travaux des commissions que le cadre législatif de lutte contre la violence, et ses implications en matière de santé, existe en France, qu'il est globalement satisfaisant et suffisant en ce qui concerne l'affirmation des droits fondamentaux des personnes face à la violence, de certaines populations vulnérables et des victimes, et que l'application des textes législatifs et réglementaires existants doit être *a priori* préférée pour l'instant à l'élaboration de nouvelles lois. De plus, comme il a été souligné par la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », après avoir débattu sur l'opportunité de proposer une législation spécifique relative à la protection des personnes vulnérables, le risque de stigmatisation de personnes faisant déjà l'objet de représentations négatives est loin d'être inexistant. Enfin, les textes concernant le secteur de la santé et le secteur médico-social étant généralement perçus comme pléthoriques, peu lisibles, et parfois incohérents, il apparaît surtout essentiel d'en favoriser l'accès. Les interventions proposées concernent donc à la fois la connaissance du cadre législatif et réglementaire, l'information des professionnels concernés, les modalités de contrôle et les conditions de mise en œuvre de la loi. Les recommandations proposées par les commissions couvrent tout ce vaste champ.

Connaître les dispositions législatives et réglementaires

- Effectuer un recensement de l'ensemble des textes législatifs, 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.
- Prendre connaissance des recommandations élaborées par les instances européennes et le cas échéant les transposer. **PA-PH**

Cette connaissance concerne la législation française mais l'harmonisation des différents textes nationaux, en même temps que la vérification de leur validité par rapport aux textes européens paraît indispensable. À ce titre, la commission « Genre et violence » a souligné l'intérêt de la loi de protection des victimes de mauvais traitements adoptée en Espagne le 27 juillet 2003 (GV).

Connaître et promouvoir les conditions d'application des textes

- Vérifier que les textes d'application ont été publiés et, si nécessaire, veiller à ce qu'ils le soient dans des délais raisonnables. **PA-PH**

Favoriser une application non discriminante et non stigmatisante des textes

Certaines catégories « administratives » s'avèrent sur-discriminantes au regard des droits de l'homme et les dispositions relatives à la protection de tous doivent pouvoir s'appliquer à certaines catégories de populations (mineurs, femmes, personnes handicapées...) sans qu'il soit nécessaire de légiférer davantage.

- Exploiter l'ensemble des textes disponibles et sortir d'une logique populationnelle ou catégorielle pour privilégier une approche globale de protection de la personne et de ses droits, quels que soient le statut ou l'âge de la personne, son handicap ou son genre.
- Harmoniser les dispositions relatives aux soins et à la prise en charge sociale et médico-sociale.
- 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). **PA-PH**

Promouvoir l'information des personnels concernés

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. Il s'agit donc ici à la fois de promouvoir l'information sur les textes législatifs et de les faire comprendre par l'élaboration d'outils de vulgarisation.

- Faire connaître les textes et leurs modalités de mise en œuvre et 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.
- 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 en œuvre.
- Rassembler la connaissance tant juridique que pratique dans un support transversal, interactif, évolutif et en effectuer une vaste diffusion en utilisant des outils pédagogiques adaptés. **PA-PH**

Surveiller l'évolution du droit et des droits des personnes

- Procéder de manière systématique à une concertation interministérielle voire intra ministérielle lorsque sont envisagées des mesures qui auront des incidences sur les droits et libertés des personnes vulnérables.
- 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. **PA-PH**

Il s'agit aussi ici de devancer la mise en place effective de structures administratives nouvelles en réfléchissant dès à présent à leur champ d'action.

- Dans le cadre de la création de la Haute Autorité administrative de lutte contre les discriminations et des COPEC (Commissions pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté, circulaire du 20 septembre 2004), intégrant la prévention et la lutte contre le sexisme et l'homophobie, renforcer la législation protégeant ces victimes potentielles en pénalisant l'insulte sous toutes ses formes. **Sem/GV**

Contrôler et réguler la mise en œuvre des textes

- Dans le cadre de la législation du divorce et face aux effets délétères (suicide...) du Syndrome d'aliénation parentale, renforcer le principe de la résidence alternée dans le Code civil, afin que les magistrats soient contraints de privilégier le parent qui inclut l'autre et non celui qui le disqualifie, quels que soient son sexe, son genre et sa sexualité. **Sem/GV**

Le contrôle des établissements et services sanitaires et sociaux est essentiellement axé sur le respect des normes de prise en charge mais 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. Il convient aussi de veiller à l'harmonisation et à la cohérence des intentions de contrôle dans les dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'action sociale et la santé publique.

- Orienter davantage le contrôle dans les établissements vers un contrôle de la garantie des personnes, plus que vers celui du respect des normes et instaurer une vigilance partagée avec les dirigeants des établissements et services.
 - 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.
 - Veiller à l'harmonisation des dispositions relatives au contrôle entre les secteurs sanitaire et médico-social.
 - Examiner les conditions d'un partage d'expertise avec les services des collectivités territoriales dans le champ du contrôle et de la surveillance.
- PA-PH**

« Constatant les difficultés rencontrées par les services déconcentrés pour l'exercice de leur mission de contrôle », la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » 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 » (PA-PH).

Appliquer à la prévention de la violence la législation en matière de droit des patients

La loi française prévoit la protection des malades et la représentation des usagers dans des instances de décision (Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, CDHP, notamment). La loi du 27 juin 1990 a affirmé le droit des malades hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux et, à ce titre, a mis en place les CDHP. 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.

- Réaliser 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.
- VSM**

Réaffirmer la nécessité du repérage des situations de maltraitance

- 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. **PEA**

Il convient de noter ici que dans la grande 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 d'avoir recours à ce signalement officiel perçu par la plupart comme un ultime recours.

- 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.
- 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.
- 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.
- S'assurer de l'effectivité du dispositif de protection des témoins salariés. **PA-PH**

L'importance de protéger les témoins a également été affirmée dans la commission « Périnatalité, enfants et adolescents », à propos notamment des faits de violence à l'école et des témoins adultes ou adolescents (**PEA**).

Favoriser la prise en charge coordonnée telle qu'inscrite dans les textes

- Réaffirmer 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 mettre en œuvre les dispositions de la circulaire du 3 mai 2002 en l'aménageant de façon à éviter la multiplication des instances. **PA-PH**

Comme on le voit, les recommandations proposées dans ce chapitre sont surtout le fait de la commission « Personnes âgées et personnes handica-

pées», mais elles sont, pour la plupart, largement applicables à d'autres populations, notamment les enfants. Par ailleurs, il apparaît aussi à l'évidence qu'il est peu question ici d'accroître les réglementations ou de proposer des innovations en matière de législation et que, pour les commissions, le cadre législatif possède d'ores et déjà des qualités indiscutables pour accueillir une action concertée de lutte contre la violence. Mais «*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*» (VTE). Enfin, on ne saurait clore ce chapitre sur le cadre législatif sans souligner que la prévention de la violence et la prise en charge de ses conséquences sanitaires soulèvent de nombreuses questions d'ordre éthique, en particulier autour des problématiques du signalement, du secret professionnel, de l'information des autorités judiciaires et administratives... Les commissions recommandent donc que soit menée une *réflexion éthique sur la question « Violence et santé »*.

L'application des dispositifs législatifs et réglementaires : quelles grandes orientations ?

La non application de la loi est une violence faite aux plus faibles. Pourtant le cadre législatif et réglementaire permettant de lutter contre la violence envers les personnes vulnérables existe en France et il est satisfaisant. De plus le fait d'introduire une législation spécifique relative à la protection des personnes vulnérables est assorti d'un risque non négligeable de stigmatisation de personnes faisant déjà l'objet de représentations négatives.

Finale­ment, le droit est là et, bien souvent, il n'est pas appliqué parce que les textes restent méconnus du fait du caractère décourageant de leur multiplicité d'une part, de leur complexité d'autre part, de leur style technique et souvent ardu enfin. Il s'agit donc de les diffuser mais en les faisant comprendre. Des recommandations simples (dans leur esprit, certainement plus complexes dans leur réalisation) peuvent donc être proposées :

- rassembler l'ensemble des textes législatifs et réglementaires concernant l'affirmation des droits fondamentaux des personnes face à la violence, de certaines populations vulnérables et des victimes (quels que soient le statut de ces personnes et les lieux dans lesquels la violence peut s'exercer) ;*
- prendre connaissance des mêmes textes au niveau européen et en faire l'étude comparative ;*
- créer une série d'outils de vulgarisation expliquant ces textes, ces outils étant adaptés à chaque contexte, type de population, institution... ;*
- diffuser les textes accompagnés de ces outils, en organisant éventuellement des séminaires de formation avec les personnels concernés ;*
- dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les entreprises, les établissements scolaires... (tous les types d'institution potentiellement concernés), effectuer des contrôles du respect des droits des personnes en plus des contrôles du respect des normes (sécurité, conditions de travail...).*

Ces recommandations supposent la mise en place d'un groupe de travail associant juristes et professionnels sociaux et sanitaires.

Une réflexion doit être engagée sur le soutien à apporter aux témoins de violence et aux confidents de victimes, notamment lorsqu'ils sont mineurs.

Enfin, il est important de clarifier tout ce qui touche aux règles de signalement et de secret médical et d'engager une réflexion éthique sur les façons de dénoncer la violence et de respecter le droit sans toujours suivre les procédures les plus lourdes.

Actions : prévenir et repérer la violence, repérer et prendre en charge ses conséquences

Les recommandations en terme d'action proposées par les six commissions sont multiples et difficiles à catégoriser. Regroupant des actions visant les causes et d'autres concernant les conséquences de la violence, elles appartiennent à des registres différents (relevant du champ social ou du champ sanitaire) et elles obéissent à des logiques multiples. Une première logique est celle de l'approche par type d'intervention : prévention, prise en charge. En fait, dans bien des cas la stratégie proposée inclut toutes les dimensions possibles en matière d'action, de la prévention de la survenue de la violence à la prise en charge de ses conséquences, en passant par son repérage, le dépistage de ses conséquences sanitaires et la prévention secondaire des récidives. Une approche par acteurs de la prévention et du traitement et par organisation et mode de fonctionnement de ces acteurs se dessine également dans les recommandations proposées. Il existe aussi une logique d'approche par population : population générale, populations « spécifiques » à vulnérabilités particulières (femmes enceintes, personnes prostituées, demandeurs d'emploi...), populations définies par le lieu où peut s'exercer la violence : l'entreprise, la prison, l'établissement sanitaire, l'école (notons ici que l'école a un statut particulier, puisque, pour la tranche d'âge considérée, il y a recouvrement entre la population scolaire et la population générale). La distinction entre traitement des causes et traitement des conséquences s'avère particulièrement peu opérante dans la mesure où, toutes les commissions l'ont souligné, le statut d'auteur et celui de victime ne sont pas tranchés, les auteurs étant le plus souvent en besoin, voire en demande de prise en charge. *« La souffrance de l'auteur (dépression, idées suicidaires...) est une idée encore peu explorée. Dans le système scolaire, l'auteur est puni mais sa souffrance n'est pas prise en compte. Il paraît donc nécessaire de sortir de la logique dichotomique auteur/victime. La différenciation entre jeunes violents et jeunes souffrants est peut-être une mauvaise distinction. Ne faudrait-il pas parler de « jeunes violents souffrants » ? » (PEA).* *« 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 » (PA-PH).* L'approche sectorielle, séparant bien la prise en charge des victimes et celle des auteurs, risque de *« reproduire le point de vue des institutions et de passer ainsi 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 les mêmes demandes » (VSM).* Ces regards ont un fondement essentiellement social et institutionnel qui peut s'avérer contre-productif dans la démarche globale qu'on a engagée ici et c'est pourquoi il paraît particulièrement approprié de suivre la commission « Violence et santé mentale » dans sa recherche d'un *« cadre de référence commun, constitué par la prise en compte de façon centrale des individus et leur reconnaissance comme des sujets ayant des besoins »*, le besoin étant considéré comme un *« principe transversal aux différentes préconisations »*.

Enfin il n'est pas possible de proposer des recommandations pour l'action sans rappeler que la violence est largement dépendante du contexte social et politique. Ainsi, dans le domaine du travail et de l'emploi, *« la prévention de la violence ne saurait reposer exclusivement sur les personnels de santé*

ni être occultée par des couvertures assurancielles. 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... 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» (VTE). Les recommandations présentées ci-dessous ne sauraient aborder ce sujet de façon extensive dans le cadre d'un rapport se voulant le prélude d'un plan «santé», mais il a paru important de souligner les aspects organisationnels de la prévention de la violence et le rôle que les professionnels de la santé peuvent jouer dans le cadre des institutions.

Le plan adopté ci-dessous pour présenter les recommandations pour l'action est donc un compromis visant essentiellement à une lisibilité pour les acteurs du champ sanitaire et socio-sanitaire.

Des préalables

Faire un état des lieux des actions et dispositifs existants

- 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. **PEA**

C'est cet état des lieux qui peut permettre de recommander d'emblée certaines orientations. Ainsi, dans le domaine de la périnatalité, il est suggéré de favoriser quatre stratégies préconisées par l'OMS et qui semblent efficaces : les visites à domicile, la formation au rôle de parent, le programme de développement social, le programme préscolaire. Il s'agit donc de promouvoir tous les programmes centrés sur les interventions très précoces.

Dans bien des cas, le bilan de l'existant amène «*non à créer mais à responsabiliser des dispositifs existants (structures paritaires, CHSCT, comité d'éducation pour la santé et la vie, citoyenneté en milieu scolaire)*» (IOV).

Recenser, décrire mais également évaluer les expérimentations locales pour repérer celles qui sont les plus efficaces, va permettre de constater des inégalités géographiques.

Favoriser les stratégies visant à réduire les disparités régionales et départementales

Le groupe de travail sur la périnatalité a constaté et souligné une grande disparité de prise en charge, des femmes enceintes, en général, et de la violence faite aux enfants, en particulier, dans l'ensemble des départements français et a donc proposé la recommandation suivante :

- Rappeler le rôle de l'État qui doit garantir une égalité de l'offre de santé sur tout le territoire. **PEA**

Dans le domaine spécifique de la maltraitance à enfant, de son signalement, de sa prise en charge et du suivi des actions (compte tenu notamment des difficultés rencontrées par la PMI dans certains départements) :

- Réduire rapidement les disparités départementales en harmonisant les systèmes en place sur l'ensemble du territoire national. **PEA**

Élaborer des stratégies prenant en compte le rôle de « première ligne » de certains professionnels

Comme il a été rappelé lors du séminaire du 13 avril 2005, certains professionnels, notamment les médecins généralistes, les médecins urgentistes, les enseignants, les policiers, sont confrontés au repérage des conséquences de la violence, et souvent dans une grande solitude. Il est donc essentiel de développer des partenariats (voir plus loin le paragraphe qui traite des partenariats et de la pluridisciplinarité) qui les incluent et les soutiennent.

Faire des recommandations en cohérence avec des Plans existants

Dans les recommandations ci-dessous, il est volontiers fait référence à des rapports récents (par exemple, le rapport de P. Naves au ministre de la Famille en 2003) ou à des plans gouvernementaux récents, notamment le plan « Psychiatrie et santé mentale » et le plan « Périnatalité », l'objectif étant d'appuyer certaines recommandations tout en apportant un « plus ».

À qui s'adressent les actions de prévention, de repérage et de prise en charge ?

Ce paragraphe est consacré à des généralités et les problèmes spécifiques de certaines populations à vulnérabilités particulières font l'objet de recommandations décrites plus loin (page 123 à 125).

Les victimes

« 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^{re} question que pose la violence aux services de santé est donc 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 » (IOV).

- 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.
- Charger chaque établissement hospitalier, public et privé, 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), cet objectif concernant aussi la médecine de ville. **GV**

Le repérage et le signalement

L'établissement de « bonnes pratiques » de repérage des conséquences de la violence (notamment par la réalisation de conférences de consensus) est souhaité par plusieurs commissions.

- 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) et notamment à repérer les enfants secoués, les victimes d'abus sexuels. **PEA**

La commission « Périnatalité, enfance, adolescence » recommande en effet qu'« à partir d'une conférence de consensus réunissant tous les partenaires travaillant dans le champ de la maltraitance... on puisse déterminer les circuits conduisant le plus facilement à un signalement dans un certain type de situation ou pour certaines populations... Il est suggéré le principe d'un signalement de tous les hématomes sous-duraux. L'origine traumatique de ces lésions pourrait en faire une pathologie traceuse (sur le modèle de l'obligation de signalement systématique d'excision), et ce principe admis, il pourrait être envisagé une investigation par le service de l'ASE, ou une recherche-action pour analyser les effets de ces signalements » (**PEA**).

- 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.
- 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 des victimes de violences répétées, violences psychologiques, violences sexuelles.
- Décrire le retentissement psychologique exprimé par la victime et constaté par le médecin lors de l'établissement du certificat médical nécessaire à l'évaluation de l'ITT. **GV**

- 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 ». **PA-PH**

La prise en charge

Les recommandations pour des guides de bonnes pratiques, évoquées ci-dessus concernent également la prise en charge des victimes (**PEA ; GV**).

Une mention particulière doit être faite du «traumatisme psychique» et une analyse critique de la pratique systématique du «débriefing psychologique».

*«Les orientations de l'action en matière de prise en charge des victimes des traumatismes liés aux violences devraient récuser 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» (**VSM**).*

- Affirmer 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 quant à la réalité des conséquences post-traumatiques ; une grande méconnaissance de la part des professionnels du droit, de la police, des secteurs sociaux quant à ce qu'est une victime, ce qui mène au danger des victimologues autoproclamés, au risque de dérive de récupération sectaire, à une confusion entre psychotraumatisme et victimologie.
- Affirmer la nécessité de développer des compétences spécialisées, y compris pour la prise en charge des enfants et des adolescents.
- Permettre aux CUMP (cellules d'urgence médico-psychologique) de fonctionner et de se développer, conformément aux orientations ministérielles, réaffirmées dans le cadre du plan « Psychiatrie et santé mentale ».

VSM

« L'accueil des victimes doit être amélioré en l'adaptant à la particulière vulnérabilité des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment lorsqu'elles n'ont pas l'usage de la parole ou qu'elles souffrent de déficiences intellectuelles ou mentales » (PA-PH).

- Aménager l'accueil des victimes âgées et handicapées dans les Unités médico-judiciaires.
- 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.
- Instaurer une obligation de motivation circonstanciée pour les décisions de classement sans suite concernant des allégations de violences ou maltraitements envers les adultes vulnérables. PA-PH

Quelles victimes et quelle violence ?

La commission « Périnatalité, enfants et adolescents » a souligné que l'enfant ou adolescent victime doit être entendu et pris en charge sans qu'on isole de la prise en charge les parents, les enseignants, les autres enfants, ce qui soulève le problème des témoins, abordé au paragraphe ci-dessous.

Un dernier problème concernant les victimes est celui de la « violence en creux » telle qu'elle a été définie par la commission « Personnes âgées et personnes handicapées ». Il s'agit des « situations de changements, hospitalisation, retour à domicile, passage d'un service de soins de suites à un service de long séjour, deuils... qui sont des moments de rupture pour les personnes vulnérables » (PA-PH). Ces carences dans les pratiques de soins, en dehors des faits avérés de maltraitance et dans le cadre de la prise en charge habituelle, ont été considérées comme des violences faites aux personnes vulnérables. Ceci soulève

la question des limites du champ de la violence et du champ de ce rapport et du plan qui lui fera suite.

Les auteurs

Faisant le constat qu'il existe beaucoup d'actions en direction des adolescents violents, qu'elles sont souvent ponctuelles et non évaluées, la commission « Périnatalité, enfants et adolescents » a émis le vœu que se mettent en place de véritables programmes, ayant une continuité dans le temps grâce à des conventions. Afin d'assurer une vigilance quant à la cohérence entre l'initiative locale et les préconisations régionales ou nationales, un comité de pilotage pourrait jouer un rôle d'articulation et veiller à accompagner les programmes dans la durée (PEA).

Dans le cas des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, la prise en compte des personnes « mises en cause » est récente et « *résulte de l'observation que la maltraitance (souvent par ignorance, maladresse, inadvertement) s'inscrit le plus souvent dans une interaction entre victimes et auteurs, dans une relation de soins ou de dépendance pervertie où la souffrance et le mal-être des soignants sont à la fois des facteurs de risques et des éléments de compréhension... 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* » (PA-PH).

- Recenser les 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.
- Faire un usage plus large des mesures de mise à pied conservatoire à l'égard des personnels mis en cause dans des affaires de maltraitance.
- Simplifier les modalités de mise en œuvre du régime d'incapacités d'exercice prévues par l'article L. 133-6-1 du CASF.
- Utiliser plus largement les mesures de protection avant jugement et en particulier l'éloignement de l'auteur des violences. **PA-PH**

« La prise en charge du malade qualifié de » difficile « est inhérente au travail du psychiatre en pratique générale... 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 qu'on lui offre les soins adaptés dont il relève. La qualité du dispositif sanitaire à mettre en place est fondamentale. Il doit essentiellement s'organiser autour des occurrences cliniques à partir d'un travail en réseau intégrant trois niveaux d'interventions graduelles sans rupture de relations thérapeutiques entre elles, ce qui sous-entend un travail de liaison entre les équipes référentes » (VSM).

- Maintenir la diversification des prises en charge du secteur psychiatrique qui doit être capable d'offrir des conditions de soins immédiats.
- Pouvoir proposer une hospitalisation contenant et sécurisée grâce aux Unités pour malades difficiles (UMD) qui doivent demeurer des structures de recours ultime, conformément à la vocation qui est la leur.
- Réaliser un travail de liaison à partir de rencontres de terrain entre équipes. L'augmentation au fil des années des demandes diverses d'aide auprès des UMD indique clairement la nécessité d'ouvrir le champ des missions, en particulier celui du soutien aux équipes de secteur en difficulté à partir de rencontres de terrain.

VSM

Les témoins

Ils sont détenteurs de secrets et doivent savoir comment en parler et à qui, d'où l'utilité par exemple de « *campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents qu'ils soient témoins ou confidents* » (PEA). Concernant les actions où se développent des « médiations par les pairs », c'est-à-dire des actions où ce sont les jeunes qui résolvent des conflits, il faut des règles, une charte, des droits reconnus pour les enfants, mais il faut aussi la présence renforcée d'adultes et, de leur part, un engagement et un accompagnement très forts.

- Mettre en place des comités d'éthique de proximité pour les éducateurs et les adolescents témoins, confidents ou victimes de violence.

PEA

Pour la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », « *toute personne victime ou témoin de maltraitance doit avoir accès à un 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* » (PA-PH).

Des stratégies organisationnelles internes comme prévention de la violence

On a recensé ici les recommandations qui relèvent de régulations internes à des institutions dans le but d'empêcher ou limiter l'irruption de la violence. Si « *la violence semble s'enraciner et se développer dans les institutions où prévalent et persistent des rapports sociaux marqués par les excès de pouvoirs, où les rapports de domination tendent à l'emporter sur des rapports régulés par la prise en compte des droits des personnes, du respect des règles et d'un souci d'égalité* » (IOV) et si certaines institutions et organisations génèrent de la violence, d'autres élaborent au contraire des stratégies protectrices.

L'entreprise

Donner tout leur rôle aux dispositifs existants

- Renforcer le rôle des CHSCT (instance privilégiée, de par sa structure paritaire, de délibération et d'action en matière d'amélioration de l'organisation du travail) face aux problèmes de la prévention de la violence d'une part, de la protection des salariés d'autre part, dans les retours d'expérience des situations de crise, enfin.
- Utiliser les textes législatifs et réglementaires qui donnent aux CHSCT des possibilités d'action qui, souvent, ne sont pas utilisées dans leur totalité.
- 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.
- Donner aux CHSCT la mission de travailler sur les retours d'expérience : 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...), mener une investigation approfondie jusqu'à son terme.

VTE

«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» (VTE).

- Utiliser les services de santé au travail comme un véritable observatoire des situations à risque de violence, à l'occasion des consultations systématiques et des consultations spontanées des salariés.
- Dans ce but, 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.

VTE

• Remettre à l'étude le fonctionnement du Conseil de prud'hommes en vue d'examiner les raisons pour lesquelles ils n'assument plus leur fonction importante de rôle préliminaire et obligatoire de conciliation 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. **VTE**

Promouvoir un rôle positif de la direction de l'entreprise dans la prévention de la violence

• Insister sur la nécessité des espaces de discussion formels ou institutionnels (CHSCT, staff, briefing, réunion d'équipe, etc.).

• Favoriser les espaces informels qui sont les lieux de la convivialité (office, cuisine, salle à manger, cafétéria, vestiaires).

• Réhabiliter les vertus du dialogue social et la représentation des salariés, dans la mesure où la lutte contre la violence 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. **VTE**

Les établissements de santé

« Le risque de maltraitance est fréquemment favorisé par des situations d'enfermement, d'emprise, de face-à-face entre une ou plusieurs personnes fragiles et un entourage professionnel... qui exerce une forme de domination ou qui est en proie au désarroi ou à l'épuisement » (PA-PH). Il s'agit ici de développer une culture de gestion des risques et d'intégrer le risque « violence » dans les établissements de santé en prenant en compte, dans de tels programmes, les risques de violence, tant à l'égard des usagers qu'à l'égard du personnel.

• 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.

• Mener des actions de recherche et d'assistance aux établissements de santé et ESMS (Établissements sociaux et médico-sociaux) 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. **PA-PH**

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 médico-social.

- Élaborer et diffuser 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.
- Proposer de rendre obligatoire pour tous les établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées (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. **PA-PH**

«Penser les espaces hospitaliers» est une recommandation de la commission «Institutions, organisations et violence» qui suggère que le ministère de la Santé 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 (**IOV**).

Les lieux d'exigence de performance pour les enfants et les adolescents

Les classes préparatoires des grandes écoles, ces écoles, certains cursus universitaires, certains clubs sportifs, l'entraînement sportif intensif... sont autant de lieux et de situations dont le fonctionnement peut être source d'une pression intense, sur les plans somatique et psychologique, sur des sujets jeunes en plein développement et devenir. Il y a des cas d'enfants qui échouent à l'école et qui, pour cette raison sont privés de jeu. «*Dès le plus jeune âge, il faut être performant, rentable... Les élus doivent également être mobilisés, en particulier pour «les jeunes marginaux», eux aussi aux prises avec l'exigence de performance (franchir les obstacles de l'insertion, sortir du cercle vicieux de l'exclusion...)*»... En ce qui concerne la pratique sportive de haut niveau, «*il est nécessaire d'accorder un droit d'intervention dans l'univers clos de la performance sportive*» (**PEA**).

- 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. **PEA**

Le milieu carcéral

«*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» (IOV).

- Mettre à la disposition des personnels et des usagers des textes législatifs et réglementaires définissant et encadrant les pratiques institutionnelles.
- Élaborer et diffuser un règlement intérieur et contractualiser l'activité de tiers extérieurs à l'institution, chargés du conseil des professionnels et des usagers ainsi que d'une médiation entre ceux-ci.

IOV

Par ailleurs, l'orientation générale de l'action contre la violence dans l'administration pénitentiaire peut aussi 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 (VTE)

En conclusion : quel regard les institutions peuvent-elles poser sur elles-mêmes afin d'améliorer leur organisation et de prévenir la violence ?

Cette problématique a été largement débattue par la commission « Institutions, organisations et violence » qui propose aux personnels des institutions d'élaborer des outils d'analyse (« grille Déconstruire et reconstruire ») et d'orientation pour l'intervention (« 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 ») (IOV).

Cette commission fait en outre une autre suggestion :

- Saisir la Haute Autorité de santé sur la conduite institutionnelle vis-à-vis des dispositifs expérimentaux, plus ou moins intégrés, et surtout sur l'évolution des pratiques, des métiers et des organisations qu'ils traduisent.

IOV

Le système de santé et ses partenaires : quels acteurs, quelles articulations, quels modes d'action ?

Réactiver les dispositifs existants

- Rendre véritablement opérationnels deux dispositifs : les Unités médico-judiciaires (UMJ), les pôles de référence hospitaliers. **PEA**

Il est notamment attendu des UMJ qu'elles puissent contribuer à un accueil de bonne qualité pour les mineurs, à une amélioration de la qualité des examens et prélèvements anatomopathologiques, et au développement de la médecine légale pédiatrique. Les UMJ devraient pouvoir mieux assurer qu'ac-

tuellement la prise en charge « post-immédiate » des victimes, mineures notamment, par l'accompagnement de ces mineurs et de leur famille dans les suites de l'examen médico-légal en les informant sur les possibilités d'un soutien psychologique, social et d'une information juridique.

La commission « Périnatalité, enfants et adolescents » s'interroge par ailleurs sur les raisons pour lesquelles les Pôles de référence hospitaliers pour traiter de la maltraitance ne sont toujours pas opérationnels dans certaines régions.

Développer des partenariats institutionnels et disciplinaires

Les partenariats institutionnels

Les partenariats interministériels sont surtout suggérés pour les populations dont les besoins et les problèmes en terme de violence sont à l'intersection des actions de plusieurs ministères, les adolescents tout particulièrement. En effet, ceux-ci se heurtent souvent à l'absence (ou l'insuffisance) de liens entre les partenaires intervenant auprès d'eux et ils ne vont pas vers les structures dont ils ne sentent pas la cohérence. En conséquence, il a été mis en avant la nécessité d'une meilleure coordination politique sur le plan national, en particulier au niveau interministériel (PEA).

- Le gouvernement doit impulser un diagnostic partagé et aboutir à une vraie stratégie entre les ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et de l'Éducation nationale. **PEA**

Cette politique interministérielle devrait dégager des axes et un cadre d'action sur le plan national afin de pérenniser une continuité des actions et de stabiliser des financements. Ces orientations seraient à décliner au niveau régional et départemental en fonction des ressources locales et des capacités d'innovation des acteurs. Il est enfin recommandé la poursuite de la promotion et de la généralisation des centres ressources départementaux. Les cellules de crise ont un rôle à jouer comme le partenariat éducation nationale/INAVEM (Institut national d'aide aux victimes et de médiation) (PEA).

La commission « Violence et santé mentale » a également insisté sur la nécessité de résoudre les ambiguïtés qui existent entre psychiatrie et justice.

La pluridisciplinarité

Dans le cas de la maltraitance envers les enfants, « *la démarche de protection doit passer par une évaluation plurielle (médicale, psychologique, sociale, éducative) indépendante de l'étape de décision des mesures de protection. La responsabilisation et la prise en compte de l'avis des parents sont le plus souvent nécessaires et possibles (démarche participative). L'élaboration du signalement et la préparation de la séparation si elle est envisagée méritent un travail important de collaboration pour éviter des violences supplémentaires* » (PEA).

En ce qui concerne les auteurs de violence et plus particulièrement la prise en charge des troubles psychopathologiques, « *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 pluridis-*

ciplinaire (psychiatres, 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» (VSM).

Travailler en réseau

Les réseaux de santé «Ville-hôpital», qui permettent la coopération du sanitaire, du médico-social et du social, ont été évoqués par plusieurs commissions.

- Mettre en œuvre des réseaux de santé et de handicap, afin de mieux assurer les périodes de transition et l'accompagnement des personnes. **PA-PH**

Un des grands avantages du travail en réseau est de rompre l'isolement des professionnels et notamment celui des professionnels de première ligne, au premier rang desquels le médecin généraliste. Un autre intérêt est de «partager les 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» (PA-PH).

- Il est recommandé 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 (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique) et Maisons départementales des personnes handicapées. **PA-PH**

- Constituer des réseaux Ville-hôpital sur le thème Santé violence, dans 2 ou 3 régions volontaires, la prise en charge de personnes victimes de violence concernant 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. **GV**

D'une manière générale, il est considéré qu'il «faut encourager un rapprochement des professionnels médicaux, sociaux et judiciaires et des partenaires institutionnels (ARH, DDASS, URCAM, URML, partenaires privés...), cette collaboration devant être formalisée par des conventions de partenariat, des annuaires et des procédures. Dans cette perspective, il faut souligner l'importance des réseaux de périnatalité qui doivent prendre en compte la problématique de la violence dans leur fonctionnement» (PEA).

- Soutenir la mise en place des réseaux de périnatalité médico-psychosociaux, comportant un volet ville-hôpital, avec un renforcement des liens entre les centres périnataux, les inter-secteurs de pédopsychiatrie, 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. **PEA**

Il faut aussi réfléchir au développement ou à la promotion de réseaux qui comporte d'autres acteurs que les acteurs sanitaires, tels le réseau GASPARD d'aide pour l'enseignant (réseau mis en place avec succès dès 1986 à Lille; **PEA ; IOV**) et les réseaux qui incluent les associations.

- 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. **GV**

Les principes des partenariats et du travail en réseau

La mobilisation des compétences

Un consensus général existe autour de la nécessité de constituer des multipartenariats et des réseaux autour de compétences disciplinaires pointues et d'exclure toute confusion des rôles. N'importe quel intervenant ne peut pas assumer n'importe quel rôle dans un travail collaboratif. Une sage-femme n'est pas une psychologue, un travailleur social n'est pas psychiatre (non plus que l'inverse). Ainsi, concernant la mise en place locale de réseaux d'aide aux adolescents, la commission « Périnatalité, enfants et adolescents » a souligné que ces réseaux *« nécessitent d'abord une bonne connaissance des métiers et des rôles. En effet, il faut un cadre pour garantir une continuité des pensées et des actions des adultes. Il semble nécessaire de codéfinir le mode d'accompagnement de chaque service et de rendre lisible le rôle de chacun. Il faut se connaître entre professionnels (fonctions précises des différentes personnes) et accepter de travailler ensemble... Il faut des informations sur les lieux, les compétences, les services rendus pour les usagers et les professionnels. La concertation inter-institutionnelle doit donc être régulière et un comité de pilotage pourrait assurer ce suivi »* (**PEA**). De plus, comme il a été souligné lors du séminaire national du 13 avril 2005, il est souvent nécessaire, sur le terrain et lors de réunions locales de concertation, que soient réunies des compétences à haut niveau, ce qui est loin d'être toujours le cas, l'absence d'une discipline et d'un niveau de responsabilité suffisant risquant d'amputer la réflexion et de plus ou moins condamner d'avance l'action à entreprendre.

- 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. **PEA**

Le rôle des collectivités locales

La commission «Violence et santé mentale» estime 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 et 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 les demandes sociales, dont les élus se font l'expression, et les réponses des professionnels spécialisés en psychiatrie... À l'interface de ces différentes aires de compétences, la coordination d'actions en santé mentale est complexe... et l'implication des maires dans les politiques locales en relation avec la santé mentale n'est pas sans poser des questions légitimes en terme de compétence» (VSM).

- Multiplier les 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, en relation avec les autres politiques locales et les orientations contenues en ce domaine dans le plan gouvernemental «Psychiatrie et santé mentale». **VSM**

Le partage des financements

La question de la pérennité des financements de ces ensembles complexes, impliquant plusieurs partenaires institutionnels, doit être soulevée et réglée au mieux.

Ainsi, en ce qui concerne les réseaux de périnatalité, «le financement s'inscrit très souvent dans le cadre de la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR). Cette enveloppe apparaît comme s'intégrant dans un dispositif complexe avec certaines inconnues sur la pérennité de la procédure» (PEA).

- Clarifier le financement et les missions des réseaux de périnatalité, avec échange entre les différentes régions, au moyen d'une structure nationale de concertation, une charte des réseaux périnatalités étant à élaborer. **PEA**

Diverses sources et modes de financement doivent être examinés :

- Profitant des conditions de mise en œuvre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, examiner avec les organes de gouvernance récemment mis en place (UNCAM, UNOCAM...) les conditions de rémunération forfaitaire des pratiques multiprofessionnelles et multidisciplinaires. **IOV**

Les aspects éthiques

«Travailler ensemble suppose de partager des informations et cela pose des problèmes relatifs au secret médical ainsi que sur le plan éthique...

Les différentes structures d'un réseau doivent être garantes de cette éthique. De nombreuses questions se posent : l'éthique doit-elle être définie à un moment donné à un niveau ministériel ou s'agit-il d'une logique d'acteurs ? À quel niveau les préconisations doivent-elles être travaillées ? Au niveau interministériel ? Il est donc proposé une réflexion sur la mise en place d'une commission d'éthique dont le rôle serait d'examiner des situations concrètes émanant du terrain dans le cadre de l'intervention de réseau. Cette commission pourrait être saisie par les professionnels, à l'image de la commission éthique de l'Office de la jeunesse du canton de Genève» (PEA ; voir l'Annexe 5).

Sortir des institutions

Visites au domicile, systèmes d'aide par téléphone, organisations d'espaces de débats... sont autant de stratégies souvent déjà existantes qu'il convient de promouvoir ou, si nécessaire, de développer, voire créer.

Promouvoir les visites à domicile

Bien que cela soulève le problème de l'intrusion dans la sphère privée, seules les interventions au domicile des personnes et des familles, en vue d'un repérage de la maltraitance et d'une prise en charge adéquate, sont des stratégies appropriées dans le cas de populations vivant exclusivement ou presque exclusivement dans ce cadre : les très jeunes enfants, les personnes âgées, certaines personnes handicapées.

Développer les visites à domicile, qui s'inscrivent dans un continuum de prévention et de soins, est nécessaire pour repérer les situations à risque pour les jeunes enfants. «*Cette démarche doit s'inscrire dans un cadre plus global d'accompagnement de la famille et de l'enfant et il est donc particulièrement important d'allier les visites à domicile à l'éducation des parents, d'où l'importance de la coordination entre la PMI, les hôpitaux (ou cliniques) et la médecine de ville*» (PEA).

- Développer des visites à domicile (par exemple par des infirmières) du troisième mois de la grossesse aux 2 ans de l'enfant, visites comprenant des actions d'éducation pour la santé et de soutien à l'habileté parentale ainsi qu'une aide au développement personnel de la mère. **PEA**

De la même manière, la même commission estime que, dans le cas des adolescents, les pratiques de visites à domicile d'intervenants sociaux seraient à développer en raison du « syndrome de la porte fermée » (PEA).

Constatant 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, la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » a pointé un certain nombre de difficultés rencontrées par les « aidants naturels familiaux » et de problèmes propres à l'intervention au domicile, et aux situations de huis clos voire d'emprise qui peuvent s'y développer. La commission recommande donc d'une part, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de soutien en faveur des aidants, d'autre part l'élaboration d'une « charte des intervenants à domicile ».

- Mettre en place des programmes de soutien en faveur des aidants, en développant notamment l'accueil de jour et l'accueil temporaire.
- Valoriser ce type d'activité et promouvoir une politique adaptée de rémunération, un recrutement exigeant par des cadres compétents, et une évaluation régulière de l'aptitude.
- Élaborer une « charte des intervenants à domicile » qui clarifierait le positionnement de l'aidant professionnel, de l'utilisateur et de l'entourage, cette charte devant aborder également le respect des droits et libertés de l'utilisateur, 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.
- 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. **PA-PH**

Faciliter l'accès aux systèmes d'accueil téléphonique

De nombreux systèmes d'assistance téléphonique existent, dédiés à l'écoute et/ou au signalement (le Fil santé jeune, le 119 pour l'enfance maltraitée, le réseau ALMA pour les personnes âgées et leur famille...). Les recommandations concernent leur extension, leur professionnalisation et le suivi des appels. Comme le note la commission « Périnatalité, enfants et adolescents », *« les numéros verts présentent une bonne lisibilité mais après : à qui parler à la suite du coup de fil ? Là, commencent les problèmes. Il faut des informations sur les lieux, les compétences, les services rendus pour les usagers et les professionnels » (PEA).*

Pour la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », 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.

- Mettre en place un dispositif téléphonique national, s'inspirant de celui expérimenté par la DGAS, commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées.
- Accompagner le service téléphonique national de relais locaux (départementaux, interdépartementaux ou régionaux) assurant le traitement et le suivi des appels. **PA-PH**

Promouvoir les espaces de parole

- Mettre en place des espaces de parole à destinations de personnes (notamment de jeunes, en s'appuyant sur l'expérience de la Ligue des droits de l'homme) concernées par toutes sortes de discriminations vécues ou craintes, dans le cadre de réseaux départementaux associant les différents acteurs associatifs et institutionnels des champs éducatif, sanitaire, social et sécuritaire. **GV**

- 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 en prévoir le financement. **PA-PH**

Intervenir dans les lieux de vie

- Favoriser les interventions thérapeutiques directes dans les lieux de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. **VSM**

Créer et développer des ressources (structures et ressources humaines)

Il s'agit ici d'assurer le développement de structures d'accueil existant actuellement en nombre tout à fait insuffisant ou d'en créer de novo, ou d'innover dans le mode de fonctionnement d'équipe, ou encore de doter certaines structures en personnels relevant de disciplines nécessaires au rassemblement de toutes les compétences nécessaires, point essentiel d'un fonctionnement efficace comme on l'a vu plus haut (paragraphe « mobilisation des compétences »). La majorité de ces recommandations concernent l'enfance et plus particulièrement la période périnatale.

- Développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes accompagnées ou non de jeunes enfants, en situation de grande précarité.
- Augmenter le nombre de psychologues en maternité.
- Renforcer en psychologues et psychiatres les équipes des réseaux de périnatalité, face aux carences dans la prise en charge des troubles psychiatriques de certains couples, et organiser la présence de médecins « psychosociaux » en périnatalité. **PEA**

Le besoin en structures d'accueil pour les femmes enceintes en situation de précarité était également une recommandation du rapport Naves. Toutes les mesures concernant l'augmentation des compétences en psychologie et psychiatrie dans les maternités sont préconisées dans le rapport de F. Molénat en janvier 2004 (Annexe 6), dans le plan « Périnatalité » 2005-2007 et dans le

plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008. Il importe donc d'assurer la cohérence entre ces divers programmes.

Dans le cadre de la prise en charge de la maltraitance envers les enfants, les « Espaces passerelles », qui prennent en compte à la fois les milieux familiaux, professionnels et scolaires et permettent d'intervenir précocement à un moment clé (lors de la 1^{re} entrée à l'école maternelle), représentent un dispositif qui doit être multiplié en France.

- 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 psychosociales. **PEA**

Pour une meilleure prise en charge des victimes :

- Créer des 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, de celles de gériatrie ou de psychiatrie). **GV**

Mettre au point un ensemble de mesures pour des populations à vulnérabilités particulières

L'objectif des recommandations de ce paragraphe est de proposer des mesures constituant un tout cohérent pour des groupes spécifiques de populations particulièrement exposées à la violence sans que soient ici créées des « catégories stigmatisables » car constituées, par exemple, sur la base de leur statut socio-économique ou de leur nationalité d'origine. Ainsi, le groupe pour lequel le plus de mesures ont été proposées est celui des femmes enceintes. On s'adresse donc ici à la population générale mais à un moment particulier à la fois par une vulnérabilité accrue et par un accès plus aisé pour des programmes d'intervention.

Les femmes enceintes

On l'a vu au chapitre des données épidémiologiques existantes, les femmes enceintes sont particulièrement la cible de violences, notamment conjugales. « Repérer une situation de violence chez une femme enceinte permet de la protéger, de l'informer de ses droits et des aides qui peuvent lui être proposées. C'est aussi organiser la prise en charge de l'enfant à naître » (**GV**). Nombre de mesures concernant la période périnatale ont été évoquées précédemment, notamment le développement et le bon fonctionnement des réseaux de périnatalité et l'apport de compétences psychologiques dans la prise en charge de la

grossesse. Les commissions « Genre et violence » et « Périnatalité, enfants et adolescents » recommandent en outre :

• Donner un cadre précis à l'entretien du 4^e mois promu par le plan « Périnatalité ». **PEA**

• La surveillance médicale prénatale étant obligatoire, mettre à profit ce dispositif pour que les professionnels, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes repèrent systématiquement les violences, lors des consultations prénatales et lors des séances de préparation à la naissance. **GV**

Ce repérage doit tout particulièrement figurer dans le contenu de l'entretien individuel du 4^e mois.

• Trouver des solutions rapides au raccourcissement du séjour en maternité après l'accouchement. **PEA**

« Le raccourcissement du séjour en établissement de soins est un vrai problème dans la mesure où la prise en charge en amont et en aval de la grossesse est souvent mal assurée. Il faut donc mettre en relation tous les professionnels qui vont faire face à la carence annoncée des maternités. Les médecins libéraux isolés qui suivent les grossesses auront par exemple besoin de structures référentes dans le cadre de leur activité ambulatoire » (PEA).

• Encourager les staffs de parentalité, système liant la maltraitance à la période anténatale et favorisant, pendant la grossesse, des réunions, dans le cadre de la maternité, de tous les intervenants internes et externes (partenaires des domaines de l'obstétrique, de la maternité, de la pédiatrie et de la psychologie ainsi que la PMI, les services sociaux et les médecins libéraux, trop souvent oubliés dans ce type de dispositif). **PEA**

Les femmes victimes de mutilations sexuelles

Le but, pour la commission « Genre et violence », est d'éliminer en France, à l'horizon 2009, la survenue de mutilations sexuelles féminines et d'améliorer les conditions de prise en charge des femmes qui en ont été victimes en concentrant les efforts sur quelques régions particulièrement concernées par ce problème de santé publique (initiative régionale ou locale).

Les détenus

- Pour les personnes détenues accompagnées à l'hôpital, faire le lien avec les dispositions de la réforme de 1994 concernant le droit d'accès des personnes détenues aux services de santé de droit commun, et avec celles de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes et des malades.
- Systématiser l'examen médical des personnes en garde à vue, droit de ce détenu de courte durée et garantie, pour les autorités concernées, en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements. **IOV**

- Améliorer l'encadrement des soins dans les services pénitentiaires. **VSM**

Une exigence d'évaluation

Considérant qu'il n'existe pas en France de véritable « culture de l'évaluation », et que l'absence d'évaluation des politiques publiques, des dispositifs, des programmes et des actions favorise les rajouts successifs de textes et de dispositifs sans assurance préalable de l'efficacité des précédents, sans même parfois une réelle mise en œuvre, l'ensemble des commissions a insisté sur l'importance de l'évaluation. Cette affirmation est toutefois assortie d'une certaine perplexité quant à la complexité des processus à évaluer et l'impossibilité d'extrapoler certaines expériences locales, *« le plan expérimental faisant parfois l'impasse sur les conditions de réussite liées notamment à la motivation particulière des acteurs directement impliqués dans ces actions innovantes. Il est souligné également les difficultés méthodologiques, financières, éthiques, de disponibilité et d'adhésion des acteurs pour la réalisation d'évaluations »* (PEA).

Les questions sont nombreuses : Qui évalue (auto-évaluation, évaluation par un tiers) ? Avec quels outils, stratégies et méthodes (quantitatives, qualitatives) ? Quels indicateurs (de processus, d'impact sur les pratiques, de résultats en terme épidémiologique), le rôle de la recherche apparaissant ici essentiel dans le choix des indicateurs les plus appropriés ? Qu'évalue-t-on (des dispositifs, des actions, des pratiques, des personnes) ?

Certains dispositifs récents comme les pôles de référence hospitaliers ou les UMJ doivent être évalués quant à leur implantation réelle partout où ils avaient été prévus, leur fonctionnement, leur mode de financement (partagé ou non) et leur efficacité.

« Il est recommandé d'instituer une évaluation de la prise en charge des enfants en danger au niveau départemental (notamment évaluation des recours et actions dans le cadre des Actions éducatives en milieu ouvert ; AEMO) avec deux volets : l'évaluation des processus qui doit être participative et mettre en évidence les potentiels d'amélioration de l'articulation des professionnels médico-sociaux, juridiques et éducatifs ; l'évaluation du suivi des actions d'amé-

lioration par la mesure d'indicateurs de fonctionnement concernant les points clefs de l'articulation des professionnels. Le recueil départemental légal concernant les signalements doit être un outil à utiliser. Ces éléments sont inscrits dans la loi qui n'est pas appliquée dans tous les départements. Une uniformisation est nécessaire» (PEA). On notera que l'évaluation du devenir des enfants eux-mêmes n'est pas suggérée ici et il faut, à ce sujet, rappeler qu'il n'existe pas en France d'évaluation scientifique des stratégies de maintien (ou non) en famille des enfants victimes de mauvais traitement, les décisions en la matière relevant essentiellement du dogme.

«À l'heure actuelle, on peut regretter que très peu d'études aient procédé à une évaluation du fonctionnement des réseaux de périnatalité. Il est donc suggéré d'évaluer les résultats de ces réseaux en terme de santé et d'accès aux soins» (PEA).

«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» (PA-PH).

- Exercer la surveillance des conditions de fonctionnement et d'organisation des services d'aide à domicile avec des moyens de procédure adaptés, les intégrer dans le programme national de prévention de la maltraitance, et soutenir le développement de l'évaluation de ces activités au moyen de cahiers des charges conventionnels. **PA-PH**

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.

- Demander 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. **PA-PH**

Qui évalue ? Des stratégies d'évaluation externe aussi bien que d'auto-évaluation sont proposées. Dans le second cas, il est insisté sur l'importance d'utiliser des outils standardisés.

- 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. **PEA**

« 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 » **(PA-PH)**.

- Introduire à part entière l'évaluation du risque « violence et maltraitance » dans les référentiels d'évaluation des établissements ;
- Promouvoir les démarches d'accréditation, selon des modalités adaptées, pour le secteur social et médico-social. **PA-PH**

- Élaborer et diffuser 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. **PA-PH**

- Pour engager ou renforcer la dynamique du débat et de la régulation collective des violences, 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 documents d'évaluation systématique des risques dans les établissements, dits « documents uniques », qui 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. **IOV**

Comment évaluer le fonctionnement en partenariat ? La question est posée par la commission « Institutions, organisations et violence ». En effet, si elle « 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 et que la gestion et la prévention des effets des violences devraient relever de l'intersectorialité », elle estime aussi que

« reste à définir l'instance ou l'organisation qui en assurera les rapprochements et les régulations » (IOV).

L'évaluation des personnes se pose principalement à propos des intervenants à domicile qui prennent en charge, dans un degré d'isolement souvent important, des personnes vulnérables éventuellement peu gratifiantes, ce qui rend absolument nécessaire le suivi de ces intervenants à domicile et la réévaluation régulière de leurs compétences et de leurs problèmes affectifs éventuels vis-à-vis des « aidés », comme l'a suggéré la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » en proposant sa « charte des intervenants à domicile ». Le problème est symétrique en ce qui concerne les personnes gardant de jeunes enfants et il a été souligné, lors du séminaire du 13 avril 2005, que la « prolifération » potentielle des emplois à domicile de gré à gré était un danger certain et méritait une sérieuse réflexion sur les systèmes de surveillance et de contrôle (Sem).

En conclusion, quel rôle du ministère de la Santé et du Plan lui-même pour soutenir une démarche d'évaluation ? Comme l'a demandé, la commission « Genre et violence », il faudrait :

- Évaluer impérativement chaque mesure conduite dans le cadre du plan Violence et Santé, en mettant en place dès 2005, pour chaque mesure du plan, des indicateurs de processus, d'impact et de résultat ; réservant un budget à cet effet dans le plan national et les plans régionaux. **GV**

Une façon de soutenir une telle démarche pourrait être la poursuite des travaux des commissions comme l'a demandé la commission « Violence, travail, emploi, santé », qui, « si elle était prorogée, pourrait participer au suivi des actions qui seront éventuellement décidées dans le cadre du plan Violence et Santé » (VTE).

Les actions : quelles grandes orientations ?

Les actions proposées concernent tout à la fois la prévention, le repérage, le signalement et la prise en charge. Elles s'adressent aux victimes, aux auteurs et aux témoins et impliquent de nombreux professionnels de divers champs.

Un bilan doit être fait des actions déjà réalisées en France et une promotion de celles qui ont été évaluées et validées (comme par exemple le « Réseau Gaspar » d'aide aux enseignants confrontés à la violence).

Le repérage et le signalement (du risque de maltraitance et de la maltraitance elle-même) doivent être améliorés par :

- l'élaboration de bonnes pratiques, notamment dans le cadre de conférences de consensus ;
- une clarification des règles de secret médical, quel que soit le type de violence ;
- l'extension et la professionnalisation des systèmes d'accueil téléphonique ainsi que l'amélioration du suivi des appels ;
- le signalement obligatoire de « pathologies traceuses » hautement suspects de violence (les hématomes sous-duraux de l'enfant par exemple).

La prise en charge des victimes doit mobiliser l'ensemble du système de santé, de l'hôpital au généraliste de ville, et utiliser au mieux les dispositifs spécifiques. Il faut donc :

- assurer la prise en charge post-immédiate dans les UMJ en informant les victimes sur les possibilités d'un soutien psychologique et social et d'une information juridique ;
- harmoniser les règles de détermination de la durée de l'ITT ;
- améliorer les services d'accueil et d'aide téléphoniques ;
- permettre aux CUMP de fonctionner selon les préconisations du plan « Psychiatrie et santé mentale » ;
- mener une réflexion critique sur le concept de traumatisme psychologique et sur la pratique du debriefing psychologique systématique.

En ce qui concerne les auteurs, il faut :

- reconnaître leurs besoins de prise en charge et prendre en compte la relation auteur-victime ;
- utiliser plus largement les mesures de protection avant jugement et en particulier l'éloignement de l'auteur des violences ;
- maintenir la vocation première des UMD d'être des structures de recours ultime.

Les témoins de faits de violence doivent être protégés et soutenus (création de « comités d'éthique de proximité », accès aux services d'aide téléphonique).

Il faut réactiver et renforcer le rôle des dispositifs existants (de prévention, comme de prise en charge) ***et les compléter par les créations nécessaires :***

– renforcer le rôle des CHSCT, des services de médecine du travail, des comités d'éducation pour la santé, des UMJ, des pôles de référence hospitaliers pour la maltraitance, des CLIC...

– créer et développer des ressources (en structures et en personnels) si nécessaire : développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes en situation de grande précarité ; augmenter le nombre de psychologues en maternité ; renforcer en psychologues et psychiatres les équipes des réseaux de périnatalité ; créer des équipes mobiles hospitalières afin que les établissements hospitaliers soient un relais et un point de coordination pour la prise en charge des victimes.

Les aspects institutionnels et organisationnels de la prévention de la violence méritent une attention toute particulière : promotion de stratégies de direction et d'organisation du travail dans les institutions, qui ont des capacités de protection contre la survenue de la violence (lieux de convivialité, introduction de la gestion du « risque violence » dans les établissements sociaux et médico-sociaux, mise à la disposition des personnels des textes législatifs définissant et encadrant les pratiques institutionnelles, élaboration d'outils d'auto-évaluation...).

Il convient de privilégier certaines **méthodes d'intervention qui rompent l'isolement** des professionnels et des personnes vulnérables **et/ou qui créent une proximité** de ces personnes :

– **développer le travail en partenariat et en réseau** : partenariats interministériels et inter-institutionnels rapprochant les professionnels de la santé de ceux des autres secteurs concernés (justice, social, éducation, police) ; équipes hospitalières et de terrain pluridisciplinaires ; réseaux (réseaux ville-hôpital impliquant les médecins de ville, réseaux de périnatalité, réseaux constitués autour de la thématique violence dans deux ou trois régions pilotes...).

– **constituer et faire fonctionner ces partenariats et ces réseaux selon certaines exigences précises** : 1) la mobilisation de compétences pointues et la non-confusion des rôles ; 2) le choix de ces compétences au niveau de responsabilité le plus approprié à chaque situation ; 3) le partage avec les patients ; 4) l'implication des associations ; 5) l'implication des collectivités locales ; 6) le partage et la pérennité des financements.

– **développer des stratégies de proximité, hors des institutions** médicales, sociales et médico-sociales : visites à domicile, permettant la prévention par l'éducation et le repérage, et supposant des protocoles de suivi des intervenants ; espaces de parole ; accueil téléphonique.

– **mener une réflexion sur le « droit d'intervention »** que supposent ces stratégies : intervention dans des établissements, dans des mondes clos comme les clubs sportifs, intervention dans la sphère privée (les familles, le domicile).

Les actions à entreprendre concernent aussi bien de grands segments de la population générale considérés comme éventuellement vulnérables et accessibles de façon quasi exhaustive à des mesures

de santé publique (les femmes enceintes, les nouveau-nés par exemple) que des **populations très particulières présentant des risques spécifiques, peu nombreuses mais soumises à des violences considérées comme inacceptables** (les victimes de mutilations génitales, les personnes prostituées par exemple).

Les actions les plus productives seront sans doute celles qui associent un ensemble cohérent de mesures, comme celles qui concernent la périnatalité.

Un certain nombre de **principes** doivent régir l'élaboration de ces actions :

- le caractère aussi **précoce** que possible des interventions à visée préventive ;
- la volonté de **réduire certaines disparités régionales et départementales** dans l'offre de soins préventifs et curatifs ;
- **l'implication des professionnels de première ligne**, dont les généralistes ;
- l'établissement de **ponts avec d'autres plans** (voir l'exemple du plan « Périnatalité » et de la contribution du plan « Violence et santé » à l'élaboration du contenu relatif à la violence pour l'entretien du 4^e mois de la grossesse). Il importe d'assurer la cohérence entre ces divers programmes.

Enfin, l'évaluation des actions engagées dans ce plan devra être systématique, conçue lors de l'élaboration de l'action elle-même, et menée avec des outils standardisés.

Évaluer impérativement chaque mesure conduite dans le cadre du plan « Violence et Santé », en mettant en place dès 2005, pour chaque mesure du plan, des indicateurs de processus, d'impact et de résultat et en réservant un budget à cet effet dans le plan national et les plans régionaux.

Information et formation

Rassembler et diffuser l'information

Toutes les actions qui ont été proposées par les commissions et présentées au sous-chapitre précédent ne peuvent être conçues et engagées sans qu'elles s'appuient, dans leurs objectifs et leurs méthodes, sur des connaissances pertinentes : données issues de la recherche, données internationales comparatives, données produites par des systèmes de surveillance et d'information. De la même manière, ces connaissances sont indispensables à la formation des personnels et à l'acquisition des compétences particulières décrites précédemment (dans les sous-chapitres relatifs à l'amélioration des connaissances et aux actions).

Rassembler des connaissances scientifiques

Il faut compiler et valoriser les données de la recherche (bilan de l'existant comme indiqué plus haut), mais aussi assurer la création d'un corpus de connaissances à partir de nouvelles recherches, ce qui signifie une volonté de collaboration entre institutions, de centralisation des données et d'identification d'un opérateur pour mener ces tâches à bien.

Les données scientifiques doivent être rassemblées à un niveau international, notamment avec un objectif de constitution de bases documentaires.

- Dans le cadre du plan, constituer une base bibliographique comparative au niveau international, en lien avec l'OMS et les agences européennes, ou les rejoindre si ces bases existent, ce travail pouvant être initié par l'élaboration d'un dossier documentaire analytique et synthétique des documents produits par différents pays suite au rapport de l'OMS.
- Lancer un appel d'offres dans ce domaine pour la constitution d'un réseau européen de coopérations. **IOV**

Le partage de l'information (à un niveau international) est en effet un élément essentiel et déborde le cadre de la documentation pour concerner aussi l'expertise.

- Développer des Centres-ressources disposant de sites Internet sur le mode du site SIVIC (site d'information sur les violences conjugales), de centres 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. **GV**

Ces «centres-ressources», tels que recommandés par la commission «Genre et violence» *«auraient vocation à être mobilisés pendant la durée du plan et sur l'ensemble des problématiques du plan Violence et Santé. Il ne s'agit en effet 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 devraient être déterminées par des contrats d'objectifs précis, intégrés dans des termes de référence constitutifs d'appels d'offres publics». (GV)

Élaborer des systèmes d'information et de surveillance épidémiologique

Ce n'est qu'au terme de la formation de chercheurs compétents et qu'après la stabilisation de programmes de recherche que l'on peut envisager de produire en routine des données sur la problématique «Violence et santé» et envisager des systèmes d'information et de surveillance épidémiologique. «*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*» (VSM).

Les objectifs principaux d'un système d'observation et de collecte de données en routine seraient : la mesure de la magnitude du problème des relations entre violence et santé ; la détermination de secteurs prioritaires pour l'action ; le suivi dans le temps (avec notamment un aspect d'évaluation des interventions) ; des comparaisons internationales ; des possibilités d'alerte (émergence de nouveaux types de violences, de nouveaux problèmes sanitaires ; de nouvelles causes de violence ; de problèmes touchant de nouvelles populations). Il s'agit donc d'objectifs ambitieux, d'autant que de multiples sources d'information sont nécessairement concernées.

Les systèmes d'information sur la violence correspondent à une attente des commissions qui sont plusieurs à avoir émis des recommandations en ce sens :

- Mettre en place des réseaux sentinelles au niveau des services d'urgence, des professionnels de premier recours, des maternités et autres services et professionnels particulièrement concernés. **GV**

Ces systèmes d'information et d'observation peuvent concerner la population générale (les consultants en urgence par exemple), des sous-populations (les élèves) voire des populations spécifiques à vulnérabilités particulières (les personnes prostituées par exemple), s'adresser à tous les sujets de telles populations ou à un échantillon tiré au sort.

- Optimiser le recueil administratif des actes de violence scolaire par un croisement avec les résultats d'évaluations externes ponctuelles et périodiques, en proposant un recueil de données répété dans le temps des phénomènes de violence dans des établissements scolaires sélectionnés de manière aléatoire. **PEA**

• Doter le service médical des entreprises 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. **VTE**

• 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 infections sexuellement transmissibles, la violence, la précarité, le recours aux dispositifs de prévention et de soins, cet objectif pouvant également être décliné au niveau européen dans le cadre d'un réseau sentinelle international. **GV**

Certains systèmes existent déjà : signalement des faits de violence dans le cadre de l'Éducation nationale (SIGNA), Observatoire de la délinquance, Observatoire national de l'Enfance en danger (ONED) « *Il n'est pas un jour sans qu'une institution n'annonce la construction à son niveau d'un dispositif... Que faut-il préconiser : le laisser faire, le regroupement ?* » (IOV).

Dans leur réflexion sur l'état des lieux des connaissances (chapitre 1), toutes les commissions se sont accordées pour reconnaître les problèmes d'exhaustivité (absence ou quasi-absence de données en provenance des hôpitaux par exemple) et de fiabilité des données produites par de tels systèmes. Les biais sont en effet nombreux. Ainsi, dans les établissements scolaires, « *un recueil seulement déclaratif comporte un risque de stigmatisation par détermination de profils d'enfants, de familles, de quartiers...* » (PEA). On l'a vu, toutes les données produites en France sur la maltraitance à enfant sont entachées d'un biais de sélection sociale, les classes socio-économiques les plus favorisées échappant généralement au repérage et au signalement, l'opérateur principal étant l'Aide sociale à l'enfance. Les institutions produisent des données correspondant à leur propre logique et pour leur propre utilisation, et les interprètent donc en ce sens. Ainsi la justice raisonne en terme d'auteur et collecte des informations sur ceux-ci, méconnaissant souvent les caractéristiques des victimes qui sont l'objet de toute l'attention de la médecine. Il faut des enquêtes complémentaires en population générale pour redresser les biais institutionnels. Enfin, la production en routine et la synthèse de données à partir de sources multiples sont un travail long, épuisant et très coûteux. L'abord de sujets divers (en l'occurrence ici la violence envers les enfants, les violences conjugales, celles touchant les personnes âgées, celles survenant au travail) dans le cadre d'un même recueil est également très problématique (sources de données différentes, outils de recueil différents...) et cette hétérogénéité est bien l'une des causes de la séparation, dans tous les pays, du système de surveillance des accidents de la circulation

routière et de celui des accidents domestiques et de loisir (outre les problèmes de territoire et de compétences ministérielles, autre aspect non négligeable...).

Construire un système d'information et d'observation sur l'ensemble de la problématique « Violence et santé » supposerait donc la mise en cohérence des outils (informatiques notamment) de recueil des différentes sources, et la possibilité de regrouper des données rendues compatibles. Cette mise en cohérence relève d'une démarche de recherche qui est abordée dans la première partie des recommandations. À l'heure actuelle, et comme suite aux travaux des commissions et du comité d'orientation, il paraît raisonnable de « *poursuivre le recensement des différents dispositifs en place, d'en interroger les liens et les niveaux et degrés de cohérence* » (IOV) et d'envisager de « cibler » certains thèmes particuliers. C'est donc fort sagement que la commission « Institutions, organisations et violence » se déclare défavorable à l'idée d'un Observatoire, en tant que structure venant s'ajouter à celles existant déjà, et propose de :

- Réaliser un 1er rapprochement des données, des sources et des dispositifs, en matière d'informations destinées à améliorer notre connaissance des violences et de leurs effets sur la santé.
- Confier ce travail à une mission plutôt qu'à une structure. **IOV**

Diffuser l'information

Que diffuser, et comment, au grand public ?

Les recommandations proposées concernent tout à la fois le grand public et des catégories considérées comme vulnérables. Les supports envisagés sont multiples : livrets, sites Internet, grande presse, la validation des outils n'étant pas toujours envisagée. Les thèmes abordés concernent aussi bien l'information sur les facteurs de risque que des aspects pratiques sur la prise en charge des victimes et des témoins, voire des auteurs.

Informer sur les facteurs de risque et les situations à risque

- 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. **PEA**

Cette information du grand public devrait être apportée grâce à des campagnes nationales articulées avec des actions de proximité utilisant des supports et des outils validés (par exemple des brochures élaborées sur le modèle d'« être parent, pas si facile » qui peut aussi être réédité). Des conseils aux futurs parents doivent aussi être diffusés lors des consultations prénatales. Ces recommandations concerneront la mère mais aussi le père et elles auront un rôle valorisant pour les deux.

Il est nécessaire de diffuser une information sur les risques de l'ESI (entraînement sportif intensif) auprès de toutes les personnes concernées, à savoir les enfants et jeunes sportifs eux-mêmes, les parents (association de pratiques sportives cumulatives par les parents n'ayant aucune culture à ce sujet), les

éducateurs et les entraîneurs mais également les dirigeants, les médecins, les responsables d'établissements et les municipalités. Certains outils ont été créés au ministère des Sports et peuvent être utilisés (**PEA**).

- 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...
- 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, sous la forme d'un livret « sortie d'hôpital et retour à domicile d'une personne devenue handicapée : stratégie et ressources » ;
- Créer à l'intention des proches des livrets « la vie quotidienne d'une personne présentant un handicap fonctionnel », ainsi que des livrets d'information sur chaque maladie invalidante 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 ».

PA-PH

Informersur les possibilités et les lieux de signalement et de prise en charge

- 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.
- Étendre à tous les conseils généraux la pratique (adoptée par certains) de l'ouverture d'un site Internet particulier dédié pour permettre la transmission d'une information sur un service ressource, un numéro de téléphone...

PEA

Informers des publics spécifiques

- Informer (sur le thème des mutilations sexuelles), 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).
- Recenser et évaluer les outils et expériences locales de prévention et d'accès aux soins en direction des personnes prostituées, 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.

GV

Utiliser les médias

En ce qui concerne les problèmes liés à l'ESI chez l'enfant, la surmédiatisation est également un facteur de risque et peut constituer une dérive au niveau de l'enfant, en exacerbant les dangers des circuits de compétition, l'esprit de compétition poussé à l'extrême pouvant favoriser les conduites à risques. Il faut donc inciter les médias à donner une image positive des bonnes pratiques (PEA).

« Les personnes âgées et handicapées étant les grands absents de la scène médiatique, une sensibilisation du public aux questions de violence et de maltraitance à leur égard paraît nécessaire mais doit éviter le registre de la victimisation ou de l'indignation qui renforcerait leur stigmatisation » (PA-PH).

- Soutenir et relayer 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...). **PA-PH**

- Organiser des campagnes médias « de déstigmatisation » autour de l'objectif de réduire l'amalgame que fait l'opinion publique entre folie, violence et maladie mentale. **VSM**

« En effet, la stigmatisation 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. Toutefois, il est important de distinguer campagnes d'information et campagnes de déstigmatisation, étant donné les effets inattendus possibles des premières sur les représentations sociales. Enfin la commission « Violence et santé mentale » préconise l'importance de mettre en place une réflexion spécifique, au niveau national, sur le rapport entre les usagers, la psychiatrie et les médias » (VSM).

Mobiliser conjointement le grand public et les professionnels

- 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 de ses conséquences en terme de santé publique. **GV**

Que diffuser, et comment, aux professionnels ?

Deux points principaux sont abordés ici et concernent les professionnels qui accueillent et prennent en charge des victimes de violence : la nécessité d'informer simultanément l'ensemble des acteurs professionnels de cette prise en charge, l'importance de diffuser l'information auprès des médecins libéraux « de première ligne ».

- Informer systématiquement 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... **GV**

- Inciter les institutions à faire des démarches vers les professionnels libéraux pour qu'ils aient au moins un lieu/un numéro lorsqu'ils sont en prise avec la famille. **PEA**

Formation

Former les professionnels de la santé

Dispenser des formations généralistes

- 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 ; en évaluant à l'issue du plan, au même titre que les autres matières enseignées, chaque formation comportant un module « violence ».
- En matière de formation médicale continue, saisir le conseil national de FMC qui est chargé d'en définir les orientations nationales et qui comporte le conseil national de FMC des médecins libéraux, celui des médecins salariés non hospitaliers et celui des médecins hospitaliers. **GV**

Dispenser des formations spécialisées

On l'a vu, un des éléments clés du plan « Périnatalité » est l'entretien du 4^e mois de grossesse qui vise notamment à dépister les femmes et les couples vulnérables et à prévenir d'éventuels futurs troubles de la parentalité et une possible maltraitance de l'enfant à venir. Il est important que le plan « Violence et santé » propose des « recommandations précises sur le contenu et la conduite de cet entretien, qui doit répondre à un guide de bonnes pratiques validées par la communauté scientifique. L'élaboration et la diffusion de ces recommandations doivent s'accompagner d'un vrai travail de formation à l'égard des professionnels, comme les sages-femmes, les médecins et les travailleurs sociaux » (**PEA**).

- Définir le contenu de l'entretien du 4^e mois de grossesse. **PEA**

Pour la commission «Périnatalité, enfants et adolescents», il faut réaffirmer l'importance d'une formation actualisée de tous les professionnels impliqués dans le repérage et la gestion des situations de maltraitance envers les enfants, avec une mention particulière pour les médecins libéraux (FMC), notamment en milieu rural. Il faut également inclure dans cette formation tout ce qui a trait aux «*facteurs de protection (éducation de l'enfant, résilience, capacité de gérer les conflits ; développement de l'estime de soi...)*» (PEA).

- Veiller à ce que ce problème de santé publique que sont les mutilations sexuelles féminines 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. **GV**

- Créer des formations spécialisées sur la prise en charge des situations de violence.
- Améliorer, par la formation, les pratiques de l'expertise psychiatrique (création de diplômes spécialisés, de formations continues, de groupes de supervisions ou d'intervisions, etc.). **VSM**

À l'amélioration des pratiques de l'expertise psychiatrique, il faut ajouter celle de la médecine légale pédiatrique, actuellement pratiquée par très peu de médecins légistes connaissant bien l'anatomopathologie chez le jeune enfant.

- Augmenter le nombre de praticiens possédant la double compétence en sciences du travail (et des organisations) et en psychopathologie clinique. **VTE**

Former les personnels d'autres champs professionnels

Les personnels de l'Éducation nationale

Les enseignants et les autres intervenants des établissements scolaires peuvent jouer un rôle clé dans le repérage de la maltraitance et sont par ailleurs de plus en plus souvent confrontés à des situations de violence. Dans cette perspective, il est regrettable qu'il n'existe pas une formation systématique des futurs enseignants sur ces thèmes dans l'ensemble des IUFM. «*Le champ de la violence en général, des stratégies de gestion des conflits et de prévention précoce à travers la pédagogie au quotidien en particulier, ne sont abordés que ponctuellement. Il est donc préconisé d'inscrire dans la formation initiale et continue des enseignants, de façon obligatoire, une réflexion sur les facteurs internes et externes à l'école, favorisant la violence et sur les principes de résolution des situations conflictuelles. La formation des maîtres doit notamment : contribuer à favoriser une approche positive de l'enfant et des parents ; permettre aux enseignants d'être attentifs aux signes de mal-être manifestés par les élèves, et favoriser le travail en réseau avec d'autres professionnels.*

Enfin, en référence aux recommandations issues des travaux internationaux sur la prévention de la violence chez l'enfant, il est indispensable de susciter des programmes associant le développement des compétences psychosociales des élèves, notamment la gestion des conflits, l'implication des parents et la réflexion des enseignants sur leurs pratiques éducatives» (PEA).

- Rendre obligatoire, lors de la formation initiale des enseignants, la connaissance des processus et facteurs de risque de violences ainsi que la gestion des conflits.
 - Favoriser la mise en place effective des processus qui font la preuve de leur efficacité, notamment le développement des compétences sociales.
- PEA**

Il convient aussi de rappeler que, par le biais de l'éducation à la sexualité inscrite dans les programmes, le thème de la parentalité peut et doit être abordé.

Les forces de l'ordre

- 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.
- PA-PH**

Les personnels des entreprises

- Former les membres des CHSCT qui ont des difficultés à assumer leur tâche de prévention de la violence, faute de formation.
 - Combler le 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 (d'autant que 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).
- VTE**

Assurer des formations interprofessionnelles

- Former l'ensemble des personnes concernées aux référentiels de bonnes pratiques sportives existants.
- PEA**

La commission « Personnes âgées et personnes handicapées » reconnaît unanimement *« la nécessité d'agir sur la formation des intervenants quel que soit leur statut : professionnels du soin, de l'accompagnement, équipes dirigeantes (gestionnaires bénévoles, équipes de direction), aidants naturels, bénévoles... Et ceci, à tous les stades : formation initiale, formation continue, validation des acquis de l'expérience professionnelle » (PA-PH).*

- Élaborer 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 ayant vocation à être intégré dans toutes les formations initiale et continue des professionnels de l'aide et du soin (en portant une attention particulière 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).
- Privilégier des méthodes de formation-action, qui permettent d'intégrer la formation dans un projet plus global de bienveillance, en s'appuyant sur des outils de types «trousses de bienveillance» ou mallettes pédagogiques constituées d'outils simples permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques.
- Faire des campagnes de promotion pour les métiers de l'accompagnement du handicap.
- 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.

PA-PH

Le problème de la qualification des personnes intervenant au domicile, pour les personnes âgées mais aussi pour les jeunes enfants (assistantes maternelles au domicile des familles notamment) risque de devenir aigu dans le cadre de la procédure de recrutement «de gré à gré» (**Sem**).

- Accueillir dans le cadre du centre de consultations des CITTP (s'ils sont créés) 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.

VTE

Comme cela ressort très bien des recommandations des commissions «Personnes âgées et personnes handicapées» et «Violence, travail, emploi», des formations impliquant des professionnels venant de champs divers et des profanes sont sans doute à même de créer une culture et des références communes, ce qui ne peut que favoriser des pratiques cohérentes de repérage et de prise en charge de la violence et de ses conséquences sanitaires. De la même manière, en ce qui concerne le domaine de la maltraitance envers les enfants et les adolescents, le rapport Naves recommandait des «*formations transversales, en commun, des divers professionnels*».

- Promouvoir des contenus et des méthodes susceptibles d'encourager les pratiques de groupe.

IOV

L'information et la formation : quelles grandes orientations ?

Il faut définir les stratégies de capitalisation et de diffusion de l'information, en ayant bien à l'esprit l'objectif d'utilisation pour l'action et pour la formation, et constituer un corpus de connaissances scientifiquement solides.

Il convient donc de valoriser les données de la recherche et de centraliser les connaissances scientifiques françaises et internationales sur la problématique « Violence et santé » :

– par la création de bases documentaires internationales, associant la littérature scientifique et la littérature « grise » (Plans, rapports...), éventuellement en lien avec l'OMS ;

– par le développement temporaire de « Centres-ressources » concernant des thématiques précises et associant documentation et réseaux d'experts (nationaux et internationaux).

Il faut entreprendre la réflexion sur l'élaboration de systèmes d'information et de surveillance épidémiologique :

– avec pour objectif la production en routine de données permettant : la mesure de la magnitude du problème des relations entre violence et santé ; la détermination de secteurs prioritaires pour l'action ; le suivi dans le temps (avec notamment un aspect d'évaluation des interventions) ; des comparaisons internationales ; des possibilités d'alerte ;

– sous certaines conditions : 1) les catégories à prendre en compte, les indicateurs, les systèmes de mise en cohérence des sources, les outils et les méthodes de recueil sont les produits d'une recherche méthodologique ; 2) il faut réaliser un ciblage des thèmes prioritaires et non proposer un système généraliste ; 3) toutes les sources potentiellement utiles doivent être explorées et participer (y compris celles qui sont très peu contributives actuellement, comme les services de santé et notamment les services d'urgence) ; 4) les recueils institutionnels doivent être complétés par des enquêtes ad hoc en population générale ; 5) une évaluation préalable soigneuse du coût de tels systèmes doit être menée, le postulat de base étant que ces systèmes d'information ne peuvent fonctionner que s'ils sont encadrés et gérés par des personnes en nombre suffisant et ayant un haut niveau de qualification (en statistique, informatique, épidémiologie, documentation, sociologie principalement) ;

– en réfléchissant à l'opérateur futur, l'InVS par exemple.

Il faut donc envisager une phase d'évaluation de la faisabilité qui devrait être confiée à une mission plutôt qu'à une structure.

Parmi les données de routine, il faut souligner l'importance des données de mortalité dont il convient d'assurer la meilleure qualité possible, par transmission systématique à l'INSERM des résultats d'autopsie médico-légale en cas d'obstacle médico-légal et de saisine du parquet.

La diffusion de l'information doit concerner tout à la fois les professionnels, le grand public et les médias.

– *Le grand public, comme les professionnels de « première ligne » doivent avoir accès à une information sur les facteurs de vulnérabilité et les situations à risque (familles de personnes handicapées ou âgées dont l'état clinique est préoccupant, jeunes parents mal informés des aléas de la « parentalité »...); sur les lieux et possibilités de signalement et de prise en charge (pour les victimes, les témoins, les auteurs).*

– *Les stratégies de diffusion de l'information devraient associer les campagnes nationales et les actions locales et utiliser des outils validés (livrets, brochures telles que « Être parent, pas si facile », par exemple).*

– *Est concerné l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans le cadre du dispositif 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...*

– *Les médias doivent être utilisés essentiellement pour sortir de l'aspect anecdotique et de la connotation « fait divers » de la violence, ainsi que pour mettre fin à certains contresens, concernant notamment les relations entre violence et maladie mentale, et à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux.*

– *Finalement il faut créer un véritable mouvement d'opinion, notamment par l'organisation, sur l'initiative de la France, de colloques internationaux de vulgarisation scientifique touchant à la fois les professionnels et le grand public.*

La formation sur les « aspects santé » de la violence et sur les bonnes pratiques en matière de prévention, repérage, signalement et prise en charge concerne de nombreux secteurs professionnels.

– *Tous les professionnels de la santé sont concernés, médicaux et paramédicaux, hospitaliers, libéraux et de santé publique, et tous les niveaux de la formation (initiale et continue, généraliste et spécialisée).*

– *Des spécialités clés dans le traitement sanitaire et judiciaire de la violence sont actuellement insuffisamment développées et doivent faire l'objet d'une amélioration des contenus de formations et, éventuellement, de nouveaux diplômes. C'est tout particulièrement le cas de l'expertise psychiatrique et de la médecine légale pédiatrique.*

– *En dehors du secteur sanitaire, de nombreux secteurs professionnels sont concernés : la justice, la police, le secteur social, l'Éducation nationale (une formation systématique devrait être assurée dans l'ensemble des IUFM sur les thèmes du repérage de la maltraitance, de la gestion de la violence dans les établissements, et du développement des compétences psychosociales des élèves).*

– *Les personnels de tous les niveaux sont susceptibles de bénéficier*

de formations sur les mécanismes de développement de la violence, notamment les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les cadres d'entreprises.

– Certains thèmes mal connus méritent de faire l'objet de formations auprès de professionnels variés (mutilations génitales féminines, homophobie, maltraitance financière...).

– Enfin, certains aspects doivent être considérés comme prioritaires :

- 1) la formation à des compétences précises, voire pointues, des professionnels qui seront impliqués dans les actions incluses dans le plan « Violence et santé » ;*
- 2) la formation collective de membres d'équipes pluridisciplinaires ;*
- 3) la réalisation de formations conjointes associant des professionnels de secteurs différents ;*
- 4) l'utilisation de méthodes participatives de type formation-action ;*
- 5) la formation des intervenants au domicile, assortie d'une réflexion sur la vigilance à apporter face aux procédures d'accord « de gré à gré » ;*
- 6) le suivi de ces diverses formations par la supervision et l'évaluation des compétences acquises (avec une question de fond dont le traitement scientifique est difficile : quelles parts relatives des compétences et des affects dans la prise en charge appropriée des personnes vulnérables ?).*

Conclusion

Partant d'une définition de l'impact de la violence sur la santé proposée par l'OMS, des recommandations du HCSP et de la demande du ministre de la Santé de participer à l'élaboration d'un Plan quinquennal «Violence et santé», les six commissions thématiques dont les travaux constituent la matière de ce rapport de synthèse, ont accompli un travail considérable de réflexion et de conceptualisation pour finalement aboutir à des propositions concrètes. Chaque commission s'est construit un champ conceptuel et a mené sa réflexion de façon pluridisciplinaire, les professionnels de la santé se trouvant confrontés à la nécessité d'une culture nouvelle pour eux, selon laquelle le problème de l'impact de la violence sur la santé ne saurait être appréhendé du simple point de vue de la médecine, mais suppose que soient noués des partenariats avec des professionnels de nombre d'autres champs. C'est dans cette optique que des questions relativement nouvelles en France ont été explorées, comme celle de la violence en relation avec le genre, ou celle de la violence institutionnelle d'origine organisationnelle.

Le champ de travail était très vaste et des exclusions ayant été nécessaires, des ponts ont été identifiés avec des programmes ou des plans existants. Néanmoins, il convient de souligner que très peu de pays, depuis la parution du rapport de l'OMS (*Rapport mondial sur la violence et la santé*), ont mené une réflexion aussi globale sur cette problématique.

Il n'a pas été possible d'identifier une définition commune de la violence, les principales discussions ayant porté sur les frontières de la «légitimité sociale» de la violence et sur son caractère délibéré ou non. Les différences entre commissions concernent essentiellement la prise en compte ou non des violences non délibérées (violences «par omission», négligences, «violences en creux» liées aux manquements aux soins attendus et aux écarts du fonctionnement «normal» des services de santé). Ce sont les logiques des domaines explorés qui ont conduit à ces différences et qui ont permis d'élaborer des définitions cohérentes avec les problématiques analysées par chaque commission, et finalement opérationnelles. Le rapport de synthèse, lui, s'est attaché à rassembler les données produites pendant ces semaines de travail, en s'intéressant de façon privilégiée

aux relations existant entre « violence » et « santé », qu'il s'agisse de l'impact de la violence sur la santé et le système de soins, ou des états de santé générateurs de violence, le but étant d'identifier comment les professionnels de la santé publique peuvent intervenir au mieux face aux aspects sanitaires de la violence.

Une connaissance scientifique insuffisante sur la problématique « Violence et santé »

Toutes les commissions l'ont affirmé, on manque en ce domaine de données scientifiques fiables. Celles qui sont disponibles sont éparées, hétérogènes, provenant de sources multiples parfois d'accès difficile, et recueillies selon des méthodes variées. Sur certains sujets, notamment pour tout ce qui concerne la thématique « violence et santé mentale », la pauvreté des données françaises conduit à analyser la littérature scientifique internationale, essentiellement anglo-saxonne, ce qui, dès lors qu'on s'adresse à un phénomène sociétal tel que la violence, peut conduire à des extrapolations hasardeuses quant à la compréhension des causes, du contexte politique et culturel et quant aux solutions de santé publique à imaginer.

Des pans entiers de la problématique « violence et santé » restent peu explorés (comme le problème des violences exercées sur les personnes atteintes de troubles mentaux, ou les conséquences sanitaires de la violence au travail, ou encore le devenir à long terme des victimes quel que soit le type de violence) voire inexplorés (absence totale d'études économiques du coût de la maltraitance). Les données sont plus nombreuses et cohérentes pour certains âges (les enfants) que pour d'autres (les personnes âgées). Enfin, les données disponibles présentent *d'indiscutables problèmes de fiabilité, essentiellement de deux ordres : des problèmes d'exhaustivité des recensements et des biais de nature multiple rendant l'interprétation des chiffres difficile et la représentativité douteuse.*

L'exhaustivité des données sur les faits de violence n'est clairement atteinte par aucun des enregistrements actuels et ces carences trouvent leur origine à tous les niveaux de connaissance potentielle de ces faits de violence : statistiques de mortalité incomplètes ; sous-déclaration par les victimes elles-mêmes ; déficit de repérage, notamment des conséquences sanitaires des mauvais traitements, phénomène largement répandu, principalement dans le milieu médical ; sous-investigation des cas suspects ; sous-signallement des cas repérés. Sur le plan quantitatif, à ce déficit d'exhaustivité, il faut ajouter les problèmes de doubles comptes (à l'intérieur d'un même organisme ou d'un même système ; entre organismes). Enfin, la connaissance de l'ensemble des conséquences sanitaires de la violence restera impossible tant que les outils de recueil, de catégorisation et de classement de la Justice persisteront à ne pas prendre en compte les caractéristiques des victimes, les auteurs étant seuls identifiables par les logiciels informatiques utilisés dans les tribunaux.

Les biais sont au moins de trois natures : liés aux institutions qui collectent des données selon leur propre logique et pour évaluer leur propre activité ; liés à d'éventuels changements de centres d'intérêt (pour tel type de violence plutôt que pour tel autre) ; liés à des présupposés concernant les

conditions socio-économiques de vie des auteurs et des victimes (la plupart des systèmes chargés de l'enregistrement des données sur la violence s'intéressant préférentiellement aux classes sociales les moins favorisées). **C'est dire l'importance des grandes études épidémiologiques en population** (déjà menées, en projet ou à susciter).

Malgré tous ces problèmes de fiabilité, l'analyse et la confrontation des données existantes permettent de dégager un certain nombre de résultats qui semblent scientifiquement solides :

1) la magnitude du problème semble importante ;

2) il est difficile de dire s'il existe actuellement une augmentation de la violence en France ou si la tolérance aux violences diminue (d'où une déclaration plus fréquente), ou si la visibilité de la violence est de plus en plus grande, car le repérage et le signalement s'améliorent, des procédures policières et judiciaires de plus en plus strictes s'accompagnent d'une augmentation des violences enregistrées, enfin les médias jouent un rôle non négligeable dans cette visibilité ;

3) le lieu des violences est très souvent l'espace privé (enfants maltraités par leurs parents, violences conjugales, personnes âgées maltraitées à leur domicile...);

4) les conséquences sanitaires sont massives, en termes d'état de santé et de consommation médicale ;

5) les auteurs sont le plus souvent des proches (mari ou concubin des femmes violentées, soignant des personnes âgées en institution) et ont souvent été eux-mêmes victimes de violence dans leur passé. De plus en plus de mineurs sont impliqués, notamment comme auteurs d'agressions sexuelles. Les malades psychiatriques dangereux voient leur dangerosité diminuée lorsqu'il n'y a pas de rupture de soins ;

6) les facteurs de risque unanimement identifiés sont l'alcoolisme et le chômage. Les résultats sont plus complexes à analyser en ce qui concerne le niveau socio-économique, et les facteurs affectifs jouent sans doute un rôle dominant. En ce qui concerne les facteurs de risque, certains biais évoqués ci-dessus seraient considérablement minorés par des approches prospectives de type cohortes ;

7) des facteurs organisationnels, notamment l'organisation du travail, peuvent créer les conditions de survenue de la violence ;

8) *l'isolement moral et/ou social est une des principales clés explicatives de la violence.*

« Entre ignorance et urgence »

De l'ensemble de ces considérations il ressort qu'on se trouve actuellement en quelque sorte entre ignorance et urgence. **On ne dispose pas des connaissances scientifiquement solides qui seraient nécessaires à l'élaboration, et à l'évaluation, d'interventions pertinentes ainsi qu'à la formation**

des professionnels concernés, et il convient donc de développer la recherche d'une part, les systèmes d'information d'autre part. Par ailleurs, l'ampleur du problème et la gravité de ses conséquences en terme de santé incitent à mettre en œuvre le plus rapidement possible un plan d'action. Confrontées à ce dilemme, les commissions ont unanimement proposé d'améliorer la connaissance, de s'appuyer parallèlement sur les nombreux dispositifs existants en les rendant plus opérationnels et en favorisant leur cohérence, puis, à plus long terme, de poursuivre le développement de la recherche, de construire des systèmes d'information et de mettre au point de nouvelles actions et de nouvelles formations, assises sur des connaissances fiables et évaluées.

Pour améliorer la connaissance sur les relations entre la violence et la santé, il faut s'engager dans deux voies : la recherche, l'élaboration de systèmes d'information et d'observation, et procéder selon une chronologie rigoureuse. Une première étape est celle du bilan des données existantes (par l'expertise collective par exemple), une deuxième celle du développement de la recherche, une troisième celle de la mise en place de systèmes d'information « en routine » qui ne sauraient être élaborés sans un minimum de consensus sur les définitions, les catégories à observer, les sources à explorer, les outils de recueil à développer, les mises en cohérences à effectuer, et en cela les résultats de la recherche sont le meilleur guide.

Développer la recherche

La recherche joue un rôle fondamental pour faire comprendre des problématiques délicates, souvent perçues par les non-professionnels comme hors du champ scientifique. C'est ainsi que c'est l'enquête ENVEFF qui, en France, a véritablement fait « exploser » le thème des violences conjugales et l'a sorti de la rubrique des faits divers pour en faire un phénomène socio-sanitaire. **La recherche à promouvoir maintenant est par essence pluridisciplinaire.** Il faut donc : renforcer ou développer, par la formation, les compétences nécessaires ; constituer des équipes associant toutes les disciplines pertinentes pour chaque projet ; encadrer les projets de recherche par des comités de pilotage scientifique pluridisciplinaires. En effet, les résultats associant des données chiffrées et d'autres issues d'entretiens avec des personnes ont une crédibilité particulièrement forte et peuvent constituer une base solide pour élaborer des politiques qui prennent bien en compte l'ensemble des points de vue. **Certaines méthodes sont à développer et privilégier : créations de cohortes,** et plus particulièrement de cohortes de naissances (seule technique permettant de relier les problèmes de violence à des facteurs de risque sans les biais habituels des études rétrospectives) ; **association d'enquêtes en institution et en population, utilisant des méthodes complémentaires ; exploitations complémentaires de grandes enquêtes existantes ; recherche de terrain utilisant des techniques d'observation** (permettant de détecter les violences non déclarées). Il faut **définir des thèmes prioritaires,** parce que les connaissances sont quasi inexistantes ou le problème mal défini, parce que le coût sociétal est majeur, la violence créant à long terme une véritable déstructuration sociale (maltraitance envers les enfants ; violence liée au non-emploi, par exemple), parce que la population considérée est accessible de façon quasi exhaustive aux mesures de santé publique qui pourraient découler de la recherche (les femmes enceintes, les élèves...). Sur

un thème donné, toutes les sources potentiellement contributives doivent être explorées et certaines sources majeures, actuellement très peu productrices de données, doivent faire l'objet de recherches. Il en est ainsi du système de soins, passage obligé de nombre de victimes de violence, et qui ne contribue guère à la connaissance du problème. Enfin, les aspects organisationnels de la génération de la violence doivent être abordés (comment un fonctionnement institutionnel peut-il être créateur de violence ou protecteur contre celle-ci ?).

Le milieu français de la recherche n'est actuellement pas véritablement armé pour faire face à de tels développements et de telles questions. Pour véritablement mener un programme de recherche sur le thème « Violence et santé » qui soit à la hauteur de l'enjeu sanitaire et social que représente ce problème, une politique volontariste est nécessaire, visant à :

1) **structurer le milieu de recherche** par la formation, la création d'unités fonctionnelles pluridisciplinaires incluant la recherche clinique, le développement de disciplines comme l'épidémiologie psychiatrique ;

2) **élaborer des appels d'offres, dans le cadre d'une collaboration entre le ministère de la Santé et l'ANR**, et en relation avec les initiatives européennes ;

3) constituer un comité scientifique de suivi (comportant des représentants des grands EPST et auquel pourraient contribuer les commissions actuelles).

Élaborer des systèmes d'information

Il faut **entreprendre la réflexion sur l'élaboration de systèmes d'information et de surveillance épidémiologique, avec pour objectif la production en routine de données** permettant : la mesure de la magnitude du problème des relations entre violence et santé ; la détermination de secteurs prioritaires pour l'action ; le suivi dans le temps (avec notamment un aspect d'évaluation des interventions) ; des comparaisons internationales ; des possibilités d'alerte. **La mise en place de tels systèmes ne peut se faire que sous certaines conditions :**

1) les catégories à prendre en compte, les indicateurs, les systèmes de mise en cohérence des sources, les outils et les méthodes de recueil sont les produits d'une recherche méthodologique ;

2) il faut réaliser un ciblage des thèmes prioritaires et non proposer un système généraliste ;

3) toutes les sources potentiellement utiles doivent être explorées et participer (y compris celles qui sont très peu contributives actuellement, comme les services de santé et notamment les services d'urgence) ;

4) les recueils institutionnels doivent être complétés par des enquêtes *ad hoc* en population générale ;

5) une évaluation préalable soigneuse du coût de tels systèmes doit être menée, le postulat de base étant que ces systèmes d'information ne peuvent

fonctionner que s'ils sont encadrés et gérés par des personnes en nombre suffisant et ayant un haut niveau de qualification (en statistique, informatique, épidémiologie, documentation, sociologie principalement).

Il faut donc envisager **une phase d'évaluation de la faisabilité qui devrait être confiée à une mission plutôt qu'à une structure.**

S'appuyer sur le cadre législatif et réglementaire existant

Le cadre législatif de lutte contre la violence, et ses implications en matière de santé, existe en France ; il est globalement satisfaisant et suffisant en ce qui concerne l'affirmation des droits fondamentaux des personnes face à la violence, de certaines populations vulnérables et des victimes, et **l'application des textes législatifs et réglementaires existants doit être a priori préférée pour l'instant à l'élaboration de nouvelles lois.** De plus, proposer une législation spécifique relative à la protection des personnes vulnérables comporte un risque non négligeable de stigmatisation de personnes faisant déjà l'objet de représentations négatives. Finalement, **le droit bien souvent n'est pas appliqué parce que les textes restent méconnus** du fait du caractère décourageant de leur multiplicité d'une part, de leur complexité d'autre part, de leur style technique et souvent ardu enfin. Il s'agit donc de les diffuser mais en les faisant comprendre. Il est donc proposé de :

1) rassembler l'ensemble des textes législatifs et réglementaires concernant l'affirmation des droits fondamentaux des personnes face à la violence, de certaines populations vulnérables et des victimes (quels que soient le statut des ces personnes et les lieux dans lesquels la violence peut s'exercer) ;

2) prendre connaissance des mêmes textes au niveau européen et en faire l'étude comparative ;

3) créer une série d'outils de vulgarisation expliquant ces textes, ces outils étant adaptés à chaque contexte, type de population, institution... ;

4) diffuser les textes accompagnés de ces outils, en organisant éventuellement des séminaires de formation ;

5) dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les entreprises, les établissements scolaires... (tous les types d'institution potentiellement concernés), effectuer des contrôles du respect des droits des personnes en plus des contrôles du respect des normes (sécurité, conditions de travail...). Donner un cadre à la prévention de la violence au niveau institutionnel est en effet d'autant plus important qu'en France, les dispositifs législatifs et réglementaires pris en réponse à des situations ou à des contextes particuliers abordent essentiellement la question de la violence interpersonnelle. Le débat ne s'est quasiment pas élargi aux problèmes liés à la violence institutionnelle, législative ou « étatique ». En effet, le système français commence à peine à envisager les maltraitances institutionnelles qui pourraient être la résultante de l'affaiblissement des organisations, ou encore de la défaillance d'un système complexe de production de prestations.

Il est enfin important de **clarifier tout ce qui touche aux règles de signalement et de secret médical** et d'engager une réflexion éthique sur les façons de dénoncer la violence et de respecter le droit sans toujours suivre les procédures les plus lourdes.

Renforcer, améliorer et évaluer les dispositifs de prévention et de prise en charge existants

En matière d'interventions, il existe un véritable foisonnement d'expériences de niveaux et d'étendues variés. Le plus urgent paraît être de **renforcer les dispositifs spécifiquement dédiés à la prise en charge des victimes de la violence : les CUMP (Cellules d'urgence médico-psychologique), les UMJ (Unités médico-judiciaires), les pôles de référence hospitaliers**, en s'assurant de leur opérationnalité, de la couverture de l'ensemble du territoire, de la cohérence et de la coopération avec les autres dispositifs dédiés, au niveau des conseils généraux notamment.

Afin de rendre les dispositifs existants aussi efficaces que possible, en matière de prévention comme de prise en charge, un certain nombre de principes sont à promouvoir :

- le caractère aussi précoce que possible des interventions à visée préventive ;
- la volonté de réduire certaines disparités régionales et départementales dans l'offre de soins préventifs et curatifs ;
- l'implication des professionnels de première ligne, dont les généralistes ;
- le développement du travail en partenariat et en réseau : partenariats interministériels et inter-institutionnels rapprochant les professionnels de la santé de ceux des autres secteurs concernés (justice, social, éducation, police) ; équipes hospitalières et de terrain pluridisciplinaires ; réseaux (réseaux ville-hôpital impliquant les médecins de ville, réseaux de périnatalité...);
- la constitution et le fonctionnement de ces partenariats et réseaux selon certaines exigences précises : 1) la mobilisation de compétences pointues et la non-confusion des rôles ; 2) le choix de ces compétences au niveau de responsabilité le plus approprié à chaque situation ; 3) le partage avec les patients ; 4) l'implication des associations ; 5) l'implication des collectivités locales ; 6) le partage et la pérennité des financements ;
- le développement de stratégies de proximité, hors des institutions médicales, sociales et médico-sociales : visites à domicile, permettant la prévention par l'éducation et le repérage, et supposant des protocoles de suivi des intervenants ; espaces de parole ; accueil téléphonique ;
- la reconnaissance des besoins de prise en charge des auteurs, la prise en compte de la relation auteur-victime, et l'utilisation plus large des mesures de protection avant jugement, en particulier l'éloignement de l'auteur des violences ;

- la protection et le soutien des témoins de faits de violence et des confidentes de victimes, notamment lorsqu'ils sont mineurs (création de « comités d'éthique de proximité », accès aux services d'aide téléphonique...).

Enfin, les aspects institutionnels et organisationnels de la prévention de la violence méritent une attention toute particulière : promotion de stratégies de direction et d'organisation du travail dans les institutions, qui ont des capacités de protection contre la survenue de la violence. Ceci passe notamment par l'information et la formation (celle des dirigeants d'entreprises et d'institutions).

Former les professionnels

La formation sur les « aspects santé » de la violence et sur les bonnes pratiques en matière de prévention, repérage, signalement et prise en charge concerne de nombreux secteurs professionnels. **Tous les professionnels de la santé sont concernés, médicaux et paramédicaux, hospitaliers, libéraux et de santé publique, et tous les niveaux de la formation (initiale et continue, généraliste et spécialisée).** En dehors du secteur sanitaire, de nombreux secteurs professionnels sont concernés : la justice, la police, le secteur social, l'Éducation nationale.

Dans les contenus et les méthodes de formation, certains aspects doivent être considérés comme prioritaires :

- 1) la formation à des compétences précises, voire pointues ;
- 2) **la formation collective de membres d'équipes pluridisciplinaires** ;
- 3) la réalisation de **formations conjointes associant des professionnels de secteurs différents** ;
- 4) l'utilisation de méthodes participatives de type formation-action ;
- 5) **la formation des aidants informels et des intervenants au domicile**, assortie d'une réflexion sur la vigilance à apporter face aux procédures d'accord « de gré à gré » ;
- 6) **le suivi de ces diverses formations par la supervision et l'évaluation des compétences acquises** (avec une question de fond dont le traitement scientifique est difficile : quelles parts relatives des compétences et des affects dans la prise en charge appropriée des personnes vulnérables ?).

Innover, créer

Si le renforcement des dispositifs existants peut être envisagé comme un des éléments clés du plan, dans certains domaines il apparaît nécessaire de créer et développer des ressources (en structures et en personnels) : **développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes en situation de grande précarité ; augmenter le nombre de psychologues en maternité ; renforcer en psychologues et psychiatres les équipes des réseaux de**

périnatalité ; créer des équipes mobiles hospitalières afin que les établissements hospitaliers soient un relais et un point de coordination pour la prise en charge des victimes.

En matière de formation, d'importants efforts sont également à faire pour innover. Ainsi, une **formation systématique** devrait être assurée **dans l'ensemble des IUFM sur les thèmes du repérage de la maltraitance, de la gestion de la violence dans les établissements scolaires, et du développement des compétences psychosociales des élèves.**

Des spécialités clés dans le traitement sanitaire et judiciaire de la violence sont actuellement insuffisamment développées et doivent faire l'objet d'une amélioration des contenus de formations et, éventuellement, de nouveaux diplômes. C'est tout particulièrement le cas de **l'expertise psychiatrique (des auteurs mais aussi des victimes) et de la médecine légale pédiatrique.**

Par ailleurs, des interventions novatrices ne sauraient être envisagées sans que soient établis des ponts avec d'autres plans (notamment le plan « Périnatalité » et le plan « Psychiatrie et santé mentale »). Il importe donc d'assurer la cohérence entre ces divers programmes.

Quelle place et quel rôle pour les professionnels de la santé ?

Outre leur rôle « de fait » d'accueil des victimes, souvent en urgence, les professionnels du soin (et notamment les généralistes, les urgentistes, les psychiatres...) peuvent assumer divers rôles importants dans un plan de lutte contre l'impact sanitaire de la violence, **rôles de producteurs de données cliniques et épidémiologiques, de formateurs d'autres professionnels, de participants à des réseaux notamment. Les impliquer suppose aussi de rompre leur isolement et de les soutenir** (par une information claire sur les règles de signalement et de dérogation au secret médical ; par le développement de stratégies d'aide dans ces situations parfois difficiles, notamment par le biais des réseaux ville-hôpital ; par une formation initiale et continue de qualité).

Évaluer

L'évaluation des actions engagées dans le plan « Violence et santé » devra être systématique, conçue lors de l'élaboration de l'action elle-même, et menée avec des outils standardisés. Il faudra **impérativement évaluer chaque mesure en mettant en place, dès 2005, des indicateurs de processus, d'impact et de résultat et en réservant un budget à cet effet dans le plan national et les plans régionaux.**

Il s'agit d'évaluer les individus et les institutions, les intervenants, les interventions et les méthodes, tout particulièrement celles qui sont de plus en plus utilisées lors de la prise en charge des victimes sans qu'on ait de réelles preuves de leur efficacité. Ainsi, les revues de la littérature, notamment les plus récentes, tendent à démontrer **le caractère très controversé du débriefing psychologique, en une seule séance, pratiqué après exposition à un événe-**

ment potentiellement traumatique. Il faut de plus noter que, dans la plupart des études, le terme de « débriefing » regroupe, sous un même vocable des pratiques très différentes allant de l'intervention immédiate sur le terrain à des interventions différées, plusieurs jours après l'événement traumatique.

Informers le public, utiliser les médias

La diffusion de l'information doit en fait concerner tout à la fois les professionnels, le grand public et les médias. **Le grand public, comme les professionnels « de première ligne » doivent avoir accès à une information sur : les facteurs de vulnérabilité et les situations à risque** (familles de personnes handicapées ou âgées dont l'état clinique est préoccupant, jeunes parents mal informés des aléas de la « parentalité »); **sur les lieux et possibilités de signalement et de prise en charge** (pour les victimes, les témoins, les auteurs). Les stratégies de diffusion de l'information devraient associer des campagnes nationales et des actions locales et utiliser des outils validés. Est concerné par la diffusion de l'information l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans le cadre du dispositif 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...

Les médias doivent être utilisés essentiellement pour sortir la violence de l'aspect anecdotique et de la connotation « fait divers », ainsi que pour **mettre fin à certains contresens**, concernant notamment les relations entre violence et maladie mentale, **et à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux**. Il s'agit finalement de créer un véritable mouvement d'opinion et d'entraîner la prise de conscience par le public, les professionnels et les politiques de l'ampleur et de la gravité des aspects sanitaires de la violence. Il deviendra alors possible de faire passer des **messages à long terme, valorisant la prévention très précoce à travers l'éducation des jeunes enfants, et c'est dire l'importance de l'ensemble des mesures qui concernent la périnatalité et le soutien à la fonction parentale**.

Vers un changement des mentalités ?

Une telle prise de conscience devra nécessairement s'accompagner d'un changement de mentalité de la part des professionnels qui, à tous les niveaux géographiques, élaboreront et mettront en œuvre le Plan. Il faudra engager la réflexion sur les problèmes de l'intrusion dans la sphère privée et de l'évaluation du travail des « aidants naturels » (y compris dans leurs aspects affectifs), revenir sur des idées reçues (la nécessaire association entre précarité et violence, la confusion entre violence et folie), voire sur des dogmes, l'un des plus tenaces et des plus contre-productifs étant certainement celui du caractère « naturellement bon » de la famille.

Annexes

Les membres des commissions préparatoires

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

Experts transversaux

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

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

David MEDDINGS, département de Prévention des traumatismes et de la violence, OMS

Richard TREMBLAY, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, université de Montréal, Canada

Experts Périnatalité

Joëlle DESJARDINS-SIMON, psychanalyste, Besançon

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

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

Claude LEJEUNE, pédiatre, Réseau périnatalité 92, hôpital Louis Mourier, Colombes

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

Véronique MIRLESSE, médecin, Institut de puériculture, 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

Experts Petite enfance

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

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

Annick DUMARET, psychologue, Cermes – INSERM U 750

Marcelle DELOUR, médecin-chef de Protection maternelle et infantile, Direction de la famille et de la petite enfance, Paris

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

Roland ESCH, vice-président du TGI de Mâcon

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

Jacques FORTIN, professeur en sciences de l'éducation, pédiatre, CHRU Lille

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 750

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, médecin de santé publique, bureau des Maladies chroniques de l'enfant et du vieillissement, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Catherine PACLOT, médecin 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

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

Sabine SHAEFER, psychologue, Maison verte de Besançon

Liliane TERRYIN, professeur des écoles, Besançon

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

Élisabeth WATTEL-BUCLET, responsable du programme enfance, Fondation de France, Paris

Hugues ZYSMAN, psychanalyste, Maison verte de Besançon

Experts Adolescence

Danielle BARICHASSE, psychologue, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Nicolas BRUN, chargé de mission «santé», UNAF

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

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

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

Patrice HUERRE, psychiatre spécialiste de l'adolescence, Fédération santé des étudiants de France, Paris

Christian LAVAL, sociologue, Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance en rapport avec l'exclusion (ORSPERE)

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

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

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

Personnes âgées et personnes handicapées

Marie-Ève JOËL, économiste, 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 de 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 (Association des accidentés de la vie)

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 Bienveillance 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 (Association des accidentés de la vie)

Pascal GILBERT, médecin de santé publique, DREES,

Laure GRÉGOIRE, 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

Jean POITEVIN, directeur de l'Institut du Val Mandé

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

Marc ROUZAUD, ancien directeur-général de l'Association des paralysés de France (APF)

Genre et Violence

Jacques LEBAS, médecin de santé publique, hôpital Saint-Antoine, président de la Commission

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

Maïté ALBAGLY, secrétaire générale du planning familial

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

Solange ALIDIERES, direction générale de l'action sociale, Bureau « Lutte contre les exclusions »

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 « Événements de vie et santé », DREES
Maryvonne CHAPALAIN, commandant, chargée de la formation « Référénts 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
Sylvia GUYOT, médecin-inspecteur de santé publique, DGS
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, ethno-sociologue, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 687
Marie-Josèphe SAUREL, épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 149
Marie-Dominique de SUREMAIN, déléguée nationale de la Fédération nationale Solidarité femmes
Éric VERDIER, psychologue, Ligue des droits de l'homme

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 Villenauxe-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 éducative (CAE)

Marie-Hélène MOUNEYRAT, secrétaire générale, Comité consultatif national d'éthique

Isabelle ROUSTANG, médecin, coordonnatrice, Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) au Centre des jeunes détenus (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)

Violence et santé mentale

Anne LOVELL, anthropologue, directeur de recherche INSERM U 379, présidente de la Commission

Évelyne BONNAFOUS, DHOS bureau O2 (psychiatrie)

Marcel CALVEZ, sociologue, université de Rennes, maître de conférences, UFR Sciences sociales et département AES, université de la Haute-Bretagne

Piernick CRESSARD, médecin, Conseil national de l'ordre des médecins

Christiane de BEAUREPAIRE, psychiatre au service médicopsychologique régional (SMPR) de Fresnes

Élisabeth de LANGRE, vice-présidente de l'association «Phare enfants parents»

Jacques GASSER, historien, psychiatre, expert auprès des tribunaux pour les délits où il est question de maladie mentale, Lausanne, Suisse

Thérèse HANNIER, présidente de l'association «Phare enfants parents»

Serge KANNAS, psychiatre, PH, Mission nationale d'appui en santé mentale

Christian KOTTLER, responsable de l'UMD (unité pour malades difficiles)
Henri Colin

Philippe LESIEUR, psychiatre, centre de polytraumatisés

Nathalie PRIETO, psychiatre au SAMU de Lyon, CUMP

Murielle RABORD, DGS, bureau Santé mentale

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)

Frédéric ROUILLON, psychiatre, cellule d'appui scientifique de la DGS

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.

La question du genre

Champ du travail de la Commission « Genre et violence »

Au cours des quinze dernières années, les résultats de plus de cinquante 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 »

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.

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^e 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 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 nonaccès 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(e)s 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 ré-élaborent 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.*

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 leurs filles 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-viriarcatal. 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 n'a jamais été aussi prégnante.

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 croisée 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 viriarcatal. 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 Élisabeth, XY, *De l'identité masculine*, Paris, Odile Jacob, 1992.
- Badinter Élisabeth, *Fausse route*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- Bourdieu Pierre, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.
- Bruckner Pascal, *La tentation de l'innocence*, Paris, Grasset, 1995.
- Castelain-Meunier Christine, *Les métamorphoses du masculin*, Paris, PUF, 2005.
- Cheverny Julien, *Les matriarches*, Paris, Copernic, 1978.
- Clerget Joël et Clerget Marie-Pierre, *Places du père, violence et paternité*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1996.
- Corneau Guy, *Père manquant, fils manqué*, Québec, Éditions de L'homme, 1989.
- Dallaire Yvon, *La violence faite aux hommes*, Québec, Option Santé, 2002.
- Delaisi de Parseval Geneviève, *La part du père*, Paris, Seuil, 1981.
- Dorais Michel, *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal, VLB Éditeur, 1999.
- Dulac Germain, *Aider les Hommes aussi*, Montréal, VLB Éditeur, 2001.
- Godelier Maurice, *La sexualité est toujours autre chose qu'elle-même*, in Revue ESPRIT n° 273, *L'un et l'autre sexe*, Paris, 2001.
- Héritier Françoise, *Privilège de la féminité et domination masculine*, in Revue ESPRIT n° 273, *L'un et l'autre sexe*, Paris, 2001.
- Neyrand Gérard, *L'enfant face à la séparation des parents : une solution, la résidence alternée*, Paris, Syros, 2001.
- Olivier Christiane, *Petit livre à l'usage des pères*, Paris, Fayard, 1999.

- Olivier Christiane, *Peut-on être une bonne mère ?*, Paris, Fayard, 2000.
- Rondeaux Alia, *Catégories sociales et genre, ou comment y échapper*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- Torrent Sophie, *L'homme battu, un tabou au cœur du tabou*, Québec, Option Santé, 2001.
- Verdier Eric, Dorais Michel, *Petit manuel de gayrilla à l'usage des jeunes. Comment lutter contre l'homophobie au quotidien*, collection « Essais », Béziers, H & O Éditions, 2005.
- Verdier Éric, Firdion Jean-Marie, *Homosexualités et suicide. Études, témoignages & analyse*, collection « Essais », Montblanc, H & O Éditions, 2003.
- Welzer-Lang Daniel, *Les hommes aussi changent*, Paris, Payot, 2004.
- Welzer-Lang *et al.*, *La Peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB Éditeur, 1994.
- Welzer-Lang *et al.*, *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2000.

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.

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.

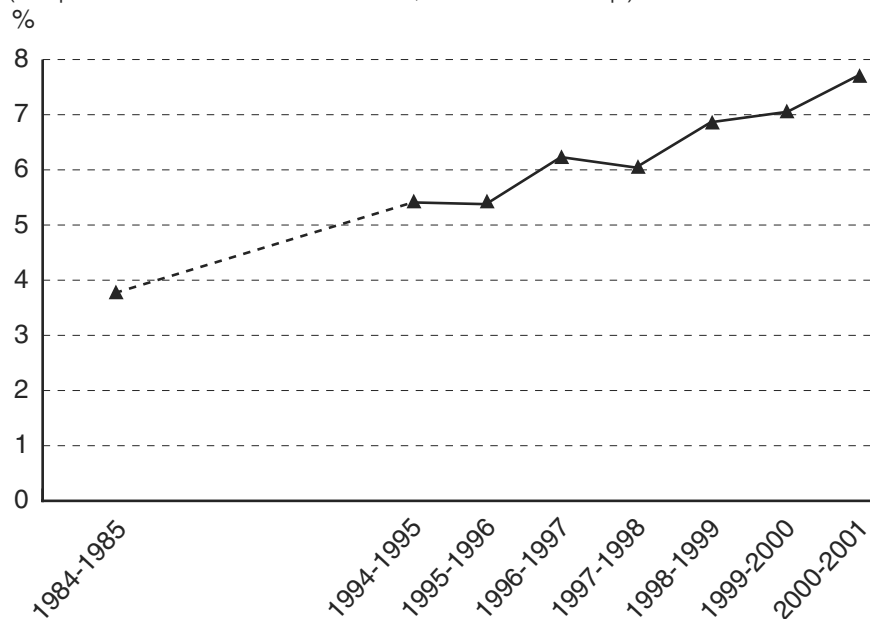
Nous avons d'abord envisagé d'exclure les agressions sans contact physique, puisqu'il est admis qu'un des éléments de la modernité de nos sociétés est l'extrême sensibilité aux atteintes au corps ; d'un autre côté, les tensions identitaires et culturelles révèlent des susceptibilités très vives, et dans 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

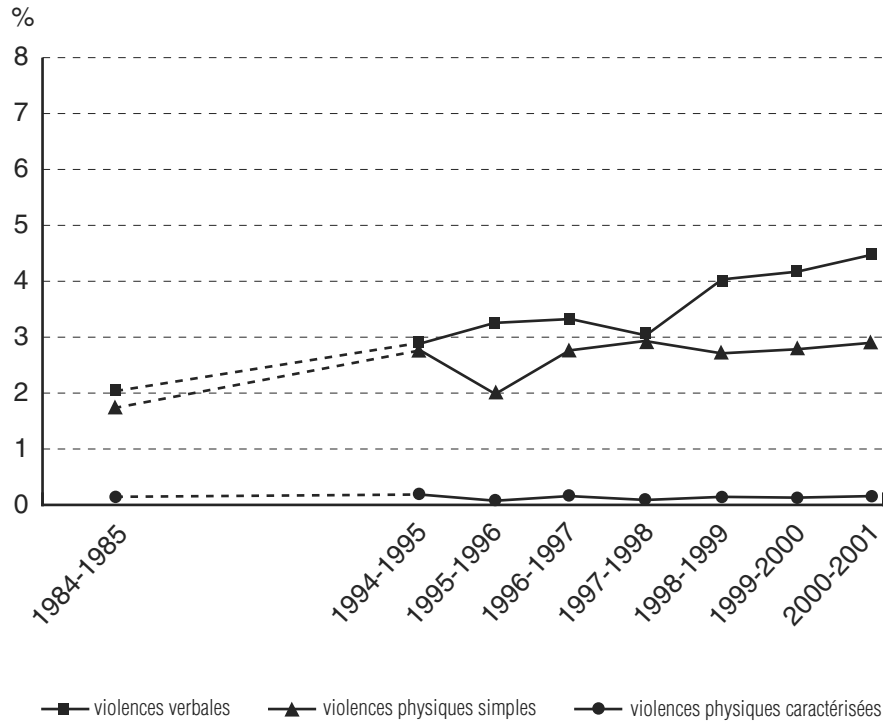
Figure 1: **Prévalence de l'ensemble des violences** (enquêtes nationales 1984-2001 ; Source : Cездip)



Au milieu des années quatre-vingt, 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.

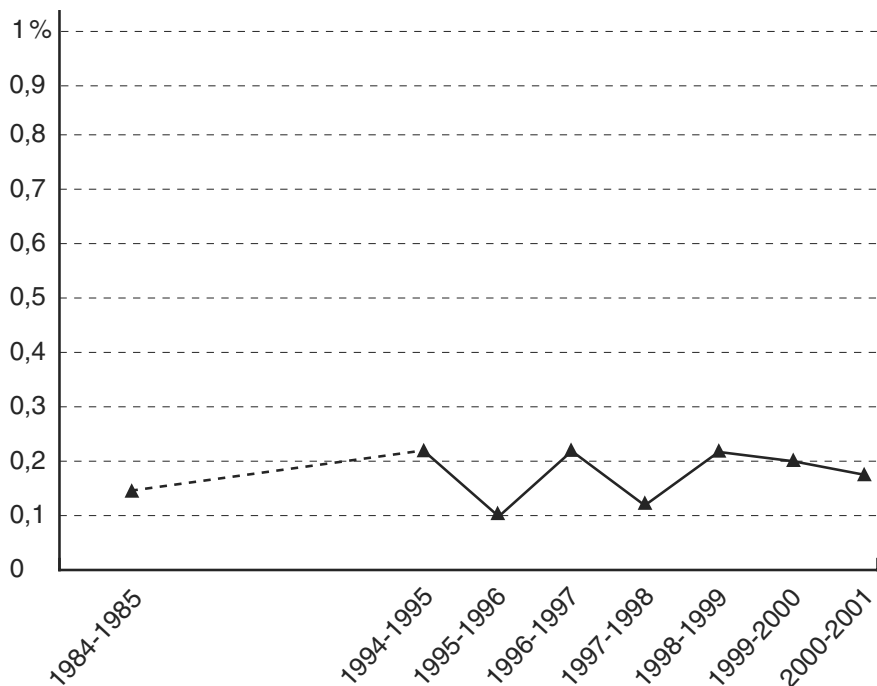
Figure 2: **Prévalence de divers types de violences**
(enquêtes nationales 1984-2001 ; Source : Cездip)



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 quatre-vingt et quatre-vingt-dix, 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 traînent 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)

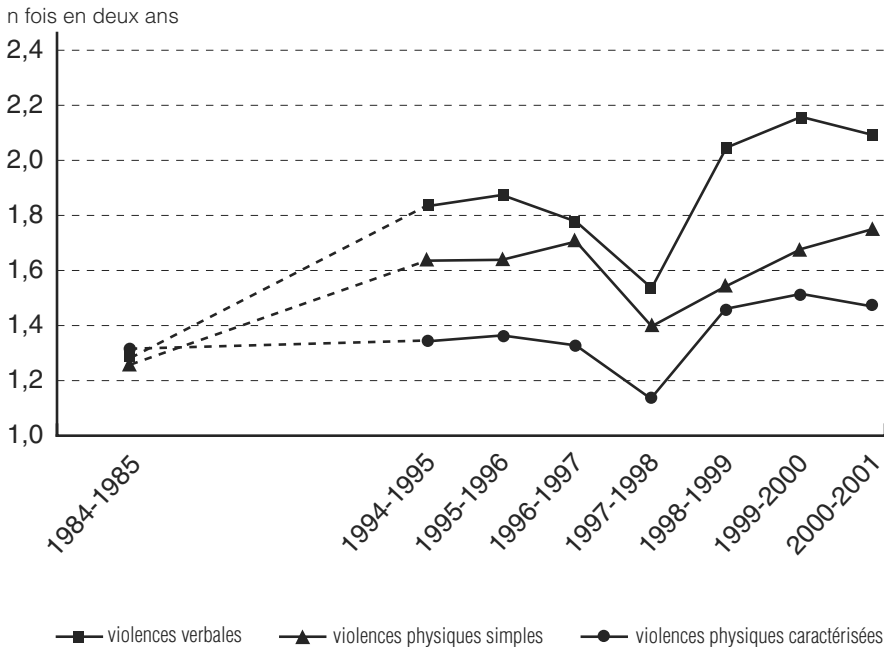


Elles concernent une population vingt à trente fois plus petite que l'ensemble des agressions ; la proportion de ces victimes est de 0,14 % en 1984-1985 ; dix années après, la première enquête INSEE la situe à 0,26 %, mais celles qui suivent suggèrent des proportions oscillant entre 0,12 % et 0,22 %, donc plutôt en retrait sur le chiffre de 1994-1995. Entre 1984-1985 et 1994-1995, 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 1984-1985 est unique et de ce fait relativement fragile – dans un échantillon de plus de 10 000 personnes, 0,14 % représente 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

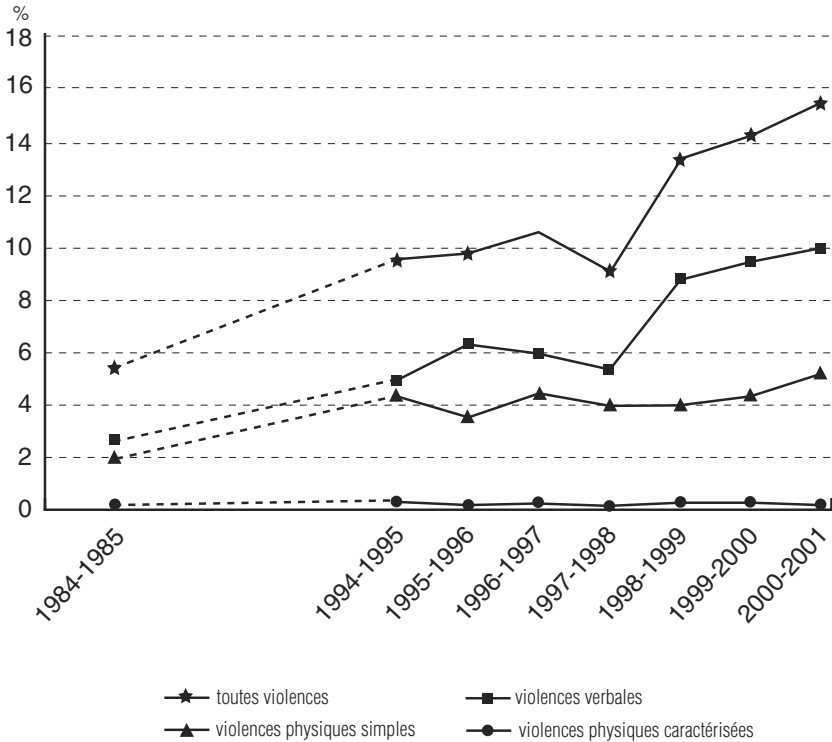
Figure 4: **Multivictimation de divers types de violences**
(enquêtes nationales 1984-2001 ; Source: Cescdip)



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)

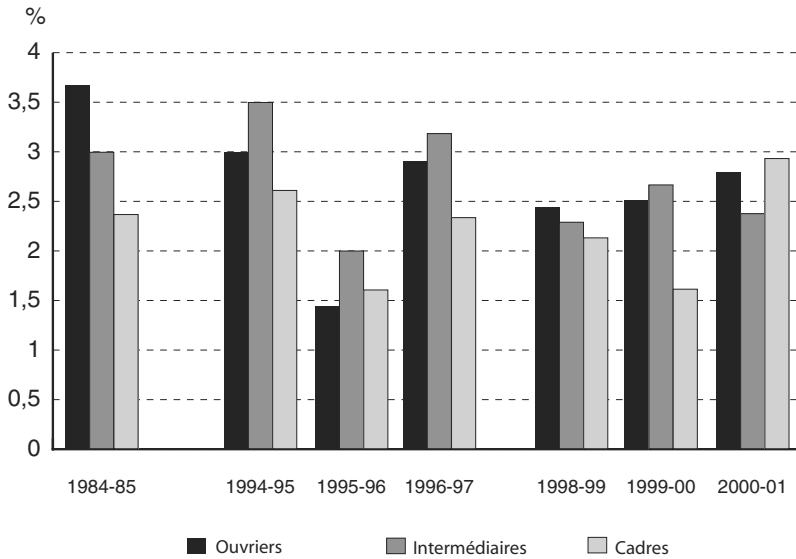


On voit bien que la croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ de la courbe à croisillons depuis environ 5 % à 15 % en quinze ans est largement expliquée par celle des violences verbales, beaucoup plus modérément par celle des *violences physiques*.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

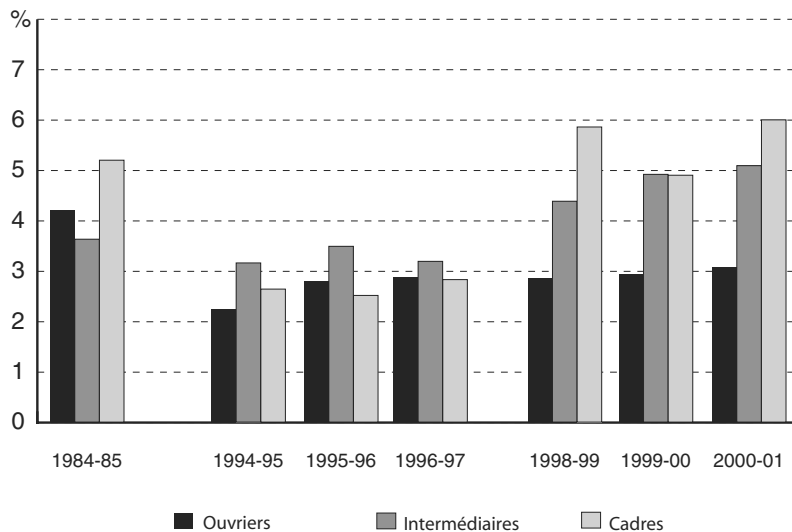
Une information intéressante porte sur le profil social de ces victimes de violences : si on ne trouve pas de polarisation claire des violences physiques par catégories socioprofessionnelles, comme le montre la figure 6.

Figure 6 : **prévalences des violences physiques selon la catégorie socioprofessionnelle** (enquêtes nationales 1984-2001 ; Source : Cездip)



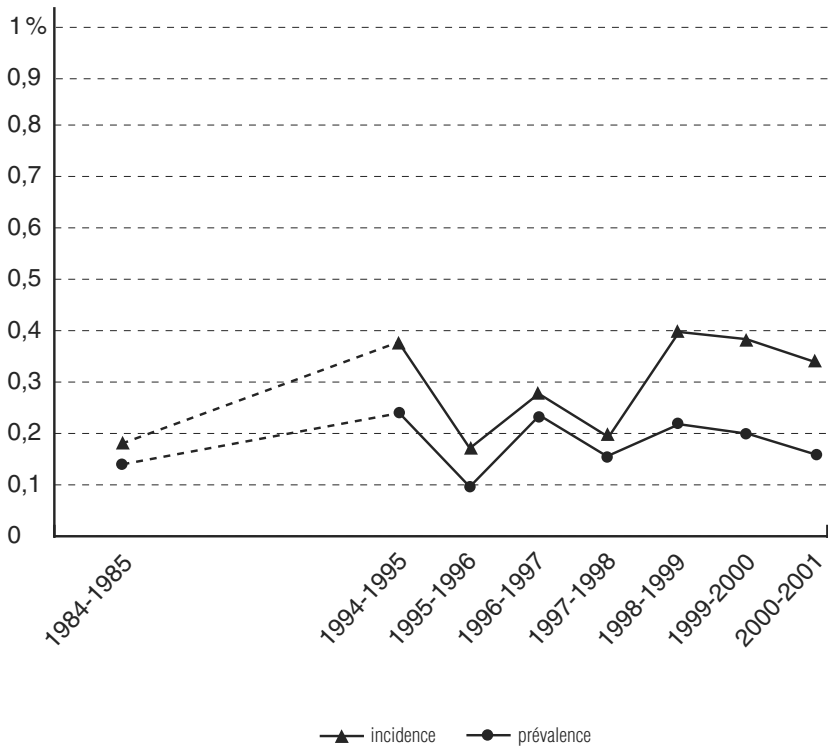
En revanche, on est frappé par la part des couches moyennes ou supérieures parmi ceux qui mentionnent des violences verbales, en particulier dans les dernières années de l'enquête.

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.

Suicide et exclusion parentale

Éric Verdier,
Psychologue, Ligue des droits de l'Homme

Communication au 3^e 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 interpellier 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 concerné 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 :

- Quel est son sexe, son âge, et celui de ses enfants ?*
- Quelle(s) décision(s) de justice ou procédure en cours la concernai(en)t ?*
- Quelle était sa demande et quelles motivations quant à la décision de justice rendue ?*
- Sa dépression éventuelle ou une TS ont-ils joué un rôle dans cette décision ?*
- Que demandait l'autre parent et sur quoi s'appuyait-il ?*
- La dernière décision était-elle postérieure à la réforme de la loi de mars 2002 ?*
- 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'es-pèce, 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 remords. »* 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 exclut 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 récursive des mots comme impuissance, injustice, désespoir, humiliation, incompréhension, mais aussi de fausses allégations et d'aliénation parentale.

Sylvain, papa d'un petit garçon de 3 ans : «*Je vis et subis un calvaire depuis mars 2004. Depuis sept 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 désresponsabiliser 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 souff-*

france 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 légal 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, donné toute puissance à un homme qui en usait déjà trop et qui les manipule 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 arrivée 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 tués tous les quatre il y a quatre 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 donnés 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 quatre 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 Éric, *Contribution de la Ligue des droits de l'Homme à la Conférence de la Famille*, 2004.
- Verdier Éric, Firdion Jean-Marie, *Homosexualités et suicide*, H&O, 2003.
- Viaux Jean-Claude, *L'enfant et le couple en crise*, Dunod, 1997.

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

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 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, de 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 fonctions 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 :

- apprécier 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.

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.

Périnatalité et prévention en santé mentale Collaboration médico-psychologique en périnatalité

Françoise Molénat, pédopsychiatre,
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 1980-1990 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 psychosociale, 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.

Consensus de base et axes de réflexion

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 postnatal, 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'étaiyage 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 autocentré 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 postnatale 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 décliner.

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-psychosocial ?

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.

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.

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^e 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.

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.) ;
- le manque de culture médicale du psy ;
- la transmission de concepts inutilisables ;
- la 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.

L'animation des réseaux de soins précoces

Le débat a porté sur :

La définition du terme « réseau »

Elle est actuellement source de confusion et 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 favo-

risent 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.

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^e 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 peut 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.

La formation psychologique des professionnels en périnatalité

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 1970-1980).

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.

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-elles connaissance du réseau de proximité de la mère ? Quelles questions peuvent-elles poser ?
- osent-elles reprendre avec la mère le déroulement de la grossesse, de l'accouchement ?
- osent-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 de 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.

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 :

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...).

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 dégageant 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.

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^e mois ;
- 3) définir les objectifs, l'esprit et le contenu de cet entretien, ainsi que la formation nécessaire (voir fiche 1) ;
- 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) évaluer la part du travail dit « indirect » ou de 2^e 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^e 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) ;
- analyser l'entourage personnel ;
- analyser l'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'existent 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 un ou deux 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'an-ténatal 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 2^e 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, ont 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 soient analysées et

dépassées les projections que justement provoquent les désordres familiaux sur les acteurs.

La formation des intervenants médicaux et sociaux

Les formations monodisciplinaires

Elles 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.

Les formations interdisciplinaires

Elles sont par contre 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.

La dimension interactive

Elle 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 :

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 redonner 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.).

Formations en réseau délocalisées

Objectifs :

- Développer «l'esprit de réseau» sur un terrain d'exercice (secteur, ville, département).
- Augmenter la compétence des professionnels de 1re 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 aux retours d'informations 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 tous 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 décloisonner 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.

Remerciements

Nous remercions de leur collaboration

Professionnels de la médecine

Dr BLANC, pédiatre

Mme BLIGNY, psychologue

Mme CASTEL, sage-femme

Dr DEPOORTER, pédiatre

Mme GONNAUD, pédopsychiatre

Dr JANODY, médecin coordonnateur de PMI

Pr LEMERY, pour le collège des gynécologues obstétriciens

Pr LEJEUNE, pédiatre

Dr THERY, gynécologue-obstétricien

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 :

Dr BLANC, pédiatre

Dr BOUDARD, pédopsychiatre

Mme CRIBALLET, sage-femme en libéral

Mme CLEMENT, sage-femme

Dr NAIDITCH, médecin de santé publique et maître de conférence à l'université
Paris 7

Pr NISAND, gynécologue-obstétricien

Pr OURY, gynécologue-obstétricien

Dr VIDONNE, gynécologue obstétricienne

Mme VERNIER, psychologue

Mme VEZOLES, sage-femme

Mme GABE, psychologue

Mme BALLAS, psychologue

Mme FAUCHEUR, psychologue

Mme CAMOIN, psychologue

Mme FLANDIN CRETINON, sage-femme coordinatrice cellule médico-psychosociale

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.

Bibliographie générale

Académie nationale de médecine. *Communiqué sur les violences familiales*. Nov. 2002.

Addison S.J., Thorpe S.J., «Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004; 39 : 228-234.

American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. «Risks in distance running for children». *Pediatrics*, 1990 ; 86 : 799-800.

American Academy of Pediatrics. Committee on sports Medicine and Fitness. «Triathlon participation by children and adolescents». *Pediatrics*, 1996 ; 98 : 511.

American Academy of Pediatrics. Committee on sports Medicine and Fitness. «Intensive training and sports specialisation in young athletes». *Pediatrics*, 2000 ; 106 : 154-157.

American Academy of Pediatrics. Committee on sports Medicine and Fitness. «Medical concerns in the female athlete». *Pediatrics*, 2000 ; 106 : 610-613.

American Academy of Pediatrics. Committee on sports Medicine and Fitness. «Strength training by children and adolescent». *Pediatrics*, 2001 ; 107 : 1470-1472.

American Psychiatric Association. «Diagnostic and statistical manual of mental disorder». DSM-III, 3rd ed. Washington : APA Press. 1980.

Andreasen N.C., «Posttraumatic stress disorder: psychology, biology and the manichean warfare between false dichotomies». *Am J Psychiatry*, 1995 ; 152 : 963-965.

Angermeyer M.C., 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.

Angermeyer M., Schulze B., «Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill». *Int J Law Psychiatry*, 2001 ; 24 : 469-486.

Angermeyer M.C., Beck M., Matschinger H., «Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia», *Can J Psychiatry*, 2003 : 48 : 663-668.

Anguis M, Røelandt J.L, Caria A., «La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites». *Études et Résultats* n° 116. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES mai 2001 : 1-5.

Anscombe E., « Under a description », in *The collected philosophical papers : Metaphysics and the Philosophy of Mind*. Oxford Basic Blackwell. 1979 ; 2.

Arendt H., *Crisis of the Republic*, 1969. Traduction française par Guy Durand : « Du mensonge à la violence », 1972, Calmann-Levy : 162 p.

ASMT, *Souffrance et précarités au travail, paroles de médecins du travail*, ouvrage collectif, 1994, Syros, La Découverte : 357 p.

Asnis G.M. et al., *Homicidal behaviors in psychiatric outpatients*. *Hosp Community Psychiatry*, 1994 ; 45 : 127-32.

Asnis G.M. et al., *Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Anger, Aggressions Violence*. *Psychiatric Clinic of North America* 1997 ; 20 (2).

Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France. Paris ; publication annuelle. La Documentation française.

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. *Recommandations 1292 relatives à la participation des jeunes au sport de haut niveau*. 1996.

Augendre J. (coord), *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris, 2004, Interligne.

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 devenir*, tome 1. Lecques, 2002, Éd. Champ social.

Badinter É., XY, *De l'identité masculine*, Paris, Odile Jacob, 1992.

Badinter É., *Fausse route*, Paris, Odile Jacob, 2003.

Bailly L., *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. 1996, ESF Éd.

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., 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, 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, 1988, Dunod.
- Bayado B., Boubault D., *Pratiques éducatives non-violentes*. 2004, Éd. C. L. Mayer.
- Beaurepaire C. de, Kottler C., Bénézech C. (dir.), *Les Dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris, 2004, Éd. John Libbey Eurotext.
- Beaurepaire C. de, «Épidémiologie des troubles bipolaires en détention», in : Augendre J. (dir.) *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris, 2004, Interligne.
- Beaurepaire C. de, «Faut-il pénaliser les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux ?», in : Beaurepaire C. de, Kottler C., Bénézech C. (dir.), *Les Dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, Paris, 2004, Éd. John Libbey Eurotext.
- Beauzee N. et al., *L'entretien infirmier en santé mentale. L'apport systémique dans une profession en mutation*. Relations, 2002, Erès.
- Bénézech M., «Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques», *Journal français de Psychiatrie*, 2000 ; 13 : 23-24.
- Benger J.R., Pearce V., «Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments». *Brit Med J*, 2002 ; 324 : 780.
- Benghozi P. (Groupe dirigé par le Dr), *Violence et champ social. Rapport du Conseil supérieur du Travail social*, 2002.
- Benguigui G., Chauvenet A. et Orlic F., *Le personnel de surveillance des prisons : essai de sociologie du travail*. Centre d'étude des mouvements sociaux. École 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* , 2002-2003 ; n° 128 ; 235 p.
- Bizzini L., Ferrero R., Schnyder J., «Les droits de l'enfant dans le sport», in : Carrier C., *L'adolescent champion, contrainte ou liberté*. Paris, PUF, 1992.
- Blatter R., *Violences et insécurité au travail dans les transports en France*. Rapport. Janv. 2002. CNT.
- Bon F., «DAEWOO». Paris, 2004, Fayard : 294 p.
- Bourdieu P., *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.
- Bourgeois M.L., Bénézech M., «Dangerosité 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, Éd. du Seuil: 327 p.

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?». *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», in Roussey M., Kremp O., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil-Malmaison, 2004, Doin, Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 chap 18: 301p.

Bouvier P., «Prévenir les conduites à risque: Alerte, jeux dangereux!». *Journal L'école*, 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 P.-J., Petty C. (eds.), *Rethinking the trauma of war*. London, 1998, Free Association Books.

Brekke J.S., Prindle C., Bae S.-W., Long J.D., «Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community». *Psychiatric Services*, 2001; 52: 1358-1366.

Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., 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 R.C., «The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation». *Biol Psychiatry*, 2001; 50: 699-704.

Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., 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 G.C., Andreski P., Peterson E.L., Schultz L., «Sex differences in posttraumatic stress disorder». *Arch of Gen Psychiatry*, 1997; 54: 1044-1048.

Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E., «Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults». *Arch of General Psychiatry*, 1991; 48: 216-222.

Breslau N., Davis G.C., «Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity». *The American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 671-675.

Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. «Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults». *J 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*, 2002; 8; 149-165.

Bruckner P., *La tentation de l'innocence*, Paris, Grasset, 1995.

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, 2002, Albin Michel.

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 Écoute». Paris, 2004. *L'école des parents*, 19 p.

Cadzow S.P., Armstrong K.L., Fraser J.A., «Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors». *Child Abuse and Neglect*, 1999; 23: 845-853.

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.

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.

Carrier C., *L'adolescent champion, contrainte ou liberté*. Nodules: PUF, 1992.

Casadamont G., *Violences en détentions*. Paris, Déc. 2001. Direction de l'administration pénitentiaire.

Castel R., «Institutions totales et configurations ponctuelles», in: Joseph I. (dir.) *Le parler frais d'Erving Goffman*. Paris, 1989. Éd. de Minuit. p 31-43.

Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris, 1995. Gallimard.

- Castelain-Meunier C., *Les métamorphoses du masculin*, Paris, PUF, 2005.
- Castellain J.P., *Manières de vivre, manières de boire*. Paris, 1989. Éd. Imago : 166 p.
- Cesoni M.L., 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, 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, 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. État 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.
- Cheverny J., *Les matriarches*, Paris, Copernic, 1978.
- 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, Éd. de l'INSERM : 345 p.
- Choquet M., Michaud P.A., Frappier J.Y., «Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques», in P.A. Michaud, P. Alvin et al. (eds.). *La santé des adolescents : approches, soins, préventions*. Lausanne, 1997, Éd. Payot Lausanne : 65-80.
- Choquet M., Darves-Bornoz J.M., 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 and Neglect*, 1997 ; 21 : 823-32.
- Choquet M., Ledoux S., *Adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse*. Paris, 1998, Éd. de l'INSERM.
- Chuang H.T., Willaim R., Dalby J.T. «Criminal behaviour among schizophrenics». *Can Psychiatry*, 1987 ; 32 : 255-258.
- Clément M.C., *L'institution psychiatrique et la violence*. Thèse de docteur en médecine. Université Claude Bernard Lyon I, faculté de médecine Lyon Grange-Blanche, 1996.

Clerget J., Clerget M.-P., *Places du père, violence et paternité*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1996.

Coldefy M., Faure P., Prieto N., «La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux». *Études 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*. 2004, Éd. du Conseil de l'Europe.

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.

Corneau G., *Père manquant, fils manqué*, Québec, Éditions de L'homme, 1989.

Cornman B.J., «Female adolescent response to childhood sexual abuse». *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 1997 ; 10 : 17-25.

Costargent G., Verneret M., *Violences subies au travail par les professionnels de la santé*. Rapport, résumé du Rapport 2001-110. IGAS.

Cothenet S., «Maltraitance infantile : le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels». Présentation à un atelier INRP. <http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/6biennale/Contrib/>

Cottureau A., «Théories de l'action et notion de travail : note sur quelques difficultés et perspectives», *Sociologie du travail*, hors-série, «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*. Paris, 1987, les Éd. Ouvrières : 3-8.

Crémniter D., «L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques». *L'Évolution psychiatrique*, 2002 ; 67 : 690-700.

Crocq L., « Histoire du débriefing ». *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 L.R., « Épidémiologie du syndrome de stress post-traumatique chez les victimes d'attentats et politique d'indemnisation » ; *Santé publique*, 1991 ; 6 : 36-42.

Dahan J., *Se séparer sans se déchirer*, Laffont, 2001.

Daligand L, Gonin D. « Violences sexuelles : auteurs et victimes ». *Médecine légale et Société*, 2001 ; 4.

Dallaire Y., *La violence faite aux hommes*, Québec, Option Santé, 2002.

Danel P., Levaufre I., Ponsot L., « Le généraliste confronté aux troubles du sommeil de l'enfant ». *Le Concours Médical*, 03.02 1996 : 118-05.

Darves-Bornoz J.M., 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.

Darves-Bornoz J.M., Lépine J.P., 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.

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 Éd.

Debout M. (sous la direction de), *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Rapport Groupe de travail. Rennes, 2003, Éd. ENSP.

Débot V., « *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'Éducation. Mémoire de recherche. Janvier 2004 ; 62 : 61.

De Clercq M., *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Bruxelles, 1997, De Bœck Université.

De Clercq M., Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris, 2001, Éd. Masson.

Dejours C., «Construire sa santé», in : Cassou. B. et coll (sous la direction de). *Les risques du travail*. Paris, 1985, 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*, 1999 ; 60 : 181-189.

Dejours C. «Nouvelles formes de servitude et suicide». *Travailler*, 2005 ; 13 : 53-74.

Dejours C. «Pathologie de la communication, situations de travail et espace public : le cas du nucléaire», in Cottureau. A. et Ladriere. P. (sous la direction de), *Raisons Pratiques*, 3. Paris, 1992, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales : 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 XXVIII^e Congrès de la SELF, Genève, Sept 1993. *Le travail humain*, 1994 ; 58/1 : 1-16.

Delage M., «Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques». *Thérapie familiale*. Genève, 2002 ; 23 n° 3 : 269-287.

Delaisi de Parseval G., *La part du père*, Paris, Seuil, 1981.

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 utilisateurs d'Internet à des formes de violence, notamment à caractère sexuel*. 2004 : 7 p.

D'Halluin E., Latté S., Fassin D., Rechtman R., «La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires». *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004 ; 1 : 57-75.

Deschamps G., Deruelle S., Deschamps J.P., «Incidence des mauvais traitements chez les enfants. Évaluation et critique des sources d'information et résultats». *Arch Fr Pediatr*, 1982 ; 39 : 627-31.

Direction des affaires criminelles et des grâces. *Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques*. Publication ministère de la Justice, décembre 2003.

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*. Éd. Octares. 1995.

Dorais M., *Ça arrive aussi aux garçons – L’abus sexuel au masculin*. Québec ; VLB Éditeur. 1997.

Dorais M., *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal, VLB Éditeur, 1999.

Doudin P.A., *Violences à l’école: fatalité ou défi ?* Bruxelles: De Bœck Université, 2000.

Doyon J. *et al.*, «Démence et cris répétitifs: une intervention infirmière fondée sur l’analyse fonctionnelle». *Soins psychiatrie*, n° 146/147, décembre 1992-janvier 1993: 54-59.

Dubet F., *Le déclin de l’institution*. Paris, 2002, Éd. du Seuil.

Duhaime A.-C., Christian C., Moss E., Seidl T., «Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome». *Pediatr Neurosurg*, 1996; 24: 292-8.

Dulac G., *Aider les hommes aussi*. Montréal, 2001, VLB Éditeur: 192 p.

Dumaret A.-C., 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*, 2004; 10: 51-63.

Dumaret A.-C., «Évaluation 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*, sous la direction de Haddad, Guédény A., Greacen T. Ramonville Saint Agne, 2004, Erès, p. 21-131.

Dumaret A.-C., « 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^e colloque international de Psychodynamique et Psychopathologie du travail. Maison de la Chimie. Paris 2001. *CNAM-Journal des Psychologues Éditions*: 29-40.

Dupraz L., «Les lieux passerelles entre famille et école maternelle», in *Famille/École, 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.

Eckenrode J., Zielinski D., Smith E. *et al.*, «Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link ?» *Dev Psychopathol*, 2001 ; 13 : 873-890

École et santé mentale. Volume 2. *Réagir contre la violence, le décrochage, le refus scolaire*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1997 : 468-740.

École nationale de Santé Publique. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rapport. Groupe de travail présidé par Michel Debout. 2003, Éd. ENSP.

Ehrenberg A., Lovell A., *La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société*. 2001, Éd. Odile Jacob.

Emmanuel F. *La question humaine*. Paris, 2000, Éd. Stock : 84 p.

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 Épidemiol*, 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.

Espinoza P., «Violences conjugales : rôle des professionnels de santé». *Médecine légale et Société*, 2001 ; 4.

État de Genève. Service des loisirs de la jeunesse. *La Charte des droits de l'enfant dans le sport* [en ligne]. Genève, 2004 : Service santé jeunesse.

Fagot-Largeault A., «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, Éd. 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 P. (eds), *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, 2005, La Découverte.

Favre D, Joly J., «Évaluation 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 M., *Masculin, Féminin*. Paris, 2004, La Découverte. Coll. Repères.

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 Éducation.

Fortin L., Bigras M., *Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en troubles du comportement*. Montréal : Éd. Behaviora, 1996.

Fotinos G., Fortin J., *Une école sans violence ?* Paris, 2000, Hachette Éducation.

Fournier M., Dortier J.F., Welzer Lang D., Marry C., Molinier P., « Hommes/femmes, quelles différences ? », *Sciences humaines*, 2004 ; 2, n° 146 : 21-39.

Fox L., Long S.H., Langlois A., « Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children », *J Speech Hear Disord*, 1988 ; 53 : 239-44.

Franklin C.L., 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, 2001, Éd. John Libbey Eurotext : 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, 2004, Éd. John Libbey Eurotext : 207-217.

Gabel M., Lebovici S., Mazet P., *Maltraitance. Répétition, évaluation*. Paris, 1996. Éd. Fleurus, Coll. Psychopédagogie.

Gabel M., Jésus F., Manciaux M., *Maltraitances institutionnelles. Accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter*. Paris, 1998, Éd. Fleurus.

Gabel M., « La maltraitance faite aux enfants ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2000 ; 31 : 26-34.

Gabel M., Jésus F., Manciaux M. (dir.), *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels*. Paris, 2000, Éd. Fleurus : 453 p.

Gallais J.L., Alby M.L., « Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale ». *Encycl Méd Chir*. Éd. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie (37-956-A-20) 2002 : 6 p.

Geiss S., « L'enfant peut-il être victime d'un entraînement abusif ? » *Escrime Magazine*, novembre 1997 : 34-35.

Godelier M., « La sexualité est toujours autre chose qu'elle-même », in revue *Esprit* n° 273, *L'un et l'autre sexe*, Paris, 2001.

Godelier M., *Métamorphose de la parenté*, Fayard, 2004.

Gold P.B., Engdahl B.-E., Eberly R.-E., Blake R.-J., Page W.-F., Frueh B.-C., « 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, 2001, La Découverte, Coll. Repères. 128 p.

Godbout J.T. *L'esprit du don*. Paris, 2000, La Découverte Poche.

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., «Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie», *Travailler*, 2004 ; 12 : 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., *À 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, Coll. Baromètres : 470 p.

Guillaumot P., Dyan A., «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» .

Guillemaut F. (sous la dir. de), *Femmes et Migrations. Les femmes venues d'Europe de l'Est*, 2002, Le Dragon Lune, Cabiria Éd.

Guillon 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 *Gewalttenden Geistesgestörten*, 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 ; 25 : 1326-9.

Haut Comité de la santé publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris, 2000. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

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.

Haut Comité de la Santé publique. *Violences et santé*. Rennes, 2004. Éd. ENSP.

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.

Hefez S., *Quand la famille s'emmêle*, Hachette, 2004.

Heireman M., *Du côté de chez soi*. 1989, ESF.

Henrion R., *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de la santé*, Coll. des rapports officiels. Rapport au Ministère de la Santé, 2001, 80 p.

Héritier F., *Masculin-Féminin, la pensée de la différence*. 1996, Éd. Odile Jacob.

Héritier F., *Masculin-Féminin, dissoudre la hiérarchie*. 2002, Éd. Odile Jacob.

Héritier F., «Privilège de la féminité et domination masculine», in revue *Esprit*, n° 273, *L'un et l'autre sexe*, Paris, 2001.

Herman-Giddens M.E., Brown G., Verbiest S., Carlson P.J., Hooten E.G., Howell E. *et al.*, «Underascertainment of child abuse mortality in the United States». *J Am Med Assoc*, 1999 ; 282 : 463-7.

Hiday V.A., Swartz M.S., Swansons J.W., Borum R., Wanger H.R., «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. Éd. 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.

Huebner C.E., « Evaluation of a clinic-based parent education program to reduce the risk of infant and toddler maltreatment ». *Public Health Nurs*, 2002 ; 19 : 377-389.

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

Huerre P., *Faut-il plaindre les bons élèves ? Le prix de l'excellence*. Paris, 2005, Hachette littératures.

Huerre P. *Ni anges, ni sauvages : les jeunes et la violence*. Paris, 2004, Anne Carrière, Livre de poche.

Hugonot R. *Détresses cachées, vieux en danger*. Nantes, juin 1998. Congrès de gérontologie. CODERPA. J.

Hugonot R., *La vieillesse maltraitée*. Paris, 1998, Éd. Dunod.

Hultman C.S., Priolo D., Cairns B.A., Grant E.J., Peterson H.D., Meyer A.A., « Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect ». *J Burn Care Rehabil* 1998 ; 19 : 367

INSERM. *Causes médicales de décès. Année 1999. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9*. Paris, publication annuelle. INSERM/CépiDc

Inspection Générale de l'Éducation nationale. *Éléments d'information sur le « jeu du foulard »*. Rapport. Paris, mars 2002 : n° 2002-019.

INPES. « Prévenir les violences ». *La santé de l'homme*. Dossier n° 366, juillet-août 2003.

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*. 1997, Erès.

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, La Documentation française.
- Jehel L. *et al.*, «Évaluation des troubles psychotraumatiques des victimes d'un attentat terroriste. Une étude prospective», *Méd. Catastrophe Urg Collectives*, 1999; 2: 132-8.
- Jésu F., *Co-éduquer*, Dunod, 2004.
- Jeunes, média, violences*. 2003, Éd. Economica.
- Joubert M., *Santé mentale, villes et violence*. Coll. Questions vives sur la banlieue (Obvies), 2002, Éd. Erès.
- Jouglu E., Péquignot F., Chappert J.L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G., «La qualité des données de mortalité sur le suicide». *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2002; 50: 49
- Journées parisiennes Obstétrico-Pédiatriques (JPOP) (13^e), Journée du Groupe d'étude néonatale de l'Île-de-France (GEN-IF) (6^e). Table ronde: *Aspects périnataux de la maltraitance*. Saurel-Cubizolles M.J., Lelong N., «Violences familiales pendant la grossesse». Uzan M. *et al.*, «La violence à l'égard des équipes hospitalières: éléments de réponse». Henrion R., «Les violences conjugales pendant la grossesse: dépistage et orientation par les soignants». Demeure O., «Violences institutionnelles faites aux femmes enceintes en situation de grande précarité». Dufour V., «Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris: quelle réponse pour quel type de difficultés ?» *Journal de Gynécologie, Obstétrique, et Biologie de la Reproduction*, 2005; 34: p. 2S47-2S77.
- 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., *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.
- Lam J.A., Rosenheck R., «The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness». *Psychiatric Services*, 1998; 49: 335-342.
- Lamb H.-R., Grand R.W., «The mentally ill in urban country jail», *Arch Gen Psychiatry*, 1982; 39: 17-22.
- Langouët G., *Les nouvelles familles en France*, Hachette, 1988.
- 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. Éd 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*. Éd. 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 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 ». *J Applied Sport Psychology*, 2002 ; 14 : 330-343.

Lebas J., Morvant C., Chauvin P., « Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours ». *Bulletin Académie nationale de médecine*, 2002 ; 6 ; 949-961.

Lebigot F., Damiani C., Mathieu B., « Débriefing psychologique des victimes », in : De Clercq M., Lebigot F., *Les traumatismes psychiques*. Paris, 2001. Éd. 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, Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17 : 301 p.

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 A.F., Ward N.C., Linn L.S. « 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.

Leserman J., Drossman D.A., Li Z., Toomey T.C., Nachman G., Glogau L., «Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status». *Psychosom Med*, 1996; 58: 4

Les Unités de soins Alzheimer. Recherche et pratique clinique. Coll. maladie d'Alzheimer, 2000, Serdi Éd.

Leuenberger Zanetta S., *Rapport final d'évaluation du projet intercantonal «développer une culture de la médiation à l'école»*. Neuchâtel, 2003. IRDP.

Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.J., «Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France», in : Broqua Ch., Lert F., Souteyrand Y., *Homosexualités au temps du sida*. ANRS, Paris, 2003, p. 107-130.

Lhuillier D., *Placardisés : des exclus dans l'entreprise*. Paris, Éd. du Seuil, Coll. H.C. Essais. 2002 : 232.

Lhuillier D., *Les policiers au quotidien*. Paris, 1987, L'Harmattan.

Link B.G. 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 B.G. et al., «The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter», *Am J Sociol*, 1987; 92: 1461-500.

Link B.G. et al., «The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered». *Am Sociol Rev*, 1992; 57: 275-292.

Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M. et al. «Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance». *Am Public Health*, 1999; 89: 1328-1333.

Link B.G., Phelan J.C., «The Labeling Theory of Mental Disorder (II): The Consequences of Labeling», in : A.-V Horwitz, T-L. Scheid (dir.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press. 1999.

Link B.G., 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.

Littke L., «Severe childhood abuse and non-verbal learning disabilities». *Am J Psychother*, 1998; 52: 367-81.

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 A.M. (dir.), «Avant-propos», in: Lovell A.M. (dir.), *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'Éducation nationale*. Hors-série n° 11. 15 octobre 1998 : 1-28.

McNally R.J., Shin L.M., «Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans». *Am Psychiatry*, 1995 ; 152 : 936-938.

Maffulli N., «The growing child in sport». *Brit Med Bull*, 1992 ; 48 : 561-568.

Maffulli N, Helms P., «Controversies about intensive training in young athletes». *Arch Dis Child*, 1988 ; 63 : 1405-7.

Maffulli N, Pintore E. «Intensive training in young athletes». *Br J Sports Med*, 1990 ; 24-4 : 237-9.

Malinosky-Rummel R., Hansen D.J., «Long-term consequences of childhood physical abuse». *Psychol Bull*, 1993 ; 114 : 68-79.

Maltraitance envers les personnes handicapées. Rapport du Sénat. Avril 2003.

Mammen O.-K., Kolko D.-J., Pilkonis P.-A., «Negative affect and parental aggression in child physical abuse». *Child Abuse Negl*, 2002 ; 26 : 407-424.

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. Éd. Estem, 2004.

Marin A., Cotte. *L'expertise des névroses traumatiques, LXXVII^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Bruxelles, 1969, rapport de médecine légale. Éd. Masson, tome 2 : 1293-1407.

Martin J.P., *Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain*. Paris, 2000, Erès.

Mathis D., Bodon-Bruzel M., Kottler C., *Homicides psychotiques. À partir d'une étude réalisée à l'Unité pour malades difficiles Henri-Colin incluant 21 cas*. 2004.

Mathis D., Léger A.S., Christophe S., Kottler C., *Évaluations à quatre ans des patients hospitalisés à l'Unité pour malades difficiles Henri Colin*. 2004.

Matthews G.P., Das A., «Dense vitreous hemorrhages predict poor visual and neurological prognosis in infants with shaken baby syndrome». *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 1996 ; 33 : 260.

Melas L., Menard F., *Production et régulation de la violence en prison : avancées et contradictions*. Paris, 2002. Mission de recherche Droit et Justice Éd., Coll. Arrêt sur recherches, 75 p.

Miller J.A. *Am Anfang war Erziehung*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. 1980. Traduction Française : « C'est pour ton bien ». Aubier. 1983.

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.

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.

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». *École Collège Repères*, CNDP. Février 2002.

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.

Ministère Jeunesse et Sport et mission interministérielle contre la drogue et la toxicomanie. Actes du Séminaire Européen 5 et 6 Décembre 2000. «Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques». Paris, 2001.

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*. Paris : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>

Molénat 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 services : 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, 2002, Flammarion Médecine Sciences.

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., « Épidémiologie 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 K.T., Goodman L.B., Trumbetta S.L., Rosenberg S.D., Osher C., Vidaver R., *et al.*, « Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness ». *J Consult Clin Psychol*, 1998 ; 66 : 493-499.

Mueser K.T., Rosenberg S.D., Goodman L.A., Trumbetta S.L., « 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*. Rapport à Christian Jacob du groupe de travail « protection de l'enfance et de l'adolescence ». Ministère délégué à la famille. Paris, 2003.

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 P.-G., « Mental disorder and violence : personality dimensions and clinical features ». *Am J Psychiatry*, 2002 ; 159 : 1973-1978.

Neuburger R., *Le mythe familial*. Paris, 1996, ESF Éd.

Neuburger R., *Nouveaux couples*, Odile Jacob, 1997.

Neyrand G., *L'enfant face à la séparation des parents : une solution, la résidence alternée*, Paris, Syros, 2001.

Nicole-Drancourt C., Roulleau-Berger L., *L'insertion des jeunes en France*. Paris, 1995, PUF, Coll. Que sais-je ?

Normand C.-L., 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.

Observatoire national de l'enfance en danger. *La lettre de l'ODAS*, Paris, ODAS, novembre, publication annuelle.

Observatoire national de l'enfance en danger. *Guide méthodologique de l'ODAS* (Observatoire national de l'action sociale décentralisée). Paris, 1994.

Olivier C., *Petit livre à l'usage des pères*, Paris, Fayard, 1999.

- Olivier C., *Peut-on être une bonne mère ?*, Paris, Fayard, 2000
- Olivier C., *Enfants-roi plus jamais ça*, Paris, Albin Michel, 2002
- Olweus D., *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions*. Paris, 1999, ESF.
- Organisation mondiale de la Santé. *Classification Internationales des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (10^e éd.). Paris, 1993, Éd. Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. *1997-1999 World Health Statistics Annual*. Genève. <http://www3.who.int/whosis/>
- Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, 2002. OMS, 376 p.
- Overpeck M.D., Brenner R.A., Cosgrove C., Trumble A.C., Kochanek K., MacDorman M., «National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause». *Pediatrics*, 2002 ; 109 : 274.
- Overpeck M.D., Brenner R.A., Trumble A.C., Smith G.S., MacDorman M.F., Berendes H.W. «Infant injury deaths with unknown intent: what else do we know ?» *Injury Prevention*, 1999 ; 5 : 272-5.
- Overpeck M.D., Brenner R.A., Trumble A.C., Trifiletti L.B., Berendes H.W., «Risk factors for infant homicide in the United States». *N Engl J Med*, 1998 ; 339 : 1211-6.
- Paruit M.C. «Entraînement intensif de l'enfant», *Cinésiologie*, 1999 , n° 185-38 : 30-31.
- Paruit M.C. «Entraînement précoce. Avantages, inconvénients», in *L'enfant et le sport. Actes du colloque international des cadres techniques et sportifs*. Éd. Assoc. Pour la recherche en activité physique et en sport. Cestas. France.
- Paruit M.C., *Ethics in youth sport, analyses and recommendations*, Vanden Auweele (éd.). Éd. Lannoo Campus. Louvain (Belgique) 2004.
- Paruit M.C., *Les risques de l'entraînement intensif chez l'enfant sportif*, Paris, 2001, Éd. Masson, Coll. Abrégés de Pédiatrie.
- Paruit M.C., «Prévention du dopage chez l'enfant sportif». *Cinésiologie*, 1998 ; 179 : 133 p.
- Paruit M.C. «Risque de blessures et limites de l'entraînement intensif chez l'enfant». *Cinésiologie*, 1999.
- Paruit M.C. «Sport de haut niveau chez l'enfant», in *La santé du sportif de haut niveau*. Les cahiers de l'INSEP, 2001 ; n° 31 : 87-102.
- Paruit M.C., *Sport et santé : aptitude au sport chez l'enfant. Précaution et surveillance de la pratique intensive*. Pédiatrie. Paris, 2003 ; 8 : 91-100. Éd. Masson.
- Paruit M.C., *Sports et Santé : aptitude aux sports chez l'enfant, besoins nutritionnels*. Coll. Abrégés de Pédiatrie. Paris, 2002, Éd. Masson.

Pautot M., «Témoignage d'Élodie 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 J.L., Bénony H., «Psychologie clinique». *Encycl Méd Chir.*, «Psychiatrie», Paris, 2001, Éd. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 37-032-A10.

Perkonigg A., Kessler R.C., 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». *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, Éd Denoël.

Personne J., «Les finalités dans le sport des jeunes et dangers de l'entraînement sportif intensif précoce». *Réussir Éducation*, 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 Villiaumey). Paris, 1993, Éd 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*. 1998, Éd. Masson : 29-35.

Personne J., Commandre F. et 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*. 1996 , L'Harmattan.

Phelan J., Link B., «The Labeling Theory of Mental Disorder (I): The Role of Social Contingencies in the Application of Psychiatric Labels», in A.V. Horwitz, T.L. 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*, Lyon, 1991, Éd. Chronique sociale: 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, 1995, De Bœck université.

Poussin G., Lamy A., *La Garde partagée*, Albin Michel, 2003.

Prieto N., Vignat J.-P., 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.

Protection judiciaire de la Jeunesse. «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 «Propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agression ou de violence».

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*, Éd. 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, 2003.

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. Bourdelais (éds.), *Les constructions de l'Intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, 2005, La Découverte: 165-196.

Rechtman R., «Être victime : généalogie d'une condition clinique». *L'Évolution psychiatrique*, 2002 ; 67 : 775-795.

Rechtman R., «Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé». *L'Évolution psychiatrique*, 2004 ; 69 : 131-139.

Reder P., Duncan S., «Debate on cot death». *Br Med J*, 2000 ; 320 : 311.

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, Éthique et politique de la reconnaissance*. Bègles, 2000. Éd. 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., Prioux B. (sous la direction de), *Systèmes, éthiques, perspectives en thérapie familiale*. Paris, ESF Éd. 1991.

Rieu M. *et al.*, «L'adolescent et le sport de compétition». *Gazette médicale*, 1985 ; 92-1 : 41-49.

Roberts S.-J., «The sequelae of childhood sexual abuse : a primary care focus for adult female survivors». *Nurse Pract*, 1996 ; 21 : 42, 45, 49

Robins L.-N., Regier, *Psychiatric disorder in America. The ECA surveys*. New York, 1991. Praeger.

Rondeaux A., *Catégories sociales et genre, ou comment y échapper*, Paris, L'Harmattan, 2001.

Rosanvallon P., *Pour une histoire conceptuelle du politique*. Paris, 2002. Éd. du Seuil.

Rouillon F., «Épidémiologie des troubles bipolaires», in : Augendre J. (sld), *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris, 2004, Interligne.

Roulleau-Berger L., *La ville intervalle*. Paris, 1991, Méridiens-Klinksieck : 211 p.

Roussey M., Betremieux P., Journel H., Lefrançois M.-C., Urvoy M., «L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices». *J Fr Ophtalmol*, 1987 ; 10 : 201.

Roussey M., Kremp O. (dir.), *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison, 2004, Doin, 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 Medicin*, n° 4, 1983.

Ryan J., *Little girls in pretty boxes. The making and the braking of elite of gymnasts and figure skaters.* New York, 1996, Warner Books.

Sanders M.R., 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.

Sempé P., «L'enfant victime d'entraînement abusif». *Annales de Pédiatrie*, 1996 ; 83-6 : 440-445.

Sennett R., *The Corrosion of Character. The Personal 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 J.-L., «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.

Service national téléphonique pour l'Enfance maltraitée. Rapport d'activité 2000. Paris, 2001. SNATEM.

Silverman A.B., Reinherz H.Z., Giaconia R.M., «The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study». *Child Abuse Negl*, 1996 ; 20 : 709-23.

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 J.W. *et al.* «The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness», *Am Public Health*, 2002; 92: 1523-31.

Swanson J.W. *et al.* «Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the ECA surveys». *Hosp Community Psychiatry*, 1990; 41: 761-70.

Talley N.J., Boyce P.M., Jones M., «Is the association between irritable bowel syndrom and abuse explained by neuroticism ? A population based study». *Gut*, 1998; 42: 47.

Tarquino C. et coll., «La violence au travail». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2004; 4: 137-144.

Tepplin L.A. *et al.*, «Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women: pretrial jail detainees», *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 505-12.

Tepplin L.A., «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», in Harper et Row. et Terr L., *Unchained memories: the true stories of traumatic memories lost and found*. New York, 1994, Basic Books.

Terra J.L. *Prévention du suicide des personnes détenues. Rapport d'experts – Synthèse et recommandations*. Oct. 2003.

Tevanian P., *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. Paris, 1996, Éd. Expansion scientifique.

Titran M., «Bientraitance parentale et grande précarité». *Pratiques psychologiques*, 2004; 10: 65-77.

Tomkiewicz S., Vivet P., *Aimer mal, châtier bien*. Paris, 1998. Éd. du Seuil, 302 p.

Torrent S., *L'homme battu, un tabou au cœur du tabou*, Québec, Option Santé, 2001.

Torrente J., Dejours C., *Analyse comparative de l'organisation du travail dans une maison de retraite: sociologie des organisations et psychodynamique du travail*. 1995, Rapport Ronéo. MIRE (n° 26/93). Convention CGT-CNRS. 150 p. (Rapport Confidentiel).

Tremblay R.-E. *et al.*, «Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors». *Pediatrics*, 2004; 114: 43-50.

Tremblay R.-E., 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 R.-E., 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 R.-E., « Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte », in Tremblay R.-E., Barr R.-G., Peters R.D.V., *Montréal: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.* 2003.

Tremblay R.-E., « 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., « Les accidents : signification et prévention chez le très jeune enfant », in : Raimbault G., Manciaux M., *Enfance menacée.* Paris, 1992. INSERM/La Documentation française, Coll. Analyses et Prospective, p 183-198.

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, Coll. Progrès en Pédiatrie, 212-223.

Tursz A., Baer P., Gerbouin-Rérolle P., Crost M., *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-Rérolle P., « La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? » *Rev Épidemiol Santé Publique*, 2003 ; 51 : 439-444.

Tursz A., Gerbouin-Rérolle 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.

Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rérolle P., Beauté J., Romano H. *Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets.* Rapport final à la Mission de recherche Droit et Justice. Ministère de la Justice. Cermes, 2005 : 61 pages +annexes. [http : //www.gip-recherche-justice.fr/recherches/rapports-recherche.htm](http://www.gip-recherche-justice.fr/recherches/rapports-recherche.htm)

UNAPEI. *Parentalité et déficience.* Rapports du Comité d'Éthique, 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. Éléments pour une approche de sociologie politique comparative sur les cas français et espagnol.* École normale supérieure de Cachan, Groupe d'analyse des politiques publiques. Dossier d'étude n° 65, Février 2005.

Van Gijsegem H., *L'enfant mis à nu*, Méridien, 1992.

Van Heusden A, Van Den Eerenbeemt E., *Thérapie familiale et générations*. Nodules, 1994, PUF.

Vanotti, Celis-Gennart (dir.), *Malades et familles*. 1997, Éd. Médecine et Hygiène.

Veesey G. *The battered child athlete*. International Herald Tribune 1980; 10.

Verdier E., Dorais Michel, *Petit manuel de gayrilla à l'usage des jeunes*. *Comment lutter contre l'homophobie au quotidien*, collection « Essais », Béziers, H & O Éditions, 2005.

Verdier É., Firdion J.-M., *Homosexualités et suicide. Études, témoignages & analyse*, collection « Essais », Montblanc, H & O Éditions, 2003.

Verger P., Dab W., Lamping D.L. *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, Éd. du Seuil : 7-19.

Viaux J.-C., *L'enfant et le couple en crise*, Dunod, 1997.

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 (dir.) *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, 2005, La Découverte.

Walker E.A., Gelfand A.N., Gelfand M.D., Green C., Katon W.J., « Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome ». *J Psychosom Obst Gynaecol*, 1996; 17 : 39-46.

Walker E.A., Gelfand A.N., Gelfand M.D., Katon W.J., « Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrom or inflammatory bowel disease ». *Psychol Med*, 1995; 25 : 1259-67.

Wallraff G., *Ganz unten*. Cologne, 1985. Kiepenheuer und Witsch Verlag. Traduction Française : « Tête de Turc ». Paris, 1986. La Découverte.

Weber E., Prieto N., « Approche psychothérapeutique du traumatisme psychique ». *Stress et Trauma*, 2003; 3 (2) : 119-124.

Welzer-Lang D., *Les hommes aussi changent*, Paris, Payot, 2004.

Welzer-Lang D. (dir.), *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^e Colloque international de Psychodynamique et Psychopathologie du travail, CNAM, Paris. 1999.

Welzer-Lang *et al.*, *La Peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB Éditeur, 1994.

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. Éd. 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 A., «How mental illness is portrayed in children's television: a prospective study». *Brit J Psychiatry*, 2000 ; 176 : 440-443.

Winckler M., *Les trois médecins*. 2004, Éd. POL : 523 p.

Yoo R., Logani S., Mahat M., Wheeler M.C., Lee D.A., «Vision screening of abused and neglected children by the UCLA Mobile Eye Clinic». *J Am Optom Assoc*, 1999 ; 70 : 461.

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, A.M. Lovell (éds), *La maladie mentale en mutation*. Paris, 2001. Éd. Odile Jacob, Coll. «Psychiatrie et société» : 101-126.

Young, A., «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'Évolution psychiatrique*, 2002 ; 67 : 653-675.

**Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction générale de la Santé
14 avenue Duquesne -75007 PARIS**

**Tél. : 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 40 56
www.sante.gouv.fr**