

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

Rapport général

Docteur Anne TURSZ
Mai 2005



VIOLENCE ET SANTÉ	11
Introduction	13
I. Contexte et problématique	13
A. Contexte général	13
B. Le champ de réflexion et le travail des commissions	14
1. Le choix des thèmes de travail	14
2. La composition et le mode de travail des commissions	15
3. Des approches nouvelles	15
3. 1. Vers une médicalisation de la violence ?	15
3. 2. La question du genre	16
3. 3. La violence institutionnelle	16
II. La violence : une bataille de définitions	17

CHAPITRE 1	23
ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE ET SES RELATIONS AVEC LA SANTÉ	
I. La mortalité	25
II. Les données sur les victimes	26
A. Les faits de violence tels que déclarés par des victimes ou au sujet de victimes	26
1. Les faits de violence enregistrés en population générale	26
1. 1. Les enquêtes de victimisation (Cesdip / INSEE)	26
1. 2. Le système de signalement de l'Éducation nationale	27
2. Les enfants et les adolescents	27
3. La « violence de genre »	29
3. 1. Les violences faites aux femmes	29
3. 1. 1. <i>L'enquête Enveff</i>	29
3. 1. 2. <i>Les autres sources de données</i>	30
3. 2. Les violences exercées sur les personnes homosexuelles, bi ou transsexuelles	31
3. 3. Les violences exercées sur les personnes prostituées	31
4. Les violences envers les personnes vulnérables (personnes âgées et handicapées)	31
4. 1. Les données en population générale	31
4. 2. Les violences en institutions	32
4. 3. Les données des réseaux associatifs	32
4. 3. 1. <i>Les réseaux d'écoute téléphonique Alma</i>	32
4. 3. 2. <i>L'Association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés (AFBAH)</i>	32
4. 3. 3. <i>Le SNATEM</i>	33
5. Santé mentale, violence et victimes	34
5. 1. Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux	34
5. 2. Violence et traumatisme psychique	34
B. Les conséquences sanitaires de la violence	35
1. L'impact sanitaire des violences faites aux femmes	35
2. Les mutilations sexuelles féminines	36
3. Homophobie et suicide	36
4. Le traumatisme psychique	37

III. Les données sur les auteurs	38
A. Les facteurs de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence	38
B. Les auteurs de violence dans les institutions sociales et médico-sociales	39
C. Quelques caractéristiques des auteurs de violence	39
IV. Les facteurs de risque de la violence	40
A. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux	40
B. La violence en relation avec l'emploi	40
1. Les milieux professionnels favorisant la violence	40
2. Situation de non emploi et violence des jeunes	41
3. L'organisation du travail source de violence	41
C. Les facteurs de risque identifiés dans la population générale	41

CHAPITRE 2	47
VIOLENCE ET SANTÉ :	
LES DISPOSITIFS EXISTANTS	
I. Les dispositions législatives et réglementaires	49
A. Les dispositions relatives à la protection de l'enfance	49
B. Les violences de genre	52
1. La qualification des agressions sexuelles	52
2. L'égalité des droits entre hommes et femmes	52
3. L'homophobie	53
C. Les violences envers les personnes âgées et handicapées	53
D. Le secret professionnel, l'obligation de dénoncer et de porter secours	54
E. Les droits des usagers du système de santé	55
II. Les actions, dispositifs et programmes	56
A. Les programmes nationaux de prévention	56
1. La commission nationale contre les violences faites aux femmes	56
2. Les travaux du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées	57
B. Les dispositifs d'accueil et de prise en charge des victimes de violence	57
1. Les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)	57
1. 1. Modalités de fonctionnement	57
1. 2. Limites du cadre théorique et entraves au bon fonctionnement	58
1. 3. Une nécessité d'évaluation	59
2. Les Unités médico-judiciaires (UMJ)	59
3. Les pôles de référence relatifs à l'accueil des victimes de violences sexuelles en milieu hospitalier	60
4. Les services d'accueil téléphonique	60
5. Des pratiques insuffisamment développées	61
5. 1. L'expertise des victimes	61
5. 2. Le suivi à long terme des stratégies de prise en charge des victimes	61
C. La prise en charge des auteurs violents	61
D. Le cadre européen	62

CHAPITRE 3	64
RECOMMANDATIONS	
I. Amélioration des connaissances et recherche sur la violence et son impact sur la santé	66
A. Bilan des connaissances disponibles	66
B. Mise au point de recherches	68
1. Nature des connaissances à acquérir	68
1. 1. Produire des données descriptives de l'ampleur du problème	68
1. 1. 1. Décrire et quantifier les phénomènes de violence susceptibles d'avoir des conséquences pour la santé	68
1. 1. 2. Quantifier l'impact sur la santé et l'utilisation des services de santé	69
1. 1. 3. Identifier et décrire les populations touchées (victimes)	69
1. 1. 4. Caractériser les atteintes somatiques et psychologiques selon le type de violence et de population concernée	70
1. 1. 5. Décrire la nature des auteurs et leurs problèmes de santé	70
1. 1. 6. Mesurer les coûts sanitaires de l'impact de la violence sur la santé	70
1. 2. 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	71
1. 2. 1. Identifier des facteurs de risque et situations à risque	71
1. 2. 2. Analyser les circonstances de survenue et les mécanismes de la violence	71
1. 2. 3. Identifier et analyser les facteurs organisationnels générateurs et préventifs de violence	71
1. 2. 4. Analyser le rôle des médias	72
1. 2. 5. Développer des approches disciplinaires nouvelles des « causes » de la violence	72
1. 3. Produire des données évaluatives d'actions et programmes	73
1. 4. Développer la recherche dans le domaine de la justice et du droit	73
1. 4. 1. Développer des recherches en sciences sociales sur la relation psychiatrie – justice	73
1. 4. 2. Promouvoir la recherche sur l'évolution du droit	73
1. 5. Développer des outils de mesure	74
2. Structurer le milieu et les méthodes de recherche	74
C. Maintien d'une activité permanente de réflexion et de capitalisation des données et expériences	74
D. En conclusion	75
Encadré : La recherche : quelles grandes orientations ?	76

II. Application des dispositifs législatifs et réglementaires existants	78
1. Connaître les dispositions législatives et réglementaires	78
2. Connaître et promouvoir les conditions d'application des textes	78
3. Favoriser une application non discriminante et non stigmatisante des textes	78
4. Promouvoir l'information des personnels concernés	79
5. Surveiller l'évolution du droit et des droits des personnes	79
6. Contrôler et réguler la mise en œuvre des textes	79
7. Appliquer à la prévention de la violence la législation en matière de droit des patients	80
8. Réaffirmer la nécessité du repérage des situations de maltraitance	80
9. Favoriser la prise en charge coordonnée telle qu'inscrite dans les textes	81

<i>Encadré : L'application des dispositifs législatifs et réglementaires : quelles grandes orientations ?</i>	82
---	-----------

III. Actions : prévenir et repérer la violence, repérer et prendre en charge ses conséquences	83
A. Des préalables	84
1. Faire un état des lieux des actions et dispositifs existants	84
2. Favoriser les stratégies visant à réduire les disparités régionales et départementales	84
3. Élaborer des stratégies prenant en compte le rôle de « première ligne » de certains professionnels	84
4. Faire des recommandations en cohérence avec des Plans existants	85
B. À qui s'adressent les actions de prévention, de repérage et de prise en charge ?	85
1. Les victimes	85
1. 1. Le repérage et le signalement	85
1. 2. La prise en charge	86
1. 3. Quelles victimes et quelle violence ?	87
2. Les auteurs	87
3. Les témoins	88
C. Des stratégies organisationnelles internes comme prévention de la violence	88
1. L'entreprise	89
1. 1. Donner tout leur rôle aux dispositifs existants	89
1. 2. Promouvoir un rôle positif de la direction de l'entreprise dans la prévention de la violence	89
2. Les établissements de santé	90
3. Les lieux d'exigence de performance pour les enfants et les adolescents	90
4. Le milieu carcéral	91
5. En conclusion : quel regard les institutions peuvent-elles poser sur elles-mêmes afin d'améliorer leur organisation et de prévenir la violence ?	91

D. Le système de santé et ses partenaires : quels acteurs, quelles articulations, quels modes d'action ?	91	
1. Réactiver les dispositifs existants	91	
2. Développer des partenariats institutionnels et disciplinaires	92	
2. 1. Les partenariats institutionnels	92	
2. 2. La pluridisciplinarité	92	
2. 3. Travailler en réseau	93	
2. 4. Les principes des partenariats et du travail en réseau	94	
2. 4. 1. La mobilisation des compétences		94
2. 4. 2. Le rôle des collectivités locales		94
2. 4. 3. Le partage des financements		94
2. 4. 4. Les aspects éthiques		95
3. Sortir des institutions	95	
3. 1. Promouvoir les visites à domicile	95	
3. 2. Faciliter l'accès aux systèmes d'accueil téléphonique	96	
3. 3. Promouvoir les espaces de parole	96	
3. 4. Intervenir dans les lieux de vie	97	
4. Créer et développer des ressources (structures et ressources humaines)	97	
E. Mettre au point un ensemble de mesures pour des populations à vulnérabilités particulières	98	
1. Les femmes enceintes	98	
2. Les femmes victimes de mutilations sexuelles	99	
3. Les détenus	99	
F. Une exigence d'évaluation	99	
Encadré : Les actions : quelles grandes orientations ?	102	

IV. Information et formation 104

A. Rassembler et diffuser l'information	104	
1. Rassembler des connaissances scientifiques	104	
2. Élaborer des systèmes d'information et de surveillance épidémiologique	105	
3. Diffuser l'information	106	
3. 1. Que diffuser, et comment, au grand public ?	106	
3. 1. 1. Informer sur les facteurs de risque et les situations à risque		107
3. 1. 2. Informer sur les possibilités et les lieux de signalement et de prise en charge		107
3. 1. 3. Informer des publics spécifiques		108
3. 1. 4. Utiliser les médias		108
3. 1. 5. Mobiliser conjointement le grand public et les professionnels		108
3. 2. Que diffuser, et comment aux professionnels ?	109	

B. Formation	109
1. Former les professionnels de la santé	109
1. 1. Dispenser des formations généralistes	109
1. 2. Dispenser des formations spécialisées	109
2. Former les personnels d'autres champs professionnels	110
2. 1. Les personnels de l'Éducation nationale	110
2. 2. Les forces de l'ordre	111
2. 3. Les personnels des entreprises	111
3. Assurer des formations interprofessionnelles	111

<i>Encadré : L'information et la formation : quelles grandes orientations ?</i>	113
---	------------

Conclusion	116
-------------------	------------

VIOLENCE ET SANTÉ

I. Contexte et problématique

A. 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.

B. Le champ de réflexion et le travail des commissions

1. 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 installation 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 6 commissions thématiques devant aborder les sujets qui paraissaient prioritaires en terme de santé publique. L'intitulé de ces 6 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 Brixi, 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.

2. 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 6 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'indicateur 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 4 et 6 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.

3. Des approches nouvelles

3.1. 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 90) 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 5 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* ».

3. 2. 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 concernant 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.

3. 3. 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 80, 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 ». On trouvera en Annexe 3 de ce rapport l'analyse menée par la Commission « Violence, travail, emploi, santé » des « conditions favorisant le déclenchement et la conjuration de la violence en milieu de travail ».

II. 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 perdre 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 des 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 « démontrables ». 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 7 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, non-respect du 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, 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 récurrents, 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 bienveillance.

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, la forme prise, le moment où elle s'exprime, 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 perpète. 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 « *la reprise de la définition de l’OMS en n’en restant pas à la seule intention du délibéré et d’élargir la typologie aux logiques d’organisations et des institutions potentiellement productrices de violences* ».

Finalement 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. Le rapport de synthèse, lui, s’attachera 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.

CHAPITRE 1

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. Les connaissances disponibles sont regroupées dans l'Annexe 4. On présentera ci-dessous une synthèse visant à tenter une évaluation de la magnitude du problème de la violence et de ses relations avec la santé, à souligner et analyser les problèmes de fiabilité des données, et à présenter quelques facteurs de risque identifiés et discutés dans les commissions.

I. 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 (voir dans l'Annexe 4 les données présentées par Éric Jouglu au séminaire national du 13 avril 2005) indiquent 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, ¼ 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 (3 fois plus fréquents chez les hommes). Depuis 1980 la mortalité violente a nettement décliné (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 20 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 502 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 58 morts considérées comme suspectes d'être des morts violentes dans l'enquête « parquets », seules 3 figurent dans les statistiques officielles des causes de décès sous la rubrique homicide ; 17 d'entre elles n'ont pas du tout été retrouvées (dont 13 néonaticides) ; 11 figurent dans la rubrique morts de « causes inconnues ou non précisées », 13 dans les morts de cause médicale « naturelle » ; 1 dans les « morts subites inexplicables du nourrisson » (MSIN), et enfin 13 dans les morts traumatiques accidentelles ou de cause non définie. Même si les éléments sur les circonstances et les données médicales associées à ces 58 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 32 cas à comparer aux 3 du CépiDc.

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 MSIN, 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 MSIN et d'homicides, comme cela a été montré aux États-Unis, et que sous la catégorie MSIN se cachent des homicides, 29 % de morts suspectes ayant été enregistrées comme MSIN dans les statistiques nationales de 1994 selon une étude britannique.

II. 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.

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

1. Les faits de violence enregistrés en population générale

1. 1. 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 4. 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 15 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.

1. 2. 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.

2. 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 Maltraitée ») 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 maltraitée], 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 du fait de différences dans les zones géographiques couvertes, les tranches d'âge, les définitions (voir le Tableau I du chapitre sur l'épidémiologie de la maltraitance à enfant dans l'Annexe 4). Même lorsqu'une même population est concernée (les élèves des établissements du second degré), les chiffres diffèrent selon l'intervenant (médecins ou assistantes sociales) et les nombreux doublons ne sont pas identifiables. S'ils ne sont pas identifiables à l'intérieur d'un même organisme, ils le sont encore moins d'un organisme à un autre. 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 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-signalement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signalement. 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 [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 signalement. 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 502 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.

3. 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 ».

3. 1. Les violences faites aux femmes

Au cours des 15 dernières années, les résultats de plus de 50 études sur la fréquence des violences faites aux femmes, violences dites conjugales ou domestiques, ont été publiés dans le monde. Globalement, entre 10 % et 50 % des femmes ayant vécu en couple ont connu ce type de violence et entre 3 % et 52 % d'entre elles rapportent de telles violences physiques au cours de l'année écoulée (comme le rapporte un article du Lancet en 2002).

3. 1. 1. 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 représentatif 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, 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 12 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 3.

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'ajoutent 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. Par ailleurs, 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. De plus, les plus précaires parmi les migrantes sont difficiles à identifier ou à interroger par téléphone.

3. 1. 2. 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 3 maternités publiques, de la Région parisienne et de Champagne-Ardenne dans le but d'estimer la fréquence des violences conjugales au cours de l'année qui suit la naissance d'un enfant. Elle a porté sur 706 femmes qui ont été interrogées lors de leur accouchement, puis ont répondu à un questionnaire par voie postale 5 et 12 mois après la naissance. L'analyse des données montre que 4,1 % des femmes enquêtées ont subi des violences de la part de leur conjoint après leur accouchement.
- 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.

3. 2. 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'ils 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.

3. 3. 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 5 derniers mois précédant l'enquête. Les travestis étaient les plus exposés. Le client était le principal agresseur (58 %). Les motifs d'agression, lorsqu'ils étaient rapportés, étaient le vol, le viol, la haine des personnes prostituées et l'homophobie. 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.

4. Les violences envers les personnes vulnérables (personnes âgées et handicapées)

4. 1. 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 établissements sociaux et médico-sociaux ou vivant à leur domicile. Il n'est donc pas possible d'avancer aujourd'hui une estimation fiable de l'ampleur du phénomène. Les estimations disponibles sont extrapolées à partir de 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 débutera 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.

4. 2. 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.

4. 3. Les données des réseaux associatifs

4. 3. 1. Les réseaux d'écoute téléphonique Alma

Le nombre d'appels reçus par le réseau ALMA-France est passé de 2 118 en 1997 à 7 366 en 2002. 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.

4. 3. 2. 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 maltraitements dont il appartient à l'équipe départementale de préciser l'importance relative. La maltraitance psychologique est présente dans plus d'un tiers des cas. La maltraitance physique associée correspond le plus souvent à un passage à l'acte de la part de l'auteur présumé, de manière occasionnelle.

4. 3. 3. 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, 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.

5. Santé mentale, violence et victimes

5. 1. 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 2 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 » et dans l'Annexe 4.

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.

5. 2. Violence et traumatisme psychique

Les conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence sont depuis une vingtaine d'année largement documentées. C'est d'ailleurs un thème récurrent en constante progression dans la littérature internationale depuis le début des années 80, puisqu'on dénombre plus de 1 500 publications référencées sur ce thème en 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 20 ans (passant, certes, de 1 130 en 1980, à 2 426 en 2000), alors que, dans le même temps, pourtant, l'intérêt scientifique pour la schizophrénie a été profondément renouvelé. 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 dans la partie B sur les conséquences sanitaires de la violence.

B. 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.

1. L'impact sanitaire des violences faites aux femmes

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

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

2. 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 cicatrifications 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.

3. 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 3 % de la population générale masculine, ils constituent 50 % de l'ensemble des garçons décédés par suicide pour la même tranche d'âge (voir le Tableau en Annexe 4).

4. 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 M. 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 RJ, Shin LM 1995) ;
- l'appartenance à une minorité ethnique, mais ce facteur est en fait lié aux précédents (essentiellement les antécédents de traumatismes multiples et le faible niveau éducatif) puisqu'il vise préférentiellement les minorités ethniques en situation précaire et ne semble pas viser d'éventuels particularismes culturels (Breslau, Kessler, Chilcoat et al 1998) ;
- un facteur « génétique » a également été évoqué pour rendre compte de la transmission familiale du risque (Halligan, Yehuda 2000) ;
- enfin les antécédents psychiatriques lourds sont également incriminés. À ce titre, les études retrouvent un taux de PTSD très significativement augmenté chez les malades mentaux exposés à des violences parfois moins sévères que dans la population générale (Mueser, Goodman, Trumbetta et al 1998 ; Mueser, Rosenberg, Goodman et al 2002).

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

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).

III. 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 30 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 15 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 plus de 2 (2,37 exactement), les gardes à vue prolongées se multipliaient par 4. 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.

A. 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, psycho-traumatiques 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 de persécution, mystiques ;
- les troubles de l'humeur ;

- l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- les troubles de la personnalité de type antisocial, paranoïaque, borderline, passif-agressif, schizotypique, dépendant, évitant, en général intriqués ;
- l'exposition aux événements psycho-traumatiques 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 4 ans, seul l'état de 8 hommes et d'1 femme nécessitait 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 étant dangereux. Des enquêtes de ce type avec des populations psychiatriques considérées comme à risque pour des actes dangereux ou violents devraient être poursuivies, sur des échantillons plus importants, et avec de meilleurs outils épidémiologiques et cliniques et un suivi plus long.

B. 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.

C. 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 perpétuées 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 7 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 pédophiles ou d'agressions sexuelles.

IV. Les facteurs de risque de la violence

A. 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.

B. La violence en relation avec l'emploi

1. 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.

2. 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.

3. 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 auront la tâche de formuler des recommandations pour un Plan « Violence et santé », est détaillée dans la Partie 3 du rapport de la Commission « Violence, travail, emploi, santé ».

C. 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 multipliés par 3.) 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 au paragraphe II. A. 3. 1. 2. ci-dessus) 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 la partie IV de l'Annexe 4).

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, au paragraphe II. A. 2. ci-dessus, 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 10.

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^{ème} 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 502 de l'INSERM sur les morts suspectes de nourrissons laisse supposer que le chiffre officiel des homicides à cet âge pourrait être multiplié par 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 3 % 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** : 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.

CHAPITRE 2

VIOLENCE ET SANTÉ : LES DISPOSITIFS EXISTANTS

I. 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 éparses.

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 paragraphe II 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 institutionnels 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 présentées 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 l'Annexe 5.

A. 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 15 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 être 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 10 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 20 ans à compter de la date à laquelle les

victimes auraient été majeures (au lieu de 10 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.

B. Les violences de genre

1. 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 aux paragraphes II. B. 2 et II. B. 3 de ce chapitre.

2. 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.

3. 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 ».

C. 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 co-auteur 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.

D. 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 :

1° 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 ;

2° 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, co-auteurs, 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.

E. 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).

II. 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 signalant les éventuelles lacunes et difficultés de fonctionnement.

A. Les programmes nationaux de prévention

1. 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.

2. 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 tutélaires, banques, assurances, gestionnaires de patrimoine, instances ordinales...).

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

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

(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)

1. 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, souvent aussi, en groupe auprès de groupe de professionnels tels que les équipes de secours à l'occasion d'interventions « marquantes » 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 définis 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 (nombres 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 du 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 notamment 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. 30 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 psycho-traumatisme proposées dans certains établissements publics hospitaliers. Le soutien psychosocial et l'accompagnement des victimes est 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.

1. 2. 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 psycho trauma. Il leur reste dans ce cas la possibilité d'une prise en charge dans le secteur privé, laquelle demande des moyens financiers souvent inexistant, 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.

1. 3. Une nécessité d'évaluation

Dans le cas des soins post-immédiats, le « debriefing » 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 debriefing 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 debriefing 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 « debriefing » 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.

2. 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 24h / 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.

3. 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 relevant 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 .

4. 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...). 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 leur apporter un soutien psychologique à tous les stades de la procédure pénale.

5. Des pratiques insuffisamment développées

5.1. 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.

5. 2. 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.

C. 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 (réfèrent 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 90, une politique 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.

D. 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 5 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.

CHAPITRE 3

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 est présenté dans l'Annexe 6, qui reprend la formulation des rapports des commissions rendus publics le 13 avril 2005. Par ailleurs, certaines recommandations sont issues des débats du séminaire national du 13 avril, 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 vise 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 tentera de dégager des axes prioritaires et de grandes orientations stratégiques pour le système et les professionnels de santé.

I. 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. Dejours). 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.

A. 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

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.

françaises 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 90 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 socio-politiques 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, paragraphe I) 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 (**Sem**). 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 L2223-42), 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.

B. Mise au point de recherches

1. Nature des connaissances à acquérir

1. 1. 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 (paragraphe IV. 2).

1. 1. 1. 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

1. 1. 2. 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

1. 1. 3. 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

1. 1. 4. 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

1. 1. 5. 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 au paragraphe 1. 1. 1, permet à la fois le repérage de ces faits et la description des victimes comme des auteurs.

1. 1. 6. 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

1. 2. 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.

1. 2. 1. 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 « sursuicidalité » 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

1. 2. 2. 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

1. 2. 3. 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

1. 2. 4. 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).

1. 2. 5. Développer des approches disciplinaires nouvelles des « causes » de la violence

- Dans le domaine des relations entre violence et santé mentale, développer des recherches en neuro-biologie, en neuro-endocrinologie, en imagerie cérébrale et en génétique.

VSM

1. 3. 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, 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**

1. 4. Développer la recherche dans le domaine de la justice et du droit

1. 4. 1. Développer des recherches en sciences sociales sur la relation psychiatrie – justice

- Analyser l'évolution des conséquences de l'application de l'art. 122-1 du Code pénal depuis son entrée en vigueur, et plus spécifiquement : l'application de l'alinéa 1 (évolution du nombre des non-lieux, 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'ar.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**

1. 4. 2. 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

1. 5. 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

2. 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-socio-professionnels » (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 (voir la description des CITTP en Annexe 7).

VTE

C. 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

D. 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 cohérences 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 socio-politiques 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 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).**

II. 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.

1. 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**).

2. 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

3. 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, quel 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

4. 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

5. 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

6. 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**).

7. 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

8. 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).

9. 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 handicapées », 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 des 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.**

III. 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 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.

A. Des préalables

1. 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.

2. 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.

3. 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, 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 le paragraphe D. 2. ci-dessous) qui les incluent et les soutiennent.

4. 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 ».

B. 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 au paragraphe E.

1. 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^{ère} 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**

1. 1. 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

1. 2. 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 « debriefing 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 auto-proclamés, 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**

1. 3. 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 B3.

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.

2. 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, inadvertance) 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 de lui offrir 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 3 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

3. 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 confidentes » **(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, confidentes ou victimes de violence.

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 » **(PA-PH)**.

C. 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.

1. L'entreprise

1.1. 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**

1. 2. 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**

2. 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 psycho-sociaux.
- 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)**.

3. 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

4. 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).

5. 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

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

1. 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 anatomo-pathologiques, et au développement de la médecine légale pédiatrique. Les UMJ devraient pouvoir mieux assurer qu'actuellement 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.

2. Développer des partenariats institutionnels et disciplinaires

2.1. 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)**.

- | | |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none">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.

2.2. 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 est le plus souvent nécessaire et possible (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 pluridisciplinaire (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).

2. 3. 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-psycho-sociaux, comportant un volet ville-hôpital, avec un renforcement des liens entre les centres périnatals, les inter-secteurs de pédo-psychiatrie, les secteurs de psychiatrie d'adultes, la PMI, les modes de garde des jeunes enfants et le tissu associatif. Clarifier le financement et les missions de ces réseaux ainsi que les modalités de leur évaluation. **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**

2. 4. Les principes des partenariats et du travail en réseau

2. 4. 1. 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 co-définir 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.

- | | |
|--|------------|
| <ul style="list-style-type: none">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 |
|--|------------|

2. 4. 2. 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 de questions légitimes en terme de compétence* » (VSM).

- | | |
|--|------------|
| <ul style="list-style-type: none">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 |
|--|------------|

2. 4. 3. 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

2. 4. 4. 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 Annexe 8).

3. 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.

3. 1. 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 appropriée, 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 deux 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'usager et de l'entourage, cette charte devant aborder également le respect des droits et libertés de l'usager, les conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention, la formation et le soutien des personnels, les conduites à tenir en cas de confrontation à une situation de maltraitance exercée par la famille ou l'entourage.
- 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

3. 2. 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

3. 3. 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

3.4. Intervenir dans les lieux de vie

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

4. Créer et développer des ressources (structures et ressources humaines)

Il s'agit ici d'assurer le développement de structures d'accueil existant 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 au paragraphe D. 2. 4. 1. 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 9), 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^{ère} 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**

E. 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.

1. 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 ^{ème} 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^{ème} 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 |
|--|-----|

2. 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).

3. Les détenus

- | | |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none">• 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 à 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 |
|---|------------|

- | | |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'encadrement des soins dans les services pénitentiaires. | VSM |
|---|------------|

F. 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 Aides à l'Enfance en Milieu Ouvert) 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'amélioration 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 des réseaux de périnatalité 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 suspectes 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 2 ou 3 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^{ème} 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.

IV. Information et formation

A. Rassembler et diffuser l'information

Toutes les actions qui ont été proposées par les commissions et présentées au chapitre III 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 aux chapitres I et III.

1. Rassembler des connaissances scientifiques

Il faut compiler et valoriser les données de la recherche (bilan de l'existant comme indiqué au chapitre I de ces recommandations), 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)**

2. 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 IST, 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 (voir 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 est 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 le chapitre 1 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 :

- | | |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Réaliser un 1^{er} 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 |
|---|------------|

3. Diffuser l'information

3. 1. 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.

3. 1. 1. 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**

3. 1. 2. Informer sur 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**

3. 1. 3. Informer 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

3. 1. 4. Utiliser les médias

En ce qui concerne les problèmes liés à l'ESI chez l'enfant, la surmédiation 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).

3. 1. 5. 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

3. 2. 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**

B. Formation

1. Former les professionnels de la santé

1. 1. 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 para-médical, 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**

1. 2. Dispenser des formations spécialisées

On l'a vu, un des éléments clés du Plan « Périnatalité » est l'entretien du 4^{ème} 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^{ème} 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

2. Former les personnels d'autres champs professionnels

2.1. 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.

2. 2. 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**

2. 3. 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

3. 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 bientraitance, en s'appuyant sur des outils de types « trousse de bientraitance » ou mallettes pédagogiques constituées d'outils simples permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques.
- Faire des campagnes de promotion pour les métiers de l'accompagnement du handicap et de la perte.
- 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 contre-sens**, 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 éparses, 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 signallement 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 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 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 soignée 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 de 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 confidents 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 participant 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 difficile, 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 debriefing 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 « debriefing » 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 contre-sens**, 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.

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

