

Rapport

VIOLENCES ET SANTÉ

Mai 2004

RAPPORT

VIOLENCES ET SANTÉ

Avertissement

Dans le cadre de l'élaboration de ce rapport, le Haut Comité de la santé publique a commandé à l'institut BVA une enquête d'opinion sur la perception des phénomènes de violence. En raison du gel budgétaire intervenu en 2003, cette enquête n'a été menée que fin 2003. Exploitée et présentée au 1^{er} trimestre 2004, elle n'a pas pu être intégrée au rapport, mais en constitue une annexe qui s'inscrit dans sa continuité.

SOMMAIRE

Saisine	6
Composition du groupe de travail	7
Introduction	8
Comprendre la violence pour mieux savoir la prévenir.....	10
Identifier l'intervention du domaine de la santé dans les phénomènes de violence	11
Le Plan du Rapport	18
Chapitre 1	19
Les violences familiales	19
1. L'expression des violences familiales.....	19
2. Constats sur les violences conjugales.....	20
3. Violences conjugales et santé	25
4. Le système de santé face aux violences conjugales.....	27
5. Les enfants victimes des violences familiales	32
Chapitre 2	42
Les violences des adolescents, particulièrement en milieu scolaire	42
1. L'importance des violences chez les jeunes	42
2. Les chiffres de la violence chez les jeunes en milieu scolaire.....	45
3. Comprendre et expliquer la violence des adolescents	47
4. Le choc de l'insertion dans une vie citoyenne	48
5. Concevoir une prévention de la violence des adolescents.....	50
6. Comment maîtriser la violence scolaire ?.....	52
7. Des recommandations pour réduire les violences des adolescents.....	56
Chapitre 3	62
La violence routière	62
1. La violence routière, une violence particulière	62
2. Les données du problème	63
3. Axes préventifs	70
4. La nécessaire implication du monde de la santé.....	75
Chapitre 4	77
Les violences contre les personnes âgées	77
1. Des violences multiformes.....	78
2. Reconnaître les maltraitances	79
3. Comment protéger et prévenir ?.....	85

Chapitre 5	88
Les violences dans les lieux de travail et de soins	88
1. Santé et violences dans les lieux de travail.....	88
2. Santé et violences dans les lieux de soins.....	96
Chapitre 6	102
Le suicide	102
1. La prévention du suicide : priorités nationale et régionales de santé publique.	102
2. Définitions.....	104
3. Suicide : ampleur du phénomène.....	106
4. Tentatives de suicide, crise et idées suicidaires.....	109
5. Conduites à risque suicidaires.....	110
6. Quels sont les facteurs de risque ?	112
7. Pour une approche populationnelle dans une logique de prévention.....	115
8. Existe-t-il des facteurs protecteurs ?	118
9. Quels sont les moyens de prévention ?	118
10. Recommandations.....	120
Conclusions	125
La violence, un problème de santé publique.....	125
Recommandations	128
1. Développer la connaissance épidémiologique sur la violence et ses déterminants... ..	128
2. Faciliter le repérage des situations de violence.....	129
3. Améliorer la prise en charge et le suivi des cas.	130
4. Organiser la prévention	133
Bibliographie	137
Rapport de l'enquête réalisée par l'institut BVA à la demande du haut comité de la santé publique	143

CAB/JFM/AF/VG/Scop D 03002842

Paris, le 19 février 2003

Monsieur le Président,

Le récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la violence et la santé montre qu'aucun pays, aucune collectivité n'est à l'abri de la violence. Parce qu'elle est omniprésente, la violence est souvent considérée comme un aspect inéluctable de la condition humaine, un fait de la vie qu'il faut affronter plutôt que prévenir. C'est pourtant un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous.

On considère généralement la violence sous l'angle de la délinquance, relevant à ce titre de la sécurité intérieure. Pourtant, elle doit être tout autant considérée comme une cause de mortalité prématurée, un facteur de risque des maladies mentales les plus fréquentes, une menace pour la cohésion sociale. En effet, lorsqu'on considère l'ensemble des violences qui affectent notre société dans la ville, les familles, les établissements médico-sociaux, les écoles, les transports, les entreprises, sur les routes, on voit se dessiner un phénomène quantitativement inquiétant. Et si l'on prend en compte les conséquences somatiques et psychologiques de l'exposition à la violence, on voit que l'on a affaire à un déterminant majeur de l'état de santé. La lutte contre la violence devient ainsi une priorité de santé publique.

Dans cette perspective, je souhaite que le Haut Comité de la santé publique mène une réflexion sur les moyens d'améliorer la connaissance et la prévention des phénomènes liés à la violence et de renforcer l'efficacité des politiques de santé publique dans ce domaine.

Je souhaite que vous étudiez plus particulièrement les conditions d'application des recommandations du rapport publié par l'OMS à la situation française et que vos propositions intègrent les travaux en cours pour la préparation de la loi d'orientation en Santé Publique.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me faire parvenir votre rapport au plus tard à la fin du mois de juin 2003.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Jean-François MATTEI

Monsieur Roland Sambuc
Vice-président du Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75007 PARIS

Composition du groupe de travail

Président :

Pierre Guillet, *HCSP*

Membres :

Gérard Badeyan, *Secrétariat général du HCSP*

Maryvonne Bitaud-Thépaut, *HCSP*

Jean-François Bloch-Lainé, *HCSP*

François Bonnaud, *HCSP*

Antoinette Desportes-Davonneau, *Secrétariat général du HCSP*

Marc Duriez, *Secrétariat général du HCSP*

Isabelle Ferrand, *HCSP*

Pascale Gayraud, *Stratégies en Santé publique*

Geneviève Guérin, *Secrétariat général du HCSP*

Jacques Lebas, *HCSP*

Guy Nicolas, *DHOS*

Roland Sambuc, *HCSP*

Emmanuelle Sarlon, *interne de santé publique HCSP*

Coordination :

Marc Duriez, *Secrétariat général du HCSP*

Au cours de ses réunions, le groupe de travail a auditionné

Bernard Basset, *Direction générale de la santé*

Philippe Cléry-Melin, *Mission pour le développement de la Psychiatrie et la promotion de la santé mentale*

Hervé Hamon, *Tribunal pour enfants de Paris*

Christian Hervé, *AP-HP, Hôpital Necker (à sa demande)*

Emmanuel Jancovici, *Direction générale de l'Action sociale*

Serge Tisseron, *Psychanalyste, Psychiatre*

Anne Tursz, *Inserm, Cermes*

Introduction

La saisine du 19 février 2003 souhaite que le Haut Comité de la santé publique mène une réflexion sur les moyens d'améliorer la connaissance et la prévention des phénomènes liés à la violence et de renforcer l'efficacité des politiques de santé publique dans ce domaine.

Le rapport sur « *la violence et la santé* » publié en 2002 par l'OMS affirme que « La Violence doit être considérée comme une question de santé publique en étudiant quel rôle nous avons à jouer pour prévenir les phénomènes de violence et leurs impacts sanitaires. Lorsque l'on considère l'ensemble des violences qui affectent notre société dans la ville, sur les routes, dans les familles, les établissements médicaux et sociaux, l'école, les transports, les entreprises, on voit se dessiner un phénomène majeur. Si l'on prend en compte les conséquences somatiques et psychologiques de l'exposition à la violence, nous avons affaire à un phénomène qualitativement inquiétant. Et si l'on intègre la menace bio terroriste, qui n'est pas un fantôme, il est clair que nous faisons face à des problèmes d'un type nouveau, une nouvelle manière de réfléchir et d'agir en santé publique. »

Il nous est demandé un examen de l'application de ce rapport sur la situation française en caractérisant le champ d'intervention de la santé publique dans la prise en charge des phénomènes liés à la violence.

La santé publique, spécifiquement sollicitée par les diverses expressions que peut prendre la violence et par les conséquences qui en découlent, doit se situer :

- par rapport aux déterminants de la violence.
- par rapport aux autres interventions d'ordre public, et inscrire ses propres recommandations dans la nécessaire prise en charge globale du phénomène.

Ce rapport devrait nous permettre de mieux connaître les facteurs qui débouchent sur des violences responsables de décès, de troubles

physiques et psychologiques. Cette connaissance devrait aider à mettre en place des ripostes actives et préventives.

Il existe de nombreuses façons de définir la violence, l'OMS en parle ainsi : "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."

Une autre façon de définir la violence est proposée dans le récent rapport de Blandine Kriegel sur la violence à la télévision : **« la violence est une force dérégulée qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique, dans un but de domination ou de destruction de l'humanité de l'individu »¹.**

Dans le regard santé publique sur la violence et la santé, les particularités des violences méritent d'être analysées. Ces violences comportent des aspects d'inhumanité qui doivent être compris si l'on veut pouvoir modifier dès leur origine l'idéologie qui les sous-tend.

La violence, considérée comme inhérente à la condition humaine, relevait jusqu'à présent du seul système pénal, le secteur sanitaire se limitant à soigner les victimes. Une approche de santé publique remet en cause ces présupposés, par ses interventions efficaces de prévention dans de nombreux problèmes liés à l'environnement et au comportement. Le traitement des phénomènes de violence doit comporter un important volet de santé publique, qu'il s'agisse de la drogue, du suicide, des accidents de la route ou de toutes les violences et maltraitements envers les enfants, les femmes et les personnes âgées. Ces violences représentent une des principales causes de mortalité prématurée, un facteur de risque de maladies mentales les plus fréquentes, une menace majeure sur la cohésion sociale.

Les constats et les conclusions de notre rapport devront pouvoir s'articuler sur les travaux des autres pays pour rejoindre les

1 La violence à la télévision, Rapport au Ministre de la culture et de la communication, novembre 2002

propositions de recommandations de l’OMS. La violence n’est pas un problème insoluble ni une fatalité de la condition humaine. On peut la prévenir. Les connaissances mondiales doivent encourager et faciliter la collaboration, l’innovation et la volonté de prévenir la violence dans notre pays et dans le monde entier.

Comprendre la violence pour mieux savoir la prévenir

Les expressions de la violence ne sont pas nouvelles mais elles prennent de nos jours une acuité particulière en raison de la complexité de la vie sociale, de l’explosion des moyens de communication et de la plus grande marge de manœuvre qu’autorise notre société plus libérale. Le sentiment d’appartenance de l’individu à la société s’estompe.

Chez tout individu, l’énergie vitale a du mal à s’épanouir car elle se heurte à un monde et à une société en grande instabilité, qui valorisent surtout l’individualisme, l’apparence et l’immédiateté. La construction nécessaire de l’individu par les autres ne s’opère plus comme autrefois dans une famille, au sein d’une « tribu » ou d’un « clan » cohérent et restreint qui l’accompagnait depuis avant sa naissance jusqu’au développement d’une certaine maturité comprise et reconnue. L’alentour formateur, indispensable à chaque individu, s’est considérablement élargi et éloigné, la famille n’est plus aussi proche ni aussi dense, elle n’est plus construite par une longue histoire porteuse d’expériences, de valeurs et d’avenir. La ville change, les problèmes du monde sont perceptibles à tous sous forme de multiples messages (journaux, Internet, télévision, messages publicitaires, innombrables récits des médias, téléphones portables etc) qu’il faudrait apprendre à trier, analyser, comprendre et traduire en mots pour se les approprier et s’en distancier.

Dans ce contexte de multiplication d’informations, à quelles valeurs se raccrocher, à qui s’identifier pour grandir et exister aux yeux des autres ? Chacun doit gérer sa façon d’exister sans tuteur référent stable, reconnu et respecté et sans avoir du temps de maturation. On peut bénéficier de tout sans attendre, donc sans vraie rencontre entre ce que l’on est encore intimement et ce que l’on peut espérer ou rêver d’être, on croit pouvoir avoir tout, tout de suite, et on cherche à l’obtenir, y compris par des actions violentes là où la parole fait défaut.

On doit, aujourd'hui, construire le groupe au milieu duquel on va vivre car il n'est plus présent sous une forme naturelle et hiérarchisée comme autrefois. Il faut apprendre, sans y avoir été encore préparé, à vivre en interconnexion avec les autres humains, à parler et à écouter, à aider et être aidé, donner et recevoir en permanence. L'absence de formation à ce modèle d'existence éclatée est génératrice d'inquiétudes et de violences qu'il faut apprendre à prévenir en créant, pour tous, surtout pour les jeunes, mais aussi pour les gens âgés, des modèles de relations constructives incluant le respect de l'autre.

Dans le mécanisme de violence, il s'agit pour l'agresseur d'affirmer sa subjectivité. Tout être humain est fondé sur la violence et subit celle des autres. La violence est très utile dès le début de la vie pour exister, solliciter l'environnement, c'est une force de vie liée à la motricité et synonyme d'activité.

Dans les relations quotidiennes on doit pouvoir trouver, dans son environnement, des possibilités de canaliser cette énergie. Si la violence est aujourd'hui généralement associée à la destruction et aux meurtres, il faut se rappeler qu'à son origine elle est instinctive, un signe de vitalité et une sollicitation de l'entourage. Incapable de maîtriser les changements qui s'imposent à lui, l'adolescent, par exemple, aura recours à l'« agir » pour assurer son identité.

Identifier l'intervention du domaine de la santé dans les phénomènes de violence

1. La question des déterminants est fondamentale dans la méthode adoptée pour traiter de l'intervention de la santé publique, notamment en matière de prévention.

La violence est un phénomène social dont les expressions, multiples et complexes, développent entre elles des interrelations qui rendent délicates les interprétations. La typologie de l'OMS distingue la violence individuelle, la violence relationnelle, la violence communautaire, la violence sociétale. Mais comment par exemple parler de violences individuelles ou relationnelles quand on peut suspecter l'influence de l'origine sociale, de l'appartenance à une communauté particulière, des conditions de travail, des conditions de vie et même de l'organisation sociale sur le comportement des

individus ? Cette problématique rend compte de la fragilité des typologies comme celle proposée par l’OMS dans l’approche du problème ainsi que dans la recherche d’actions envisagées.

Ces interrelations compliquent l’analyse des déterminants, particulièrement lorsqu’il faut définir une intervention particulière. Elles conduisent à s’interroger sur les limites de cette intervention, sur son champ de compétence et sur la répartition de la prise en charge entre l’ensemble des domaines sollicités.

Ces interrogations incitent à opérer des choix méthodologiques dans l’analyse des phénomènes et celle de leur prise en charge. Concrètement, l’intervention de la santé publique se situe dans un cadre limité de repérage des violences subies et de prise en compte des déterminants immédiats, (alcoolisme, conduites addictives, situation familiale, stress de la vie courante, stress au travail...). Elle s’exprime en aval de déterminants plus fondamentaux relevant de l’organisation sociale (organisation sociale du travail, aménagement urbain, organisation scolaire, gestion sociale de la vie...)

La violence n’est d’ailleurs pas le seul domaine d’investissement de la santé publique où certains effets néfastes ne peuvent être fondamentalement combattus sans un bouleversement important de l’organisation sociale. Le Haut Comité de la santé publique s’est trouvé souvent confronté à ces problèmes, notamment à propos de la pollution atmosphérique, de la nutrition, de la précarité. Chacun de ces problèmes relève de déterminants sociaux ou économiques qui dépassent le champ de compétence de la santé (organisation socio-économique, rationalisation de la politique industrielle ou d’une politique d’aménagement urbain). Ces déterminants peuvent être évoqués mais, par nature, ils se situent « hors de portée » de l’intervention sanitaire.

Ces considérations ont conduit à faire dans ce rapport des constats de violences agies ou subies par des populations particulières et à caractériser les situations et les motifs qui ont favorisé l’expression de ces violences.

Cette approche évite les inconvénients d’analyser la violence à partir de situations susceptibles de la favoriser : situations de précarité,

zones à risque, appartenances communautaires. Le risque est grand dans ce cas de stigmatiser certaines populations, et de systématiser leur détermination à la violence.

La démarche adoptée propose d'analyser les violences à partir des données des enquêtes disponibles concernant les victimes.

2. L'analyse des déterminants conduit à spécifier l'intervention de la santé publique

De façon générale, les développements ont tenté de caractériser la nature de l'intervention de la santé publique dans le cadre de la prévention, de la réparation des conséquences physiques et psychiques de la violence et du suivi, non seulement de la personne mais également de son milieu de réinsertion.

L'analyse des déterminants fait apparaître la nécessité de situer la santé publique dans le cadre de la prise en charge globale de la violence. Il s'agit d'un phénomène polymorphe qui sollicite des interventions sociales diverses dont les missions s'articulent autour de la recherche du bien-être mais aussi de l'ordre public. Ces interventions doivent être complémentaires mais leurs interactions peuvent faire surgir très souvent des conflits de compétences mais aussi d'objectifs poursuivis (recherche du bien-être individuel et garantie de l'ordre public peuvent s'opposer selon la conception que l'on en a).

Une première question se pose quant à la capacité du domaine de la santé à intervenir de façon adéquate lors de la découverte d'une situation de violence. Le rapport a insisté dans certains développements sur l'insuffisante préparation, l'insuffisante formation des professionnels de santé pour répondre à ce type de situation. La culture de santé publique implique de dépasser l'approche médicale mais il s'agit là d'une préconisation qui nécessite un changement fondamental de conception de l'intervention, non seulement de la part des acteurs de santé mais aussi des acteurs relevant des autres domaines appelés à intervenir.

La seconde question est d'ailleurs suggérée par l'approche de déterminants de la violence de la part de ces différents acteurs. Selon la « situation » de tel ou tel déterminant dans le processus conduisant

à la violence, chacun de ces acteurs est conduit à proposer sa propre démarche en fonction d'une approche et de références spécifiques. Dans quelle mesure peut-on espérer un dépassement d'une démarche particulière qui puisse s'insérer dans une approche globale ?

La déclinaison de la problématique de la santé publique proposée dans le rapport, se fondant sur « la pédagogie, l'information, la médiation, la diffusion et l'évaluation de toutes les initiatives de terrain », est à cet égard significative. Il s'agit d'orientations qui se veulent fédératrices des différents types d'actions envisageables malgré des angles d'approches différents.

L'objectif fondamental recherché par le rapport se situe dans la recherche d'une identité de la santé publique qui puisse légitimer la revendication de recours à des approches multiples.

Quelle pertinence des données statistiques sur la violence ?

La statistique ne se réduit pas à la collecte et à la compilation des nombres. Dans la pratique, elle est une méthode qui définit l'objet observé et le structure à travers des nomenclatures qui permettent de le classer : ce travail de définition et de mise au point des découpages constitue le fondement conceptuel de la statistique. Cette phase préliminaire est essentielle puisqu'elle détermine le contenu des études qu'il sera possible de réaliser par la suite. La mesure concrète sera ainsi effectuée dans le cadre conceptuel préalablement défini. Par définition, la représentation obtenue de l'objet étudié est partielle, de même que dans tout autre domaine de la connaissance. L'objectif est d'établir une grille de lecture pertinente avec les utilisations que l'on se fixe pour la statistique concernée.

Une contrainte provient alors des conditions techniques de recueil de l'information. Lors d'enquêtes par questionnaires, il s'agit de la capacité des unités interrogées (individus, ménages, entreprises), à répondre précisément. Par ailleurs, à côté des instruments spécifiques - donc sur mesure - que sont les enquêtes par questionnaires, la statistique utilise de plus en plus les données contenues dans les fichiers administratifs. Dans ce cas les exigences propres de la statistique n'ont le plus souvent pas été prises en compte lors du développement des systèmes administratifs dont elle vient en sous-produit, ce qui influe sur la qualité des données, mais surtout sur le cadre conceptuel même qu'il est possible de constituer.

En ne fournissant qu'une observation partielle de la complexité des objets qu'elle étudie, la statistique est semblable aux autres démarches de la connaissance. Cependant elle pose un problème particulier de pertinence. En effet, contrairement à l'instrument d'observation construit par l'équipe de recherche en sciences de la nature, la statistique est un élément de débat social, élément commun à des acteurs nombreux, divers, et aux intérêts conflictuels. Certes, y compris pour les sciences de la nature, le chercheur évolue dans les cadres historiquement délimités de son époque au niveau philosophique et idéologique et certaines découvertes peuvent avoir en retour une influence déterminante sur l'évolution de la société. Mais pour la statistique ces interactions sont beaucoup plus prégnantes, directes et d'une temporalité sans commune mesure. La

diffusion dans le corps social d'une mesure obtenue va influencer sur la perception du phénomène et, selon sa nature, sur le phénomène lui-même. Cependant le fait que la statistique fournisse une observation de son objet d'étude à travers une grille de lecture construite n'enlève rien à la réalité des faits observés.

Ces considérations, valables de façon générale pour les statistiques sociales, le sont de façon accentuée pour les statistiques sur la violence. Cette question est en effet historiquement émergente comme thème d'étude quantitatif et fait partie de ceux qui interpellent directement le plus chacun des individus qui constituent le corps social. La grille conceptuelle d'analyse mentionnée plus haut va donc être particulièrement évolutive et sujette à débat. Il suffit de songer à la prise en compte successive des violences, générales et en particulier sexuelles, à l'égard des femmes, puis à l'encontre des enfants, et désormais en direction des personnes âgées. La délimitation et la description de ce qui constitue une violence sont de toute évidence loin d'être stabilisées, comme le montrent le débat sur les punitions corporelles envers les enfants ou l'analyse des résultats de l'enquête ENVEFF sur l'inclusion de violences autres que corporelles.

Les différences sources statistiques concernant les violences et leur répercussion sur la santé :

- les enquêtes auprès des personnes,
- le dénombrement des problèmes de santé repérés par les sources épidémiologiques habituelles,
- les activités de nature administrative,
- les données issues des numéros d'appel.

les enquêtes auprès des personnes

- les problèmes liés à la capacité des individus à répondre se posent de façon particulièrement aiguë ici : déclaration plus ou moins large d'une violence subie en fonction de la perception sociale du phénomène, de ce qui est dans la norme ou non,

- difficultés concrètes de pouvoir répondre sans contrainte en raison du sujet même,
- pour les petits enfants et pour les personnes âgées, populations cibles particulièrement importantes, problème de la capacité d'expression elle-même.

le dénombrement des problèmes de santé repérés par les sources épidémiologiques habituelles

Le problème posé est de pouvoir distinguer parmi les troubles et traumatismes ceux qui sont dus à la maltraitance ou à l'agression contre soi-même. En effet les systèmes d'information repèrent les lésions ou troubles pour eux-mêmes et dans la plupart des cas ceux-ci peuvent avoir une cause autre, en particulier accidentelle. Il est alors nécessaire de réaliser des enquêtes complémentaires qui seront ensuite utilisées comme points de référence, ou d'introduire dans les systèmes des items supplémentaires. C'est ce qui a été réalisé par exemple pour le PMSI avec la consigne de codage des tentatives de suicide.

les activités de nature administrative

Il s'agit des données issues de l'activité des services sociaux, policiers ou judiciaires. Ces données reflètent à la fois l'amplitude du phénomène, les moyens mis en œuvre par les différents services et pour certains la relation que la population entretient avec eux (cas des déclarations auprès des services de police par exemple). Le lien entre l'activité des tribunaux en matière de délinquance routière et les orientations locales du procureur a été par exemple bien étudié.

les données issues des numéros d'appel

Ces expressions directes de souffrance dépendent bien évidemment de leur existence, des moyens de popularisation et des facilités d'accès.

De façon générale il est important de garder en mémoire que ces différentes sources de données ne sont *a priori* pas comparables.

Le Plan du Rapport

Les études sur les formes de violence et leurs effets sont multiples. Chacune s'intéresse à des types de population différents selon l'âge ou le sexe, mais font état de conséquences voisines : états dépressifs, blessures physiques pouvant entraîner la mort, souffrances psychiques.

Nous avons choisi le mode de lecture suivant :

- Les violences familiales : femmes et enfants en bas âge.
- Les violences des adolescents, surtout en établissements scolaires,
- Les violences routières,
- Les violences envers les personnes âgées,
- Les violences dans les lieux de soins et de travail,
- Les violences contre soi-même : les suicides et les comportements à risque.

Pour chacun de ces thèmes, nous adopterons les approches de santé publique : la pédagogie, la médiation, l'information et les mesures de prévention déjà appliquées, leur évaluation et leur diffusion.

C h a p i t r e 1

Les violences familiales

Les violences familiales concernent autant la santé publique que les droits et les devoirs de la personne humaine qu'elles détruisent. Elles sont à l'origine de nombreuses maladies physiques et psychiques, de consultations, d'hospitalisations et de consommation élevée de drogues licites ou illicites et d'arrêts de travail répétés.

La famille est le lieu où la loi intervient le moins et où s'observent les violences les plus fréquentes envers les êtres les plus faibles, qu'il s'agisse des femmes, des enfants en bas âge, des personnes âgées ou des hommes. Ces violences souvent insidieuses se développent selon des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Leurs conséquences sont très graves tant au plan physique, allant jusqu'à l'homicide ou le suicide, qu'au plan psychologique, en laissant subsister de dramatiques séquelles. Ces violences sont souvent dissimulées, les victimes se sentent honteuses et culpabilisées. Une femme sur quatre seulement parle spontanément de ce qu'elle subit. Les enfants apeurés et inhibés s'expriment par des troubles difficiles à interpréter.

1. L'expression des violences familiales

L'intimité du noyau familial constitue souvent le réceptacle de pulsions violentes non exprimées dans la vie sociale, induites par des antécédents, des réactions contre l'organisation sociale (conditions de travail, conditions de vie quotidienne), des conceptions de la vie en couple (partage des tâches) de conceptions culturelles des relations homme/femme, mais aussi des moyens utilisés individuellement pour supporter des conditions de vie pénibles (alcool, drogue).

Cette intimité constitue un lieu d'exutoire à distance de l'opprobre publique et de la sanction d'actes socialement condamnables. C'est pourquoi il est extrêmement difficile d'appréhender l'importance des actes de violences qui s'y commettent. D'autant plus que les victimes, conscientes de la représentation sociale péjorative de la situation

dans laquelle elles se trouvent, gardent une certaine réserve et taisent les événements dont elles ont souffert.

Pour toutes ces raisons, les enquêtes abordant ces phénomènes très spécifiques de violences se heurtent à des obstacles importants et sont d'apparition très récente en France si on les compare à celles entreprises dans d'autres pays, notamment anglo-saxons.

Les violences conjugales faites aux femmes transgressent les sociétés, les cultures, les générations et participent à la violence sociale.

2. Constats sur les violences conjugales

En France, chaque année, une femme sur dix âgée de plus de vingt ans serait victime de violences conjugales². Que la violence soit physique ou morale, elle n'épargne aucune classe sociale.

Tous les mois six femmes sont tuées par leur conjoint³. En Ile-de-France, la moitié des femmes assassinées le sont par leur conjoint ou leur ex-conjoint. S'ajoutent à ces décès les suicides de femmes maltraitées et la mortalité maternelle résultant de violences faites aux femmes enceintes. Les violences conjugales⁴ concernent 60% des interventions de Police Secours, la nuit. Lorsque, dans un couple, les gestes de violence prennent le pas sur les paroles on comprend que les principales victimes soient les plus faibles, mais la faiblesse peut être autant psychologique que physique. Dans les violences conjugales les situations de conflit touchent chacun des acteurs, l'homme et la femme, cela explique les coups, les meurtres, les suicides et les graves conséquences psychologiques qui en découlent.

Le harcèlement moral, quel qu'en soit l'auteur, constitue une violence perverse au quotidien. Il est possible de détruire quelqu'un juste avec des mots, des regards, des sous-entendus. Ce processus, au travail,

2 Secrétariat d'État aux droits des femmes. Enquête nationale sur les violences envers les femmes. Paris, 2000

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

4 Délégation Régionale aux droits des femmes. Viols et autres agressions sexuelles. Paris, 1999

ou dans les couples, entraîne les victimes dans une spirale dépressive, voire suicidaire.

Aujourd'hui en France les brassages ethniques, culturels et religieux donnent à notre pays une identité nouvelle. Cette diversité est une richesse mais il faut résoudre les contradictions issues de cette diversité pour construire une commune volonté de vivre ensemble. Par exemple certaines violences traditionnelles et certains archaïsmes ne peuvent pas être acceptés. Les mariages forcés sont une illustration de cette situation. On évalue à 70 000 le nombre de jeunes filles de dix à dix-huit ans potentiellement menacées, aujourd'hui dans notre pays, par cette coutume d'un autre âge. Pratiquées essentiellement dans les communautés issues du Maghreb, d'Afrique subsaharienne et d'Asie, les unions forcées infligent à ces jeunes filles, soumises au poids des traditions, la violence de se voir mariées sans leur consentement. Dans un pays laïc et démocratique, le mariage est un acte librement consenti, notre Code civil stipule que, sans consentement, il n'y a pas de mariage. La loi coranique rejoint notre règle sur ce point, c'est dans une liberté totale et indispensable que l'homme et la femme doivent se choisir. Dans une récente communication à l'Académie nationale de médecine le Professeur Roger Henrion évoquait par ailleurs les conséquences graves des mutilations génitales féminines : stérilité, troubles gynécologiques et de la vie sexuelle, infections urinaires chroniques. Ces mutilations doivent être dépistées. Le médecin doit prévenir les conséquences et participer à l'éducation sanitaire des familles. S'agissant de sévices à enfant, l'article 226.14 du Code de déontologie précise que le secret médical n'est pas applicable dans ces cas.

Pour prévenir de telles violences il est indispensable de consolider les dispositifs d'information, de sensibilisation et d'éducation. Il faut nouer un dialogue direct avec les jeunes filles et leur famille. Il est important de pouvoir offrir un hébergement d'urgence aux jeunes filles majeures qui fuiraient leur famille pour ne pas être mariées de force. Ce problème des mariages forcés, dans notre société démocratique est révélateur d'une politique d'intégration qui n'est pas encore à la hauteur des principes d'égalité et de liberté de la République.

L'enquête ENVEFF⁵ (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) commanditée par le Service des droits des femmes, constitue la première enquête nationale sur ce thème réalisée en France. Elle se réfère aux engagements pris par les pays participant à la Conférence mondiale des femmes à Pékin en 1995, notamment aux recommandations faites de fournir des « statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Enquête Enveff

- Les objectifs :
 - Evaluer les fréquences des divers types de violences interpersonnelles qui s'exercent envers les femmes à l'âge adulte, dans leurs différents cadres (couple, famille, travail, lieux collectifs), quels que soient les auteurs des violences ;
 - Analyser le contexte familial, social, culturel et économique des situations de violence ;
 - Analyser les conséquences de la violence sur le plan de la santé physique et mentale, de la vie familiale, et de l'usage de l'espace privé ou public ;
 - Etudier les réactions des femmes aux violences subies, leurs recours auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels ;
- Echantillon : 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans vivant en couple (hors institution). – représentatif de la population féminine telle que décrite par l'enquête emploi 1999
- Durée de l'enquête : du 3 mars 2000 au 17 juillet 2000
- Axes d'analyse : outre les fréquences des violences verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, sont analysées :
 - les violences conjugales au cours des 12 derniers mois,
 - les violences de la famille et des proches au cours des 12 derniers mois,
 - les violences au travail au cours des 12 derniers mois,
 - les violences dans l'espace public au cours des 12 derniers mois,
 - les agressions sexuelles au cours de la vie,
 - les agressions physiques au cours de la vie adulte,

5 Secrétariat d'Etat aux droits des femmes. Enquête nationale sur les violences envers les femmes. Paris, 2000

- les violences envers les femmes et leur santé.

Les résultats montrent que 9,4% des femmes en couple au moment de l'enquête ont été en situation de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Deux niveaux ont été distingués :

- Le *niveau grave*, le plus souvent dénoncé : 6,7% des femmes en couple,
- Le *niveau très grave*, les « enfers conjugaux », regroupe les situations de cumul de presque tous les types d'agressions : 2,7% des femmes en couple.

Des indicateurs prenant en compte le cadre de vie permettent de référer les phénomènes à l'organisation des rapports sociaux.

Ces indicateurs font apparaître des facteurs d'ordre socio-culturel et économique favorisant l'émergence d'agressions et une problématique de comportements complexe dans laquelle les différentes interventions de la société ont du mal à s'insérer avec efficacité. La spécificité des violences conjugales conduit à des interventions *a posteriori*. Elles n'ont pour objectif que la réparation des dommages subis.

On retiendra les résultats suivants :

- Le climat conjugal a évidemment un impact très fort. Les femmes qui n'entretiennent pas de relations sereines avec leur partenaire sont trois fois plus victimes de violences ;
- Les antécédents personnels peuvent se retrouver dans la recherche de causalité. 4% des enquêtées ont connu au moins quatre problèmes différents. 26% d'entre elles sont victimes de violences globales alors que 6% n'ont subi aucune agression pendant leur enfance. L'histoire des femmes victimes révèle souvent des sévices et des coups répétés (28%) et le placement en institutions ou en famille d'accueil (27%), à la suite de mauvais traitements. Aux violences sexuelles avant l'âge de 18 ans sont associées presque trois fois plus de situations de violences conjugales ;

- L'alcoolisme du conjoint, dénoncé par 2% des femmes enquêtées, multiplie par cinq les situations de violences *globales* et par dix les situations *très graves*. D'après l'enquête, 70% des actes se sont produits sans qu'aucun des partenaires n'ait absorbé de l'alcool. Ces chiffres sont fortement éloignés de ceux présentés par quelques études auxquelles se réfère le rapport du Professeur Roger Henrion sur les violences conjugales paru en février 2001⁶. L'une menée en Loire-Atlantique⁷ auprès d'un échantillon de médecins généralistes évoque l'alcoolisme dans 93% des cas, l'autre menée en service de médecine légale à l'hôpital Rangueil de Toulouse⁸ évalue l'impact de l'alcool à 29% des cas ;
- les situations très graves où se cumulent plusieurs types de violences traversent tous les milieux sociaux alors que le niveau grave où se développe surtout le harcèlement psychologique est ressenti de façon différenciée d'un groupe social à un autre ;
- les critères socio-économiques – catégorie socio-professionnelle, niveau d'études – sont peu significatifs de différenciations de comportements. Les caractéristiques socio-culturelles font valoir l'importance de liens étroits entre violences et « représentations des rôles et fonctions masculines et féminines, au sein du couple ou encore les images sociales de la femme » ;
- les chômeuses et les étudiantes ont l'indicateur global de violence le plus élevé (plus de 11%). Toutefois les chômeuses sont deux fois plus que les étudiantes dans une situation très grave (2,9% contre 1,3%), elles sont ainsi proches des autres inactives et des ouvrières (environ 3%) et des femmes de cadres (2,6%) ;
- l'instabilité professionnelle masculine a un impact très important sur la violence conjugale. Celle-ci se retrouve avec une grande fréquence chez les chômeurs non indemnisés (16% dont 8% de violences très graves). La répétition de périodes de chômage

6 Ministère de la santé. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport du Pr Roger Henrion, février 2001.

7 Chambonnet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2000, 507 :1481-5

8 Thomas A. et al.. Violence conjugale. Service de médecine légale, Centre hospitalier de Toulouse-Rangueil, 2000.

multiplie par 2 la proportion globale des situations de violences et par 3 celle des violences « très graves » ;

- il existe un lien assez fort entre les situations de violences et la répartition inégalitaire du travail domestique et de l'éducation des enfants, plus particulièrement dans les cas de violences très graves dont la proportion passe de 1,2% à 4,2% lorsque la femme s'occupe seule des enfants ;
- l'éducation laïque, sans doute un peu plus égalitaire entre les sexes, semble moins engendrer de violences conjugales. De fortes corrélations entre importance accordée à la religion et situations de violences conjugales sont observées (la violence très grave touche 5,2% des femmes qui accordent une importance à la religion contre 2% pour les autres). Chez les femmes musulmanes les situations de cumuls de violences sont multipliées par trois ;
- les femmes immigrées (à l'exception des femmes italo-ibériques) sont plus fréquemment en situation de violences conjugales. Celles du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne se trouvent plus souvent en situations de violences conjugales du niveau le moins grave, elles déclarent deux fois plus de harcèlement psychologique que les autres femmes. Ces résultats sont très liés aux caractéristiques démographiques, particulièrement l'âge, le mode de vie, l'isolement, la précarité, les conflits culturels ;
- quel que soit l'indicateur, les situations de violences sont plus fréquentes chez les couples mixtes que chez ceux de même origine. Cependant, les femmes d'origine maghrébine ou africaine semblent également souffrir de cumul de violences lorsque le conjoint est de même origine.

3. Violences conjugales et santé

Les troubles médicaux provoqués par la violence sont de trois ordres : traumatique, gynécologique et psychologique. Une étude sur la prise en charge des violences conjugales, réalisée en 1999 par l'Institut de l'Humanitaire auprès d'un échantillon aléatoire (stratifié sur le sexe et le département d'exercice) de médecins généralistes de la région Ile-de-France, présente quelques résultats intéressants malgré un taux

de réponse faible (23,5%)⁹ : tension, peur, anxiété, lésions traumatiques, troubles psychosomatiques, troubles du sommeil, dépression, syndrome post-traumatique sont retrouvés chez la moitié des victimes et près de 4 fois plus souvent que chez les femmes non victimes. Les effets néfastes sur la santé des femmes victimes se prolongent souvent même sur le long terme après l'arrêt des violences. En outre, le sentiment de culpabilité et de honte qu'elles ressentent les conduit à l'isolement. Selon cette étude les femmes victimes de violences feraient cinq fois plus de tentatives de suicide que les autres.

Dans les déclarations faites dans le cadre de l'enquête Enveff, pour l'ensemble des violences subies quel que soit le lieu et pas seulement dans le cadre familial, le taux de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois apparaît très lié aux violences : de 0,2% pour les femmes n'ayant pas rapporté de violence, il s'élève à une fourchette comprise entre 3 et 5% pour les femmes ayant subi une agression physique ou une violence sexuelle et jusqu'à 10% pour celles déclarant à la fois des violences physiques et sexuelles. Elle note un niveau de « détresse psychologique très élevé » - mesuré par une échelle standardisée (*General Health Questionnaire en 12 items*) – pour 27% des femmes ayant subi une agression physique et 43% chez celles qui en ont subi plusieurs ; pour 28% après une violence sexuelle et 40% pour celles qui ont subi violences sexuelles et physiques.

Se référant à des études anglo-saxonnes¹⁰, C. Morvan et al. font remarquer que « les problèmes gynécologiques se révèlent être trois fois plus fréquents chez les femmes victimes que dans la population féminine générale. Infections ou hémorragies vaginales, douleurs génitales, douleurs pelviennes chroniques, infections urinaires, perte de la libido sont rapportées à la suite de violences sexuelles traumatiques. D'autres formes de violences sexuelles – comme le refus par le partenaire d'utiliser un préservatif ou un moyen de contraception, ou encore certaines pratiques sexuelles imposées – sont responsables de maladies sexuellement transmissibles et de

9 Morvant C, Lebas J, Chauvin P, Op. Ci.t.

10 Mc Cauley et al. The battering syndrome, prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. Ann Intern Med, 1995

grossesses non désirées. Dans certains cas, l'utilisation cachée de moyens contraceptifs plus ou moins appropriés peut constituer un danger pour la santé de la femme ».

Les violences au cours de la grossesse sont observées dans tous les pays industrialisés, elles affectent 4% à 8% des grossesses¹¹. Ce pourcentage atteint 11% dans une étude suédoise, et dépasse même les 20% si on inclut les violences non physiques. La grossesse peut constituer une situation à risque de violence : une étude menée sur les couples suédois montre que les femmes enceintes ont un risque deux fois plus élevé d'en être victimes que les autres (y compris après ajustement sur l'âge, le statut marital et le statut d'emploi)¹². Ces violences peuvent être à l'origine d'interruptions de grossesse et/ou d'accouchements prématurés.

La violence conjugale peut avoir une issue fatale. Une étude effectuée à Paris et sa banlieue sur un échantillon de 441 cas en sept ans, montre que 31% des homicides de femmes reçus à l'Institut médico-légal de Paris sont perpétrés par le mari de la femme, 20% par son partenaire sexuel¹³.

La violence induit une consommation médicale plus élevée. Durant les douze mois sur lesquels portait l'enquête Enveff, on a observé une consommation régulière de psychotropes et au moins cinq consultations de médecin généraliste. 20% des femmes victimes ont consulté un spécialiste de santé mentale alors qu'en dehors de tout contexte de violence le pourcentage n'est que de 5%. Les arrêts de travail ont concerné 39% des femmes victimes contre 28% de celles qui n'ont subi aucune violence. Toutes ces données portent sur l'ensemble des violences et pas seulement sur les violences conjugales.

4. Le système de santé face aux violences conjugales

11 Saurel-Cubizolles et al. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil sex*, 1997.

12 Widding L et al. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999.

13 Lecomte D. Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7 years period. *J. Clin Forensic Med*, 1998, 5(1) : 15-6

D'après l'Enveff, dans 24% des cas les femmes victimes de violence font appel en premier lieu à un médecin.

Cependant, l'Institut de l'humanitaire fait justement valoir que les médecins ne sont pas encore très sensibilisés à ces questions, sans doute parce que la prise de conscience de leur importance en santé publique (et d'abord de leur fréquence) a été assez tardive dans notre pays et que, de ce fait, la formation des professionnels de santé sur le thème des violences conjugales est très insuffisante. Peu d'études sont disponibles, ce qui montre un faible investissement des professionnels de santé face à ce problème, et les données françaises sur les pratiques médicales en matière de violence conjugale restent quasi inexistantes.

Selon une enquête de l'Institut de l'humanitaire¹⁴ une grande majorité (60%) des médecins reconnaissent être insuffisamment formés pour ne serait-ce que repérer et *a fortiori* prendre en charge les femmes victimes de violence conjugale. L'établissement d'un certificat médical, pour lequel 80% d'entre eux s'estiment compétents, est évidemment loin d'être suffisant. Les principales difficultés que font valoir les médecins (73%) sont « l'absence de symptômes cliniques spécifiques à la violence conjugale et de "profil type" de la femme victime ». Par ailleurs, des éléments propres au comportement de la femme constituent des obstacles à une réponse appropriée du praticien : « la dissimulation par la femme de sa situation est évoquée comme une difficulté par plus de quatre médecins sur cinq (83%), le refus de la patiente d'être aidée pose problème à un médecin sur deux (54%). Enfin, 21% des médecins déclarent manquer de temps et de disponibilité pour s'occuper des victimes et 47% ont un sentiment d'impuissance face à la violence conjugale ».

Le rapport Henrion fait valoir que plusieurs catégories de médecins peuvent se situer en première ligne pour dépister les signes de violence et écouter les doléances des femmes : les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues et gynécologues-obstétriciens, que ce soit en médecine libérale, en maternité et dans les centres d'orthogénie et de planning familial, ou dans les services de Protection maternelle et infantile. D'autres professionnels sont

14 Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Op. cit.

aussi concernés : les sages-femmes, les pédiatres, les chirurgiens en traumatologie, les intervenants spécialisés dans les différentes addictions (notamment les alcooliques) et les médecins du travail.

Le rapport propose plusieurs recommandations, reprises ci-dessous, articulées autour de l'accueil et l'écoute, du dépistage, de l'évaluation de la gravité des conséquences somatiques, gynécologiques et psychologiques des violences.

Si on suit les conclusions d'études nord-américaines¹⁵, le dépistage actif et systématique relève d'une bonne pratique de la médecine de premier recours sous forme de simples interrogatoires. Aux Etats-Unis, 26% des gynécologues obstétriciens femmes et 19% des gynécologues obstétriciens hommes développent cette pratique à propos de la violence domestique¹⁶ et, depuis plus de dix ans, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes¹⁷.

Dans l'étude précitée sur la prise en charge des violences conjugales réalisée en 1999 par l'Institut de l'Humanitaire auprès de médecins généralistes de la région Ile-de-France, « près de 60% des médecins répondants déclarent avoir reçu en consultation au cours des 12 derniers mois, des patientes de plus de 18 ans victimes de violence conjugale. Parmi les médecins qui déclarent suivre des patientes violentées, moins de 8% effectuent un dépistage actif. Dans la très grande majorité des cas (85%), c'est la femme elle-même qui se signale comme victime de violence conjugale. Dans 5% des cas, les praticiens s'en tiennent à des soupçons et dans 2% des cas, ils le savent par une tierce personne ».

D'après les médecins, la violence physique concerne 73% des patientes victimes. 64% des femmes subissent des violences verbales, 52% des violences psychologiques et 23% des violences

15 Mc Nutt L. A. et al. Health impact of interpersonal violence, implications for clinical practice care environnement. Am J Prev Med, 2002.

16 Feris L.E. et al. Guidelines for managing domestic abuse, Jama, 1997.

17 Collective. The battered woman. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists 1989.

économiques. La violence sexuelle est la forme de violence la moins rapportée (15% des cas).

Les médecins orientent principalement leurs patientes vers un(e) psychologue (52%) et vers la police ou la gendarmerie (56%). Dans 23% des cas ils les orientent vers des associations ou des travailleurs sociaux. Enfin, 19% sont orientées vers une autre structure médicale. Les trois-quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider la patiente et 45% ne savent pas si les patientes ont consulté auprès d'autres structures sanitaires.

Recommandations du rapport du Professeur Roger Henrion

1. Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé, y compris par des formations multidisciplinaires. Leur apprendre à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques de manière à rédiger des certificats, à évaluer la gravité des situations et à orienter la patiente au mieux de ses intérêts.
2. Evaluer dans des sites déterminés des stratégies de dépistage lors des consultations médicales et en apprécier le bien-fondé.
3. Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de Protection Maternelle et Infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales. Désigner dans les services de maternité un « référent » qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité. Constituer une cellule psychosociale assurant l'accueil et l'orientation vers les différents services concernés.
4. Faire connaître le site internet [http://: www.sivic.org](http://www.sivic.org) de l'Institut de l'Humanitaire.
5. Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre médecins généralistes, hospitaliers, spécialistes, notamment des psychiatres, des travailleurs sociaux, des membres d'associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.
6. Etablir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient être adaptés à l'activité de l'établissement.
7. Organiser à l'échelon local des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de première intention et le suivi des femmes victimes.
8. Assurer la participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.
9. Assurer la mise à l'abri des femmes victimes de violences : hospitalisations sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.

10. Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

5. Les enfants victimes des violences familiales

Les définitions élaborées par l'Observatoire national de l'enfance en danger distinguent :

- *Les enfants en danger* : ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque,
- *Les enfants maltraités* : enfants victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychique,
- *Les enfants à risque* : enfants qui connaissent des conditions d'existence susceptibles de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur entretien mais ne sont pas pour autant maltraités.

Cette typologie est construite sur le type de traumatisme subi. L'intentionnalité sous-tend souvent une situation de violence à enfants mais elle est délicate à caractériser.

5.1. Constats :

La mortalité infantile reste mal connue en ce qui concerne les morts violentes qui sont sous-déclarées. Un Observatoire de la maltraitance des enfants doit être mis en place avec pour objectif de recenser les faits et de mieux organiser un système de prévention efficace.

- Les seules données nationales identifiant les « traumatismes intentionnels » sont celles qui ressortent des signalements de l'Aide sociale à l'enfance (Ase) reprises par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) avec le biais de non-représentation des enfants de classes socio-économiques aisées.

On repère ainsi en 2000, 18 300 enfants maltraités (6 600 violences physiques, 5 500 abus sexuels, 4 800 négligences lourdes et 1 400 violences psychologiques). Les disparités régionales sont importantes¹⁸.

- L'enquête de la Protection judiciaire de la jeunesse focalisée sur les antécédents de mauvais traitements fait observer que 41% des garçons et 55% des filles suivis par cette institution ont été victimes d'une agression physique au cours de leur vie. 6% des garçons et 34% des filles affirment avoir été victimes d'une agression sexuelle.

Le CépiDc Inserm a enregistré pour l'année 1999, 40 enfants de moins de quinze ans victimes d'homicides, avec des taux de mortalité plus élevés chez les enfants les plus jeunes. Les chiffres présentés sont en fait sous-estimés du fait de deux facteurs :

- décès enregistrés en traumatismes de cause indéterminée quant à l'intention,
- non-retour d'information en provenance de certains Instituts médico-légaux en cas d'autopsie (en particulier, l'IML de Paris ne transmet aucune donnée).

Les données présentées par la gendarmerie nationale sont supérieures chaque année (68 contre 50 en 1997, 74 contre 40 en 1999 par exemple). Il faut noter que le CépiDc Inserm réalise depuis l'année 2000 des enquêtes complémentaires systématiques auprès des médecins certificateurs pour les décès de causes indéterminées quant à l'intention. De plus, le passage à partir de l'année 2000 à la 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies a eu pour effet de modifier certaines règles de codage. Ces évolutions expliquent certainement une partie de l'augmentation des décès par homicide comptabilisés en 2000 (71 décès avant 15 ans dont 43 pour des garçons et 29 pour des filles).

Une part importante d'incertitude caractérise la tranche d'âge de moins de un an qui est en fait la plus touchée, celle où les taux de

18 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Conférence Régionale de santé Nord Pas de Calais. Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes » 1999

mortalité durant l'enfance sont les plus élevés. Ainsi, la proportion de morts de cause inconnue est importante, soit un peu plus de 5% en 1997 et 1999 dans les données du CépiDc Inserm¹⁹ ; par ailleurs, les taux de décès accidentels à un âge où l'enfant ne peut manifestement pas être l'auteur de son accident sont élevés par rapport à ceux observés pour les âges suivants (15,1 pour 100 000 pour les garçons et 8,5 pour 100 000 pour les filles en 1999 dans les accidents non liés à la circulation)²⁰. Les taux observés étaient respectivement au Royaume-Uni de 6.5 pour les deux sexes en 1997 et en Suède de 4.3 pour les filles et 4,1 pour les garçons en 1996²¹.

Il faut cependant rappeler que, en comparaison de ces deux pays, la France se distingue d'une manière générale (quel que soit l'âge) par des taux de décès par accidents très élevés (taux doublés).

L'Unité 502 de l'Inserm a réalisé une étude sur la mort subite du nourrisson²² suscitée par l'observation de changements de diagnostics et de codage (diminution massive des morts par suffocations alimentaires et augmentation simultanée des morts subites du nourrisson). Les résultats portent sur 682 cas hospitaliers et 32 dossiers de parquets. Les auteurs font remarquer que « si l'on s'en tient aux signes cliniques et radiologiques évoquant des mauvais traitements, 10% des enfants accueillis dans les services hospitaliers sur le diagnostic « mort subite du nourrisson » peuvent avoir été victimes de violences intentionnelles alors que les pédiatres ne proposent ce diagnostic que dans 5% des cas ; on a retrouvé plusieurs cas de répétition de morts suspectes dans une même fratrie, toutes les investigations nécessaires ne sont pas toujours réalisées devant un décès subit, les circuits après les décès sont complexes et la variabilité du premier intervenant conditionne souvent toute la suite (circuit, autopsie, signalement ou non...).

19 Causes médicales de décès. Année 1999. Résultats définitifs France. INSERM/CépiDc, Paris 2002.

20 Tursz A. et al. Les traumatismes intentionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions. INSERM U502/CERMES janvier 2003.

21 OMS, World Health Statistics Annual. Genève 1997-1999.

22 Tursz A, Gerbouin-Rérolle P, Crost M. Etude des conséquences graves de maltraitance méconnue dans l'enfance. INSERM U 502/CERMES 2003.

On constate une grande variabilité et subjectivité des critères de suspicion et une différence importante dans le codage du CépiDc Inserm de 1996 à 1999 (aucun homicide et un cas de mort violente) et le parquet de Paris (six homicides et deux morts violentes en cours d’instruction).

5.2. Déterminants

L’environnement familial à chaque étape du développement de l’enfant peut être fortement traumatisant. Les conditions dans lesquelles s’est déroulée la grossesse de la mère, l’entourage de la naissance, les difficultés rencontrées par la mère après la naissance, la dépression du post-partum sont très importantes et sont associées à l’acceptation de l’enfant. Par ailleurs, la situation psychique des parents, leur degré de désinsertion, leur situation économique, leur vie conjugale influent énormément sur la façon dont l’enfant est élevé et peuvent être générateurs de mauvais traitements.

L’Odas a établi un lien entre le signalement d’enfants en danger ou maltraités et la précarisation de certaines familles entre 1992 et 1997. Dans une étude réalisée par le Centre international de l’enfance et de la famille²³ à la demande de la Direction de l’action sociale, de l’enfance et de la santé de la ville de Paris et portant sur les signalements d’enfants en danger, on observe ces mêmes tendances : 49% des signalements provenaient des 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, moins favorisés, 35% du 10^{ème} au 15^{ème}. Il peut exister un biais dans cette étude dans la mesure où les travailleurs sociaux et médico-sociaux rapportant ces données sont moins enclins à visiter les 16^{ème}, 17^{ème} et 8^{ème} arrondissements. Il est reconnu en effet que la maltraitance concerne tous les milieux sociaux. Les facteurs déterminants sont semble-t-il beaucoup plus les difficultés de type relationnel que les difficultés économiques²⁴.

5.3. Les conséquences à long terme

23 Josse D et al.. Etude des signalements d’enfants. Rapport à la DASES de Paris. CIDEF Paris 1997

24 Tursz A et al. Etude au Parquet de Paris de 1996 à 2000. INSERM U502, 2002

Les enfants témoins des violences familiales subissent de nombreuses conséquences de ces actes et ont un risque considérablement plus grand d'être eux mêmes maltraités. Il en résulte des lésions traumatiques, des troubles sphinctériens, des troubles de l'audition et du langage, des retards de croissance mais aussi des troubles du comportement (agressivité, violence, fugues, délinquance, tentatives de suicide), des troubles psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, symptômes anxieux et dépressifs)²⁵.

De nombreuses études nord-américaines sur les conséquences à long terme sur les victimes, font observer des comportements agressifs et violents, l'abus de toxiques, des comportements auto-agressifs et suicidaires, des problèmes émotionnels, des problèmes relationnels et des difficultés scolaires et professionnelles²⁶. En France, des études récentes rejoignent ces conclusions : tentatives de suicides chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance²⁷, faible estime de soi, antécédents de violences physiques et sexuelles subies chez les adolescents criminels²⁸.

Si ces études insistent sur les conséquences psychiques, il faut cependant faire remarquer que la maltraitance peut être évidemment à l'origine de troubles somatiques tels que nausées et douleurs abdominales chez des adolescentes ayant subi un viol dans leur enfance, troubles visuels graves constatés après des atteintes cérébrales sévères²⁹ ou retards mentaux importants résultant d'hématomes cérébraux.

5.4. La prise en charge de la maltraitance des enfants

5.4.1 - Le dépistage

25 Rosalin J. Response to battered mothers in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 1997

26 Malinovsky-Rummel R. Hansen D.J. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993.

27 Choquet M et al. Health and behavioural problems among adolescents victims of rape in France. *Child Abuse Negl* 1997.

28 Huerre P., Huerre C. La violence juvénile. *Nervure* 2000.

29 Roussey M. et al. L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices. *J Fr Ophtalmo* 1987.

Une contribution récente³⁰ fait valoir l'importance du dépistage des traumatismes intentionnels, particulièrement dans le cadre des urgences hospitalières. En effet, les lésions d'origine intentionnelle peuvent être présentées comme des traumatismes d'origine accidentelle, ce qui conduit à les sous-évaluer. Beaucoup de professionnels ne les reconnaissent pas comme telles.

Dans l'étude précitée de l'Unité 502 de l'Inserm, pour 9% des morts considérées comme suspectes, ni la PMI, ni la police n'avaient été alertées ni même contactées. Le retour d'information ne parvient au pédiatre que dans 37% des cas de signalement de mort suspecte.

L'évaluation des différentes stratégies pour prendre en charge les enfants maltraités est insuffisante, quel que soit le pays que l'on considère. Il est vrai que l'évaluation se heurte au caractère singulier de chaque cas. Par ailleurs, dans les études longitudinales le nombre de sujets perdus de vue est important.

5.4.2 - La prévention

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 a rendu obligatoire la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des enseignants et des personnels de la police nationale et de la gendarmerie. Une enquête effectuée dans le Nord-Pas-de-Calais a montré que 56% d'un échantillon de ces professionnels n'avaient reçu aucune formation³¹. L'instauration d'une Conférence de consensus associant l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir permettrait de proposer des critères de repérage de la maltraitance, des causes de décès et de signalement ainsi que des procédures de complémentarité des actions.

Certaines régions ont développé des Programmes régionaux de santé (PRS) « santé des enfants et des jeunes ». En Provence-Alpes-Côte-d'Azur, ont été présentés des objectifs de « soutien parental » et

30 Tursz A et al.. Op. cit.

31 Cothenet S. Maltraitance infantile : le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels. *INRP* 2002.

« d'accompagnement médical et psychologique de la grossesse à l'âge de un an », en Nord-Pas-de-Calais, des objectifs visant à « favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfants, à « soutenir les parents en difficultés », à « repérer les dépressions post-partum ». On doit cependant remarquer que sur les sept régions qui ont développé ces PRS, trois seulement ont prévu des actions dirigées vers les jeunes enfants.

6. Des réponses aux violences familiales : des aides aux femmes, aux enfants et aux auteurs de violences.

6.1. Le recensement et la diffusion de l'information

Il est très important de disposer d'un recueil précis de toutes les situations de violences familiales, de leur nombre, de leur gravité et de leurs conséquences. La connaissance de ces réalités est en elle-même un début de prévention. Elle permet aux victimes de ne pas avoir honte de se manifester, d'être soignées et de se faire aider. Elle fait prendre conscience aux auteurs de violences qu'ils pourront être sanctionnés pour leurs actes mais aidés pour modifier leur comportement.

6.2. La prévention

Les situations de violence, dans les familles ont des causes multiples, mais les plus fondamentales viennent du sentiment d'inégalité entre homme et femme issu de notre culture et d'une impréparation à la parentalité. Les récentes mesures de congé parental permettant aux pères qui le désirent d'être présents à l'accouchement et d'assumer durant plusieurs mois les tâches « d'élevage » de l'enfant, à égalité de temps avec la mère ou à sa place, montrent un changement radical dans cette conception d'inégalité culturelle entre l'homme et la femme. L'amour maternel, de même que le rôle paternel est un comportement qui se construit avec la venue de l'enfant lorsque celle-ci est attendue comme un heureux événement.

Les accompagnements physiques et psychologiques dans les maternités, lors des grossesses, et dans la période suivant les accouchements, sont fondamentaux. La situation de nombreux services de néonatalogie est alarmante, le retour trop rapide des

mères à domicile interdit la détection de certains troubles physiologiques ou relationnels. Le rôle de la dépression du post-partum ou baby-blues est également primordial. De même que les grossesses à risque « physique » sont dépistées, on devrait pouvoir dépister les grossesses à risque « psychologique ». De plus, la consultation de retour de couches devrait être une véritable consultation, offrant un moment d'écoute, de conseil voire d'orientation aux jeunes mères quant à leur nouveau rôle. En PMI, la prévention précoce et le suivi des familles sont essentiels. L'accompagnement de la parentalité est insuffisant, il devrait commencer à la naissance, voire même pendant la grossesse.

Ce bénéfice d'accueil trouverait un appont de construction dans les lieux du type « maisons vertes » créées par Françoise Dolto, dans lesquels se comprennent la place de l'enfant et celles du père et de la mère. L'isolement des familles, dans notre société, rend indispensable la création de lieux d'écoute et de parole pour prévenir les violences qui prennent leur source dans l'impréparation des parents et des enfants à la vie familiale.

Si l'on additionne les violences les plus fréquentes dans notre société, on retrouve les violences faites aux femmes par leur conjoint dans le cadre familial, celle aux enfants en bas âge et celle des adolescents en milieu scolaire, souvent très précoces puisque signalées par des violences dès la maternelle. Pour toutes ces situations la prévention la plus importante serait de mettre en place un soutien et un accompagnement du milieu familial lors de la première grossesse :

- apporter de l'aide et parler à la future mère, dès le début de la grossesse, lui faire rencontrer d'autres femmes et ne pas se contenter du seul suivi médical ;
- Aider et accompagner le père pendant la même période ; de nombreux pères, en effet, ne comprennent pas leur rôle auprès de leur épouse, ni dans l'évolution de la grossesse, ni dans leur sexualité pendant cette période. Ils continuent à jouer dans le couple le rôle viril de dominant appris depuis l'enfance.

Les liens ainsi tissés auprès des deux parents doivent se poursuivre après la naissance auprès de l'enfant. C'est à ce moment que

l'éducation des jeunes garçons peut s'écarter des schémas sexistes traditionnels.

Pour l'ensemble de ces suivis on doit pouvoir compter sur l'action conjointe d'un réseau d'intervenants sociaux, médicaux, psychologues, à la maternité, en ville, en PMI et à domicile. Le fondement de la société c'est le noyau familial, c'est à partir de celui-ci que doit être apprise une culture citoyenne non violente.

6.3. La médiation et l'accompagnement

Un couple en difficulté, ayant vécu des situations de violences, peut avoir rencontré successivement divers interlocuteurs : dans une association, dans un cabinet médical ou un lieu de soin, auprès de la police ou de la justice. A l'occasion d'une crise, il est important de poursuivre l'action entreprise en organisant avec l'accord de la victime seule, ou du couple, et leur participation, une rencontre avec des membres de ce réseau qu'ils ont déjà eu l'occasion de solliciter isolément. Cela leur permettra d'apprendre à s'appuyer sur les différents professionnels qu'ils connaissent, de prendre conscience des liens de complémentarité qui peuvent exister entre les uns et les autres. Cela permet également à chaque intervenant de mieux situer son propre rôle et ses limites. En d'autres termes, c'est mêler, aux actions d'assistance, des actions d'information, de prévention et d'accompagnement pour éviter la résurgence de situations de violence.

La vie d'une femme battue et d'un conjoint violent évolue dans une succession d'accalmies et de rechutes ; aussi, plutôt que de disperser les aides tout au long de ces récurrences, c'est aux crises qu'il faut porter attention. Bien analysées, elles peuvent déboucher sur un niveau d'autonomie aussi satisfaisant qu'auparavant, pour la personne battue, l'auteur de la violence, et les autres membres de la famille. Alors que, imprévues et/ou aggravées par une aide maladroite, elles sont à l'origine de situations de grande détresse. Une telle concertation de médiation permet d'ouvrir, avec les acteurs et les victimes de violences familiales, un dossier sur des appuis dont chacun a son importance et de désigner parmi les membres du réseau rencontré un médiateur qui assurera un suivi de sécurité sur le long terme.

6.4. La formation

La formation initiale et continue des professionnels sociaux, médicaux, de police et de justice devrait intégrer la reconnaissance, la gestion et le suivi des actes de violences familiales. Les médecins ont un rôle important à jouer mais ils connaissent mal le problème des femmes victimes de violence conjugale. La formation professionnelle sur ce thème des violences conjugales est quasi inexistante, les médecins ont de grandes difficultés à les repérer et à les prendre en charge. En particulier, ils ne savent pas comment mettre en action les structures sociales et associatives susceptibles de venir en aide aux couples concernés.

La loi sur l'accueil et la protection de l'enfance a été définitivement adoptée par l'Assemblée nationale le 18 décembre 2003, elle permet aux médecins de ne plus encourir de sanctions disciplinaires lorsqu'ils auront levé le secret médical pour signaler des cas de maltraitance.

C h a p i t r e 2

Les violences des adolescents, particulièrement en milieu scolaire

1. L'importance des violences chez les jeunes

L'entrée dans l'adolescence est un moment important. Les relations avec les parents changent, l'adolescent s'ouvre à un autre univers, celui de la vie adulte. L'initiation à cette vie adulte est lente et complexe. La volonté d'expressions, de comportements nouveaux est très forte. Cette volonté trouve un support dans ce que la société propose en termes de loisirs, de réalisation de l'individu au sein d'un environnement social. En revanche, elle rencontre également des obstacles dans la mesure où cet environnement social, sous un apparent libéralisme, comporte également des limites, des définitions pas toujours explicites de ce qui est permis et de ce qui ne l'est pas.

Il n'est pas toujours facile pour l'adolescent de se situer entre le principe de plaisir et le principe de réalité et d'en saisir les subtilités. Sans doute sommes-nous ici dans la confrontation de deux types de violences : l'adolescence constitue le lieu de rencontre des violences agies et des violences subies, peut-être les plus fortes.

Les développements qui suivent tenteront d'analyser la spécificité de la violence de l'adolescence, principalement dans le cadre de la scolarité. Cette orientation est suggérée par les conclusions de chercheurs tels que Dubet³² « *Les violences scolaires sont à la fois sociales et scolaires, à la fois externes et internes à l'école, elles sont à la fois subjectives et objectives* » ou Debarbieux « *la violence scolaire est une notion protéiforme, insaisissable. Elle est largement dépendante des codes moraux, des représentations sociales de l'éducation, de l'état des réflexions juridiques et des codes qui les cristallisent dans des constructions toujours provisoires* »³³.

32 Dubet F. Les violences à l'école. Regards sur l'actualité, vol. 243, 1998

33 Debarbieux E. La violence en milieu scolaire, 2 – le désordre des choses. Paris, ESF 1999

La question de savoir si la violence des jeunes est plus forte actuellement est délicate à traiter. Les analyses proposées sont souvent insatisfaisantes. Affirmer comme B. Galand « *Nous sommes probablement, en Europe occidentale, dans une période très pacifique : il n'y a plus de guerre depuis cinquante ans ; on ne peut plus dire que des bandes de pillards rôdent dans nos campagnes, comme cela a été le cas pendant des siècles ; la société est relativement policée* »³⁴ revient à occulter l'impact sur certaines populations de conflits développés hors de nos frontières.

Lorsque J.C. Chesnais affirme « *il y a eu, au cours des derniers siècles, une régression considérable de la violence criminelle* »,³⁵ il se réfère au paradoxe de Tocqueville selon lequel plus un phénomène désagréable diminue, plus ce qu'il en reste devient insupportable.

Il nous semble plus fructueux de nous appuyer sur les enquêtes récentes pour appréhender les spécificités des phénomènes actuels.

Les données d'EUROSTAT montrent que la mortalité des jeunes est plus élevée en France que dans d'autres pays européens tels l'Angleterre, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suède...

Les accidents en sont la première cause, ils sont à l'origine de 40% de leurs décès et de 12% des hospitalisations.

Les adolescents qui redoutent un accident sont plus fréquemment ceux qui en ont déjà été victimes. En effet la répétition d'accidents n'est pas rare. 28% des jeunes accidentés à une période seront à nouveau impliqués dans un accident au cours de l'année suivante, contre 8% des jeunes non accidentés. Le taux de répétition chez les adolescents ayant subi plusieurs accidents est de 62%. On constate de plus une psychopathologie particulière chez les adolescents ayant présenté des accidents à répétition.

Ainsi, une attention particulière doit être portée par les intervenants médicaux au fonctionnement psychologique des jeunes présentant des accidents à répétition.

34 Galand B. Violence des adolescents, les fausses évidences ? Bruxelles Santé 2002

35 Chesnais J.-C. Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours. Robert Laffont, 1981

Malgré une diminution récente, les accidents restent la première cause de mortalité des adolescents, soit 38% des décès. Il s'agit le plus souvent d'accidents de la circulation et la prédominance masculine est nette.

Le suicide est la deuxième cause de décès des adolescents et des jeunes. En 1999, le CepiDC Inserm a enregistré 198 décès par suicide chez les 15-19 ans et 406 chez les 20-24 ans, soit respectivement 10% et 14% des décès dans ces tranches d'âge. Près de 40 000 jeunes de 15 à 24 ans font chaque année une tentative de suicide dont 800 ont une issue fatale. Le taux de mortalité est plus élevé chez les garçons (12,3 pour 100 000) que chez les filles (3,4% pour 100 000) et augmente avec l'âge.

En 2001-2002, le logiciel « Signa », instrument de recueil de données sur les actes graves de violence qui se produisent dans les établissements publics, enregistrait 474 tentatives de suicide et 22 morts par suicide. 2 490 élèves ont été examinés dans le cadre d'une tentative de suicide par les médecins scolaires.

Les modes de suicide utilisés par les adolescents sont souvent brutaux. La pendaison et l'usage d'armes à feu sont les plus fréquents (36% et 31%). Ces actes se retrouvent plus souvent chez les garçons que chez les filles ; chez celles-ci la pendaison et les empoisonnements représentent respectivement 27% et 26% alors que les armes à feu ne se retrouvent que dans 15% des cas.

D'après le baromètre Santé, le rapport entre tentative de suicide et suicide chez les adolescents serait de 22 pour les garçons et de 160 pour les filles. La surmortalité masculine peut, en partie, s'expliquer par l'utilisation de moyens à plus forte létalité.

L'observation de déterminants communs chez ces adolescents permet de supposer l'existence d'un groupe à risque. En effet, parmi les suicidants, il y a plus de jeunes au chômage, plus fréquemment issus de familles monoparentales ou recomposées. Ils sont plus nombreux à avoir redoublé une classe, ont plus souvent des conduites addictives (alcool, tabac, cannabis, conduite routière à risque) et sont plus nombreux à avoir subi des violences.

2. Les chiffres de la violence chez les jeunes en milieu scolaire

L'existence de chiffres sur la violence des jeunes en milieu scolaire est récente : la violence a longtemps été considérée comme un fait divers parmi les autres. Aujourd'hui une rixe entre jeunes, l'agression d'un enseignant ou un acte de vandalisme dans un établissement scolaire suscitent une véritable sur-médiatisation.

Ces dernières années la violence scolaire s'est aggravée avec d'une part une augmentation des violences anti-scolaires (dégradation des bâtiments, tentatives d'incendies et surtout agressions plus fréquentes sur les enseignants) et d'autre part l'accroissement des violences perpétrées en groupe.

Nicole Belloubet-Frier, dans son rapport « 30 propositions pour lutter contre les violences sexuelles dans les établissements scolaires » reprend les constats de la mission de prévention des violences sexuelles en milieu scolaire du ministère de l'Éducation nationale sur les faits de violence sexuelle révélés ou commis à l'école en 2000 :

- 701 violences sexuelles imputées aux membres d'une même famille,
- 513 violences sexuelles imputées à des tiers,
- 576 faits de violence sexuelle entre élèves dont 12% de viols.³⁶

Les enquêtes de victimisation ont été effectuées dans des établissements du premier degré afin de recueillir des données sur des actes graves de violence qui se produisent dans les établissements scolaires. Les insultes ou menaces graves, les violences physiques sans armes représentent 59% du total des actes signalés. Les vols ou tentatives de vols et les violences physiques à caractère sexuel sont moins fréquents. 20% des incidents se sont déclarés pendant la classe, 50% se sont produits dans la cour de récréation ou dans les abords immédiats de l'établissement.

³⁶ N. Belloubet-Frier : 30 propositions pour l'avenir du lycée. Ministère de l'éducation nationale, mars 2002

Enfin une expertise collective de l'Inserm de 2001 montre un rajeunissement dans l'initiation aux prises de toxiques : l'alcool est souvent le premier produit consommé (13 ans) ensuite le tabac (14 ans), puis le cannabis (15 ans) avec un lien très fort entre ces 3 consommations. Cette expérimentation d'une polyconsommation coïncide donc avec le temps de la scolarité au collège : à 14 ans, 10% des jeunes ont déjà fait une expérience avec les 3 produits, à 18 ans ce taux passe à 53%.³⁷

Le Baromètre Santé 2000 (ainsi que celui de 1997) fait observer que si la consommation régulière d'alcool génère des actes violents, on ne retrouve pas ce lien pour la consommation régulière de cannabis et de tabac. L'enquête Espad 99³⁸ fait cependant apparaître une association entre « bagarres » et consommation des trois produits. La divergence entre les deux appréciations provient de différences de méthodologie : durée de la période d'investigation (1 semaine pour le Baromètre, 30 jours pour Espad, âge de la population : 12-25 ans pour le Baromètre, 17-18 ans pour Espad). Par ailleurs, ces enquêtes, souvent d'observation, peuvent entraîner des confusions sur les facteurs de risque.

Les conduites à risque tant auto-agressives qu'hétéro-agressives apparaissent chez des adolescents de plus en plus jeunes et se développent fortement chez les filles. Les jeunes filles sont en outre victimes de l'augmentation des actes de violence juvénile, en particulier dans les banlieues.

Le baromètre Santé 2000 a observé l'impact sur les jeunes de caractéristiques relationnelles telles que la nature du dialogue avec les parents ainsi que celui des caractéristiques socio-économiques : revenu, statut professionnel des parents, structure familiale. Il apparaît que le statut professionnel des parents exerce une influence très forte sur l'émergence d'actes de violence alors que le niveau de revenu n'a pratiquement aucune influence. Il existe une liaison très forte entre la violence des garçons et le statut du père, celle des filles et le statut de

37 Expertise collective Inserm. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Éditions Inserm, 2001

38 M. Choquet et al. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collèges et de lycée, ESPAD 1999.

la mère. Les comportements violents se retrouvent davantage lorsque le père ou la mère sont au chômage.

Ces observations vont dans le sens de l'étude de H. Lagrange sur les mineurs délinquants. Les pères socialement dévalorisés par le chômage apparaissent « *absents comme référence sur le plan symbolique et comme modèle éducatif* »³⁹.

Le baromètre Santé 2000 montre également chez les jeunes scolarisés l'importance de la relation entre souffrance subie et propension à l'agressivité : par exemple, le fait d'avoir été victime, et pour une fille, d'avoir subi une agression sexuelle au cours de sa vie ou d'avoir fait une tentative de suicide.

Par ailleurs, il existerait un lien entre les prises de risques et le comportement violent des garçons.

3. Comprendre et expliquer la violence des adolescents

3.1. L'adolescence, une étape psychologiquement importante mais difficile

Les pédopsychiatres considèrent la violence chez l'adolescent comme un mécanisme d'autodéfense d'un sujet qui se sent menacé dans ses limites, son identité voire son existence. L'adolescence est une étape de la vie propice aux expressions de la violence en raison des changements physiques imposés par la puberté. Celle-ci attaque brutalement le corps de l'enfant pour le changer en un corps d'adulte. Ces changements imposent à l'appareil psychique un travail d'adaptation et d'acceptation. L'action violente peut être comprise comme une substitution de ce travail psychique trop difficile.

Les adultes et les soignants qui entourent ces adolescents doivent leur offrir, dans la réalité, des possibilités d'investissements suffisamment variés pour qu'ils se sentent moins menacés dans leur relation avec les autres. La violence répond toujours à une menace sur l'identité de l'adolescent. Elle reflète en grande partie ce que le

39 Lagrange H. La délinquance des mineurs et les violences. Regards sur l'actualité, vol. 243, 1998.

sujet a subi dans ses fantasmes et dans la réalité. La carence affective, l'insatisfaction, une complicité incestueuse dans la petite enfance augmentent encore les risques de violence.

3.2. L'expression de l'adolescence dans l'environnement scolaire

Le système éducatif qui accueille l'adolescent a pour mission de former les individus à la citoyenneté, d'assurer la transmission des connaissances et de la culture, en développant les aptitudes personnelles. L'élève arrive dans l'établissement avec sa personnalité, ses acquis culturels plus ou moins élaborés, son affectivité construite dans une famille aux caractéristiques multiples. Passé le seuil de ce nouveau lieu, confronté à des règles qui viennent s'opposer au plaisir immédiat, sa violence risque de s'exprimer de manière aiguë. L'école apparaît à certains adolescents comme le seul lieu où existent des règlements et des interdits. La lutte contre les sentiments de dépendance vis-à-vis des figures parentales peut s'exprimer dans les conflits de l'adolescent avec les professeurs. Il est important que ces derniers ne soient pas laissés seuls face à la violence.

L'école risque d'être déstabilisée par l'importance des missions qui lui sont confiées. Tout se passe comme si on reportait sur l'école des problèmes de société qui n'ont pas été résolus ailleurs. L'école ne peut pas à elle seule réaliser l'égalité des chances qui a échoué ailleurs, elle ne peut que corriger en partie ces inégalités en transmettant des savoirs et un héritage culturel.

4. Le choc de l'insertion dans une vie citoyenne

Chez l'adolescent, les formes et la répétition des actes de violence vont dépendre de l'organisation de sa personnalité et des réponses qui lui seront offertes. La place de l'environnement sera d'autant plus importante que son organisation psychique sera plus fragile. Selon les personnalités, les actes de violence seront dirigés contre soi (anorexie, tentatives de suicide, automutilations) ou contre les autres. Entre le monde interne et le monde externe, l'appareil psychique trop fragile ne peut pas jouer son rôle de tampon. Cette tâche incombe, jusqu'à l'adolescence, aux parents.

Lorsque l'enfant maîtrise le langage, il ne peut pas au début pénétrer seul dans le territoire social. Il a besoin de l'assentiment de ses parents et de leur proximité. Dans ce territoire, il rencontre des inconnus. Il doit pouvoir les aborder en sachant leur parler, dire son propre nom et connaître son adresse. A l'adolescence, il ne peut pas y avoir de vraie rencontre avec un autre humain, sans la conscience d'avoir, ailleurs, un chez-soi toujours accessible.

Certaines incivilités commises par les très jeunes ont souvent des dimensions exploratoires et initiatiques, leur permettant de découvrir leurs limites en testant les réactions de l'environnement. Pour l'adolescent il s'agit plus de défier l'autorité et de penser que le monde est sans règles sociales ; en bande, il manifeste son existence et sa force.

Les auteurs de violences ont souvent eux-mêmes subi une violence en amont. Cependant, les individus violents ne sont pas toujours déterminés par des facteurs individuels, ils sont souvent sous l'influence d'un environnement socioculturel particulier et d'institutions éducatives inadaptées. Ces comportements sont une réaction face à l'abandon dont les adolescents se sentent l'objet. En effet, face à un changement social profond, certains jeunes se sentent abandonnés et dans l'impossibilité de penser pour eux-mêmes un avenir meilleur.

Avec l'âge, on apprend à vivre en sécurité dans le territoire commun à tous les humains, et on s'aperçoit que notre liberté doit tenir compte de celle des autres. C'est la découverte de la vie citoyenne avec ses règles, ses richesses, mais aussi ses limites qu'il faut respecter. Des adolescents turbulents sont parfois responsables de « violence urbaine ». Partout dans le monde, pour ces jeunes, les causes en sont les mêmes. Une absence d'identité, de territoire intime, d'espace familial cohérent. Le plus souvent ils ont été exclus des lieux sociaux comme l'école ou le travail. Il leur reste la rue qu'ils utilisent avec leur propre loi, avec violence et dans une absence de repères⁴⁰.

Lorsque les adolescents s'associent en bandes c'est dans un contexte de démission familiale, d'absence de règles éducatives, de manque de structures sociales adaptées, de niveau socio-économique précaire.

40 Observatoire européen de la violence en milieu scolaire.

Le groupe permet de constituer une identité lorsque celle du sujet est fragile, l'acte violent est alors une affirmation de soi face à la bande. La violence collective est significative de la dégradation du lien social. La violence solitaire contre les personnes et les biens est plus en rapport avec une pathologie psychiatrique.

Certains jeunes issus de l'immigration ne comprennent pas les traditions vécues par leurs parents, ils sont témoins de leur désarroi face aux réalités de la société, du langage, des règles qui les entourent. Faute de transmission familiale réelle et formelle, ces enfants ont des difficultés identitaires et existent au travers des violences produites. Ils peuvent être attirés par des groupes intégristes ou sectaires où l'image identitaire est forte.

Le phénomène sectaire s'inscrit dans les réponses à la recherche d'une identité, de repères. La secte fonctionne dans un esprit d'absence de filiation qui détache d'autant plus les adhérents de leur origine que celle-ci n'a pas pour eux de cohérence.

Les parents sont souvent incités à rompre le lien familial et à faire don de leurs enfants. Les enfants nés dans la secte ne sont pas déclarés à l'État civil. On recherche dans la secte l'uniformité des comportements, l'exclusion de toute différence, ce qui contrarie toute idée de filiation. La difficulté d'intervenir est liée à l'impossibilité d'être accompagné par des éducateurs. Ceux-ci, comme les professionnels hospitaliers ou les enseignants, sont isolés, sans soutien. Ce type de maltraitance des enfants n'est pas encore pris en compte, sauf par les médias.

5. Concevoir une prévention de la violence des adolescents

La prévention a permis ces dernières années une diminution des accidents de la vie courante et une diminution de 45% des accidents de la circulation depuis une quinzaine d'année. Cette évolution favorable doit se poursuivre. Les recherches cliniques concernant le fonctionnement psychologique des jeunes accidentés, et particulièrement en cas de répétition de ces accidents, nous permettent de mieux cerner cette population. Il paraît aussi important

d'évaluer les conséquences psychologiques des traumatismes graves pour l'adolescent.

A l'école, la santé ne relève pas seulement du médecin et de l'infirmière mais de l'équipe éducative ouverte aux enseignants, aux surveillants, à la direction et au personnel d'entretien. Il est important de parler des comportements addictifs (tabagisme, alcoolisme, autres addictions) et de déceler des troubles psychiques déjà installés. La promotion de la santé en faveur des adolescents doit comprendre la prévention de la violence et l'éducation à des comportements responsables. L'éducation pour la santé est en effet souvent absente dans de nombreuses familles, particulièrement dans les familles à conflits ou indisponibles en raison de leur activité professionnelle.

Le travail éducatif, moins spectaculaire que les réponses répressives, obtient de bons résultats en matière de prévention de la violence. On évoque toujours la délinquance en termes d'événements médiatiques, et le même processus se répète : dramatisation, recommandations, répression et inaction. Lorsqu'on parle d'augmentation de la délinquance, s'agit-il d'un phénomène objectif, d'une meilleure activité de la police, ou de l'augmentation de la sensibilité sociale à ce problème ?

L'autorité ne peut avoir de légitimité que si elle associe aux actes répressifs une offre permettant de s'insérer, de gagner sa vie, d'avoir une utilité sociale et le droit de participer à la vie démocratique. Les jeunes ne peuvent renoncer à la violence que s'ils se sentent encadrés, considérés et valorisés.

Certains établissements scolaires arrivent à ces résultats grâce à des équipes solides d'adultes, une direction engagée, une pédagogie sécurisante et structurante, une implication des parents et surtout une participation des jeunes.

Ceux-ci ont besoin de s'appuyer sur un discours politique fort et sur un réseau de professionnels sociaux et médicaux cohérent.

Quant il y a sanction, il doit y avoir une visée éducative et pas seulement une punition, une exclusion ou un signalement à la justice. Eduquer c'est apprendre et construire le « vivre ensemble ». La sanction doit viser l'acte commis et non l'intégrité de l'auteur. Cela

garantit la visée éducative et refuse la confusion entre l'être et le faire⁴¹.

L'école, lieu d'apprentissage et de culture, est un espace privilégié où se construisent les prises de conscience, les comportements et les habitudes qui permettront à l'enfant d'être attentif à la qualité de sa santé tout au long de son existence. La prévention des violences et de leur impact sur la santé peut s'organiser à partir de l'école en y associant les autres acteurs éducatifs : la famille, les professionnels de santé et les milieux associatifs.

6. Comment maîtriser la violence scolaire ?

Derrière ce que l'on nomme la délinquance, il y a surtout de la souffrance.

L'exclusion, comme solution à un conflit, est toujours un échec. C'est une apparence d'autorité qui aggrave le malentendu. Non seulement l'exclusion ne résoud pas le problème mais elle rend son approche plus difficile pour ceux qui vont devoir le traiter par la suite.

Dans de nombreux collèges des « Conseils de prévention » ont été institués, pour éviter le plus possible d'en arriver à des mesures disciplinaires et à l'exclusion définitive toujours dommageable pour l'adolescent. On peut ainsi débattre de sanctions graduées, et non d'exclusion. Des mesures de réparation sont proposées par des éducateurs telles que les nettoyages des tags, la remise en état des serrures bouchées par des chewing-gums, l'aide au personnel d'entretien etc. Ce type de sanction contribue à montrer à l'élève qu'il a un rôle dans la vie scolaire. Il y a bien sûr une réprobation de la communauté scolaire, comme partout ailleurs dans la société, mais il n'y a pas pour autant de rejet du groupe, de mise au pilori et cela évite une escalade de mesures plus sévères.

Il ne doit pas y avoir de semblant de réparation, mais une vraie transformation de « la haine, la rage, la honte » en quelque chose d'utile et de créatif. Pour cela il faut du temps et de la réflexion, et un

41 Lebaillly Ph. Violences des jeunes : l'éducation avant le tout sécuritaire. Agora débats / jeunesse n°26, 2002

accompagnement éducatif. Pour recycler la violence il faut souvent être aidé par un tiers, éducateur ou psychologue.

Il est très important de tenir compte de l'âge des adolescents, car les difficultés, la violence et les comportements à risque augmentent avec l'âge. Il est donc nécessaire de créer des dispositifs accessibles aux jeunes adultes.

Des programmes de prévention de la violence sont expérimentés en milieu scolaire par exemple à Namur en Belgique, au Québec, et en France dans les banlieues lyonnaise et lilloise. Ils cherchent à développer des outils pédagogiques, psychologiques, sportifs, voire artistiques concourant au mieux vivre ensemble, par une culture du dialogue. Ces projets visent à responsabiliser, à transmettre des notions de base comme le respect de soi et de l'autre et une culture de gestion des conflits par la parole et non par les coups.

Par ailleurs, il existe un lien important entre la pratique d'une activité physique et la qualité de vie perçue.

Il est donc nécessaire de relier des actions de prévention à des activités physiques⁴² et culturelles et de favoriser à travers le sport, le théâtre, la danse, la musique, l'acceptation et l'apprentissage des limites de la loi et des liens d'identité⁴³.

Les mesures présentées en Conseil des ministres par Xavier Darcos, le 26 février 2003, devraient renforcer cette prévention :

- création d'un dossier de santé de l'élève,
- visite médicale en maternelle,
- consultations de prévention en CM2 et en 3^{ème},
- association de la médecine de ville à ces actions,
- meilleure prise en charge des souffrances psychiques,

42 Inpes, la Santé de l'Homme, n°364, mars-avril 2003.

43 Haut Comité de la santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Ed. Ecole nationale de la santé publique (ENSP), février 2000

- accompagnement des familles en liaison avec les infirmières scolaires,
- séances d'éducation à la santé, à l'éducation sexuelle, aux risques du tabac et des drogues,
- apprentissage des gestes de premier secours.

L'exemple du lycée Jean Lurçat dans le 13^{ème} arrondissement de Paris

Le proviseur Gilbert Longhi a créé dans son lycée public des classes atypiques où 225 élèves « décrocheurs » coexistent avec les 650 autres élèves tout en bénéficiant d'un traitement spécial : cours du jour ou du soir selon un rythme de travail hebdomadaire à la carte, matières générales étudiées selon leur choix, et activités hors du lycée. Cette liberté repose sur des engagements à tenir et des buts à atteindre.

Ces élèves reviennent de loin. Ils ont abandonné l'école ou bien l'école n'a plus voulu d'eux ; inadaptés, insupportables, ils en ont été rejetés. Ces « décrocheurs » parmi les 80 000 qui, chaque année, sont en rupture avec la vie scolaire, sont sans autres projets. Ils se dirigent vers des ateliers relais, des petits stages sans suite, des formations sans consistance ou vers la délinquance.

Marginalisés dans la société, ils sont malheureux et n'aspirent qu'à retrouver une structure qui voudra bien les accueillir pour leur offrir un nouvel avenir. Victor Hugo disait « ouvrir une école, c'est fermer une prison ».

Au lycée Jean Lurçat les adolescents qui veulent s'inscrire sont reçus avec leurs parents, ils rédigent leur parcours, leur histoire scolaire et leurs projets. Ils rencontrent ensuite des professeurs qui déterminent leur degré d'adhésion.

La différence est toujours faite entre l'élève et l'adolescent, il peut y avoir de mauvaises notes mais l'individu garde sa valeur. Il n'y a pas de surdosage de travail, de cours de rattrapages, au contraire on propose des cours de musique, de cirque ou de pâtisserie, ou des expériences humanitaires. Tout cela proposé et consenti par l'adolescent. Il doit travailler, respecter ce qui a été décidé sinon il y a des séances de régulation. Les professeurs sont heureux d'enseigner de cette façon. Ils ont en charge d'autres classes « normales » où ils appliquent les mêmes principes.

Il serait possible de créer une ou deux structures de ce type, de lycée du temps choisi, dans chaque département.

Entretien avec Gilbert Longhi en février 2003

7. Des recommandations pour réduire les violences des adolescents

7.1. Le repérage des troubles

Il s'agit de repérer les troubles et d'en assurer le suivi. Une attention particulière doit être portée par les intervenants médicaux au fonctionnement psychologique des jeunes présentant des accidents à répétition : il peut s'agir de troubles des apprentissages dont on connaît le retentissement ultérieur éventuel⁴⁴. Il importe de s'inquiéter devant des retards itératifs, un absentéisme, des troubles de la concentration, un repli, des troubles du comportement. Il convient de se concerter entre responsables éducatifs et responsables de la santé scolaire et d'établir un lien avec les partenaires sanitaires locaux proches de la famille. Le développement du travail de réseau avec le secteur sanitaire est nécessaire pour l'amélioration de la santé des jeunes. Il doit permettre un meilleur suivi tout en respectant la spécificité des rôles de chacun.

7.2. L'enseignant ne doit pas être laissé seul face à la violence

L'école apparaît à certains comme le seul lieu où existent des règlements et des interdits. Des formations doivent pouvoir être proposées à l'ensemble des personnels éducatifs afin de les aider à mieux repérer les signes de souffrance psychique. Il est indispensable que dans chaque établissement un partenariat soit établi entre le corps enseignant et les professionnels sanitaires et sociaux, afin qu'il soit facile et non stigmatisant d'orienter le jeune rapidement. Ceci implique un travail préalable sur l'accès aux soins dans le secteur géographique de l'établissement et la possibilité de référer un jeune en difficulté vers un professionnel de soins public, privé ou associatif.

Diverses études ont montré que les avis médicaux donnés à l'occasion des visites de médecine scolaire ne sont suivis d'effets que

44 Haut Comité de la santé publique. Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique. Actualité et dossier en santé publique, 26, La Documentation française, mars 1999.

dans 35% des cas environ ; c'est dire la nécessité d'organiser un meilleur suivi de ces avis, un accompagnement qui aura pour mission de favoriser l'accès et le recours aux soins.

Le repérage du risque suicidaire doit être une priorité : 8,7% des garçons consultant à l'infirmerie et 19% des filles déclarent avoir déjà tenté de se suicider⁴⁵. On reconnaît maintenant l'important risque de récurrence du geste et la fréquence des suicides à cet âge. Il apparaît donc nécessaire que la communauté éducative ait une information sur les signes de souffrance psychique, les pathologies mentales et le dispositif sanitaire destiné à y répondre. Ainsi les personnels en contact avec des élèves en difficulté seraient plus à l'aise pour repérer les signes de souffrance psychique, engager un dialogue ou orienter l'adolescent vers une prise en charge.

L'enseignement des gestes de premier secours doit se développer. Il existe déjà pour les enseignants et doit être généralisé au niveau des élèves.

7.3. La mobilisation de la communauté éducative

Un conseil de professionnels devrait systématiquement évoquer les aspects touchant à la santé des élèves, d'autant plus que la dégradation des résultats scolaires peut être révélatrice de problèmes psychologiques ou somatiques de l'enfant. Une collaboration avec l'Éducation nationale devrait permettre de proposer des formules pour étendre ainsi le rôle du conseil de classe, et envisager les modalités de signalement des enfants au médecin ou à l'infirmière scolaire. Ces derniers devraient aussi plus facilement pouvoir adresser l'élève à d'autres professionnels de santé.

L'éducation à la santé doit faire partie intégrante du dispositif éducatif depuis le primaire jusqu'au lycée. S'intéresser à sa propre santé et la protéger sont liés à l'estime de soi et sont ainsi protecteurs pour l'avenir du jeune.

45 Communication en conseil des ministres de Xavier Darcos, ministre délégué à l'Enseignement scolaire, février 2003.

La promotion de la santé en faveur des adolescents n'est pas séparable de l'action de prévention de la violence et de l'éducation à des comportements responsables. Au sein des établissements, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté peuvent être généralisés et travailler en partenariat avec les acteurs de terrain et les acteurs de prévention. L'institution éducative a mission de veiller à la santé et au bien-être des jeunes qui lui sont confiés. Elle doit également assurer leur éducation à la santé et contribuer à la prévention des conduites à risque.

Il importe de transmettre aux jeunes la notion du respect de soi-même et d'autrui, condition d'une intégration dans la vie sociale.

Un lien institutionnel devrait être établi entre le ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche et le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Des programmes d'action rassemblant des personnalités issues de champs professionnels différents pourraient être développés dans le champ de la santé et de la prévention ⁴⁶.

46 Xavier Darcos. Op. cit.

Images et Violence

Le rapport *Violence à la télévision* ⁴⁷ reprend les propos du Professeur Didier Sicard, Président du Comité consultatif national d'éthique, sur l'impact des images proposées sur le psychisme des spectateurs. Les effets émotionnels à court terme de l'exposition à la violence télévisuelle sont des réactions de crainte, d'anxiété et de détresse. A long terme, l'exposition fréquente à des scènes de violence contribue à une désensibilisation du spectateur qui s'habitue à la violence. Les films violents ont aussi des effets néfastes en ce qu'ils induisent des croyances erronées sur les actes de violence, le viol en particulier où la victime révèle finalement son consentement. « La violence télévisée ne reflète ni la liberté d'expression des créateurs ni la demande du public, mais est le produit d'un système de marketing planétaire. Elle exerce un effet d'incubation culturelle en contribuant à long terme à une dévalorisation du monde ».

Julien Cohen-Solal, pédiatre, souligne, lors de son audition par la commission chargée d'élaborer le rapport, que l'enfant est littéralement fabriqué par la relation qu'il entretient avec ses proches, sa mère, et particulièrement avec les stimulations du monde ambiant. L'enfant est fondamentalement un être culturel où le langage joue un rôle essentiel. « L'environnement d'images violentes finit par produire une société dans laquelle la violence réelle n'est plus considérée comme quelque chose d'évitable mais comme une fatalité et où chacun se sent bientôt le devoir d'être violent avec les autres parce qu'il est persuadé que les autres ne vont pas tarder à l'être avec lui. »

La télévision, comme l'écran en général, institue un dispositif inverse de celui de la psychanalyse. Alors que Freud fait parler ses patients dans une chute du regard pour mieux articuler le fantasme et la parole, la télévision amène de l'image au cœur du lieu où se joue pour chacun l'articulation des pulsions et du langage. Le dévoilement par l'écran a pour conséquence un affaiblissement de l'interdit de l'inceste, de l'interdit de l'exhibitionnisme, de l'interdit du viol, bref, des interdits majeurs qui régulent la sexualité des adultes, lesquels sont passibles de la loi lorsqu'ils les transgressent.

Selon Serge Tisseron, psychanalyste, «les images violentes malmènent les enfants. Elles provoquent angoisses, colère, peur et dégoût, là où on pourrait penser au contraire que la multiplication des

47 Kriegel B. La violence à la télévision. Paris, Ministère de la culture et de la communication, 2002

images violentes finit par anesthésier, chez les enfants, leur impact émotionnel.

Les enfants essaient ensuite de reconstruire leurs repères. Ils cherchent à retrouver leurs marques en utilisant plusieurs moyens :

- le langage, pour créer en parlant avec quelqu'un leurs propres représentations verbales à partir de ce qu'ils ont vu, ressenti et imaginé.
- les scénarios intérieurs dans lesquels les enfants se donnent à eux-mêmes un rôle qui les protège, soit avec des mots, soit avec des dessins selon leur capacité d'expression.
- enfin des jeux corporels pour mettre en forme et socialiser ce qu'ils ont éprouvé, comme cela se voit notamment dans les cours d'école. Ils miment ce qu'ils ont vu avant de pouvoir en parler. Ce mode de symbolisation par les gestes constitue une forme d'imitation ludique très utile pour différencier le monde « vrai » du monde du jeu et de la fiction.

Les images violentes ont également des répercussions sur la vie des groupes. Après avoir vu des images non violentes, les garçons ont des jeux d'attaque et de fuite, alors que les filles ont plutôt des réactions de diplomatie. Mais après avoir subi des images violentes, garçons et filles proposent autant de scénarios de violence au groupe. Cela signifie que les images violentes, en déstabilisant les repères, poussent les jeunes à des réactions grégaires. Les images violentes démobilisent les possibilités d'expression des différences individuelles et le groupe s'aligne sur le leader, qui est malheureusement souvent le plus belliqueux.

C'est pourquoi il est nécessaire de procurer aux jeunes des lieux où ils peuvent socialiser leurs émotions face aux images violentes avec d'autres jeunes et surtout avec des adultes. Cela doit passer par les trois moyens qu'utilisent spontanément les jeunes pour symboliser le monde : le langage, la création d'images et le jeu corporel. Dans cet esprit, il serait important d'aménager des temps de jeu de rôle dans les écoles, notamment à l'arrivée des enfants le matin, qui fonctionneraient comme de véritables « sas de décompression ».

Ces activités permettraient à certains jeunes, encore sous le coup émotionnel des images qu'ils ont vues le matin ou la veille, de prendre de la distance par rapport à elles et de se rendre disponibles aux divers apprentissages que l'école leur propose.

Enfin, il faut se défaire de l'idée qu'il y aurait une « anesthésie » devant les images violentes. Les jeunes ne font malheureusement que s'aligner

sur ce qu'ils ont l'impression que les adultes font, à savoir de pouvoir tout regarder sans en paraître troublés. Il est donc essentiel que les adultes réagissent en présence des enfants, et parlent de leurs propres émotions.

Dans le domaine des images, les interdits ne suffisent pas. Bien entendu, ils sont nécessaires, d'autant plus que si les parents alignent leurs interdits sur ceux que la société édicte – ce qu'ils ne font malheureusement pas toujours, - cela contribue aussi à socialiser l'enfant. Mais il faut aussi encourager les enfants à se donner leurs propres représentations de leur environnement médiatique, et à les partager avec leurs pairs et les adultes, afin qu'ils n'en soient plus victimes.»

C h a p i t r e 3

La violence routière

1. La violence routière, une violence particulière

L'expression *violence routière* a été introduite en 1983 par une association de familles de victimes d'accidents de la route, la Ligue contre la violence routière, dont la volonté était entre autres de mettre un terme à l'acceptation sociale des comportements dangereux sur la route. Mal perçue à l'époque par les médias, l'expression a été consacrée par Jean-Pierre Raffarin aux Etats généraux de la sécurité routière du 17 septembre 2002 et reprise par la loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière⁴⁸.

L'utilisation du terme *violence* pour nommer les comportements dangereux sur la route pourrait être contestée par rapport aux définitions données en introduction de ce rapport en arguant du fait que les auteurs de ces comportements n'ont la plupart du temps pas l'intention de faire du mal aux autres ni à eux-mêmes ; et qu'il existe aussi des actes agressifs commis sur la route auxquels le terme conviendrait mieux.

Nous avons cependant fait le choix ici de considérer le terme violence, comme le fait la loi, en référence à la gravité et la brutalité des conséquences des comportements dangereux sur la route. Dans sa définition première (Le Petit Larousse, 1997), violence est en effet le « caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, extrême, brutale ». Et les accidents provoqués par les comportements dangereux sur la route tuent et blessent à vie de façon brutale à la manière d'attentats ou de conflits armés. Par ailleurs, on peut également se demander si la volonté de puissance et de domination est réellement étrangère aux comportements dangereux observés sur la route. Ces comportements se rapprocheraient alors de ceux traités ailleurs dans ce rapport.

48 Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière.

Le terme violence routière correspondra ici au problème des accidents de la route envisagé de façon globale, que ces accidents soient liés à des comportements dangereux, à une autre cause ou à une conjonction de facteurs (ce qui est plus souvent le cas).

Une particularité de la violence sur les routes, qui explique en partie les difficultés auxquelles se heurte la prévention, est qu'elle est et reste encore relativement peu appréhendée comme telle socialement, l'accident de la route étant souvent vécu comme une fatalité.

Enfin, autre spécificité par rapport aux autres violences, elle concerne pratiquement toute la population puisque peuvent en être victimes tous les usagers de la route, quels que soient leur mode de locomotion et la raison pour laquelle ils se déplacent.

2. Les données du problème

2.1. Les conséquences sur la santé : morts, blessures et handicaps

A la différence des autres violences, les conséquences de la violence routière sont relativement bien documentées puisque chaque accident avec dommage corporel donne lieu au remplissage par les forces de l'ordre d'un Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation (BAAC). Ainsi, à partir des BAAC, l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) a comptabilisé en 2002⁴⁹ :

- 105 470 accidents corporels,
- 7 242 tués à six jours, soit une estimation de 7 655 tués à trente jours,
- et 137 839 blessés dont 24 091 blessés graves⁵⁰.

Ce bilan est en diminution, par rapport à celui de 2001, de 10% pour les accidents corporels, de 6% pour le nombre de tués, de 8% pour les blessés graves et de 11% pour les blessés légers.

49 ONISR. Bilan de l'année 2002

50 Définis comme les victimes qui séjournent à l'hôpital pendant plus de six jours.

En revanche 2002 est l'année où la gravité des accidents, exprimée en tués pour 100 accidents corporels, est la plus forte de ces vingt dernières années (6,9).

En remontant un peu plus loin dans le temps, on constate que la mortalité routière a atteint son maximum en 1972 avec 16 617 tués et qu'elle a considérablement diminué ensuite malgré l'augmentation du trafic, en raison notamment des mesures réglementaires prises (ceintures de sécurité, limitations de vitesse, taux d'alcoolémie). De 1997 à 2001 le nombre de tués a stagné autour de 8 000. L'année 2002 a amorcé une baisse qui semble se poursuivre en 2003 : le baromètre de juin 2003 publié par l'ONISR annonce en effet un nombre de tués, de juillet 2002 à juin 2003, de 6 350. Reste qu'en valeur absolue, le tribut payé à la route se compte toujours en milliers de morts et de blessés chaque année.

Une des grandes limites du fichier constitué à partir des BAAC réside dans son incapacité à bien mesurer les blessures graves (le critère de gravité est simplement l'hospitalisation de plus de 6 jours, mettant sur le même plan un mort après 6 jours, un paraplégique à vie et un blessé ayant guéri en plus de 6 jours sans séquelle⁵¹) et son absence d'information sur les handicaps consécutifs aux accidents. Une estimation peut cependant être faite à partir des données du registre départemental des blessés du Rhône qui, pour chaque blessé pris en charge par les services de soins de la région, évalue les séquelles probables des lésions observées. A partir de données 1996-1999, il estime que pour 100 personnes décédées à la suite d'un accident de la route, on compte 58 handicapés lourds, 2 472 victimes avec des séquelles légères et 5 414 blessés qui ne conserveront probablement aucune séquelle bien qu'ayant souffert d'au moins une lésion ayant nécessité une intervention médicale⁵². Ces chiffres appliqués à l'année 2002 permettent d'estimer que sur une seule année les accidents de la route sont responsables d'environ 4 400 handicaps lourds à vie.

51 Cette définition rend par ailleurs la statistique dépendante de l'évolution des pratiques médicales : la durée moyenne de séjour a tendance à diminuer à pathologie initiale égale. Ceci entraîne un effet mécanique de baisse apparente du nombre de blessés graves.

52 Haut Comité de la santé publique. Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables, Actualité et dossier en santé publique, 41, La Documentation française, décembre 2002

2.2. Les comportements dangereux

L'ONISR produit des indicateurs synthétiques sur les comportements imprudents des conducteurs à partir de données recueillies par l'institut de sondage Lavalle.

En 2002, les taux observés de dépassement de la vitesse limite se situent aux environs de 60% pour les voitures de tourisme, taux identique à celui de 2001. Le taux de dépassement pour les poids lourds est de 66%, en augmentation par rapport à 2001 (60%) et celui des motocyclettes de 76% (65% en 2001). Les vitesses excessives sont un comportement de masse, concernant plus de la moitié des conducteurs, trois quarts pour les motocyclistes. Pourtant, il s'agit bien d'un comportement dangereux : la corrélation entre la vitesse et le nombre de tués sur les routes est solidement établie, c'est elle qui fonde l'instauration des limitations de vitesse. Des études anglaises récentes indiquent qu'une diminution de la vitesse moyenne de 1,6 Km/heure réduit les accidents corporels de 5%. L'énergie cinétique est une donnée physique incontournable, pourtant, les usagers ne sont pas convaincus du danger que représente le dépassement des vitesses autorisées. Les animateurs encadrant les stages de permis à points pour les infractionnistes « vitesse » en témoignent : ceux-ci expriment peu de culpabilité, l'abus de vitesse passe pour bénin et est justifié par de nombreux arguments.

Pour la première fois en 2002, sur le deuxième semestre, l'ONISR a fait recueillir des données pour mieux connaître les pratiques des usagers en termes de distances inter véhiculaires. On observe que sur l'ensemble des conditions de circulation, un conducteur sur quatre environ est en infraction (à moins de deux secondes du véhicule qui précède). Dans des conditions de circulation dense, ce sont près de 60% des conducteurs qui sont en infraction et plus d'un sur six circule à moins d'une seconde du véhicule qui précède.

La fréquence de la conduite en état alcoolique ne peut être simplement appréhendée comme les autres comportements. Un indicateur rend compte cependant de l'importance de ce comportement : le nombre de condamnations pour infractions à la sécurité routière extraites du casier judiciaire. Les infractions relatives à l'état alcoolique sont très nombreuses. Constatées sur simple contrôle préventif ou à la suite d'un accident corporel, la conduite en état alcoolique est l'élément constitutif de trois

catégories d'infractions : la simple conduite en état alcoolique (qui comprend aussi la récidive), les blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et l'homicide involontaire par conducteur en état alcoolique. En regroupant ces trois catégories, on obtient 110 640 infractions sanctionnées en 2001, ce qui représente 73% des délits routiers et 41% de l'ensemble des infractions de sécurité routière (délits + contraventions de cinquième classe). Les caractéristiques des auteurs de conduite en état alcoolique varient peu depuis quelques années : l'individu moyen qui commet cette infraction est un homme français âgé de 38 ans. Les femmes sont sous-représentées, leur part, généralement faible sur l'ensemble des contentieux relevant de la circulation routière (9%), est encore plus faible pour la conduite en état alcoolique (6%).

2.3. Les performances des usagers

La plupart des conducteurs sont, à les en croire, de bons conducteurs. L'activité de conduite d'un véhicule est cependant relativement complexe. Et les performances des usagers varient en fonction de différents paramètres : aptitudes, formation initiale, rapport à la route et à son code, fréquence de l'activité de conduite... Les compétences d'un même conducteur ne sont pas stables dans le temps et dépendent de nombreuses variables, véhicule utilisé et expérience de celui-ci, connaissance de l'itinéraire, état de fatigue, état émotionnel, prise de médicaments ou de drogues, réalisation d'autres activités (téléphone, radio...), événements à l'intérieur du véhicule (enfants, animaux...). Certains de ces éléments seulement sont accessibles à la prévention.

2.4. Le trafic et les routes : un trafic qui augmente sur un réseau qui s'adapte

En 2001 la circulation totale sur le réseau routier a été estimée à 545 milliards de kilomètres, contre 465 milliards en 1994, soit une augmentation de 17% du trafic en sept ans, selon le rapport 2002 de la Commission des comptes des transports de la Nation. Durant les quinze dernières années, on a pu noter une amélioration globale très visible de l'infrastructure : croissance continue des autoroutes, des pénétrantes urbaines et liaisons à caractère autoroutier, élargissement des routes nationales, revêtements routiers plus performants et silencieux... Ces améliorations ont cependant davantage porté sur les capacités quantitatives et le confort des voiries que

sur la sécurité routière. On considère aujourd'hui que l'infrastructure joue un rôle important dans au moins 30% des accidents⁵³.

L'accidentologie est différente suivant le type de réseau : selon des données de l'ONISR 2001, 54% des tués le sont sur routes départementales alors que celles-ci représentent 36% du trafic. A l'opposé, 6% des tués meurent sur les autoroutes qui reçoivent 20% du trafic. Le réseau national quant à lui compte 25% des tués pour 17% du trafic.

2.5. Les voitures, les motos, les mobylettes : des produits utiles qui font rêver

Lorsqu'on demande aux Français ce qu'évoque pour eux l'automobile, deux notions ressortent prioritairement et massivement : la mobilité et la liberté. En contrepartie, le danger et les nuisances attribués à l'automobile sont de moins en moins tolérés. 89% des interviewés associent l'automobile à l'idée de danger. Les comportements des conducteurs sont en cause dans les accidents pour 94% des interviewés alors que les voitures construites actuellement sont jugées plus sûres qu'il y a 10 ans par 84% d'entre eux⁵⁴.

Un autre élément important est le rapport particulier entretenu avec la voiture, la moto, la mobylette. Le véhicule est souvent très investi par son propriétaire, d'autant plus si ce dernier est un homme. Il le trouve beau, en est fier, se retrouve dans ses performances. Pour certains, le rapport est même passionnel. Le véhicule est souvent l'image d'une position sociale. Ce qui se joue autour des voitures de fonction attribuées dans les entreprises en témoigne. Plus la voiture est puissante et performante, plus son propriétaire sera haut placé dans l'entreprise. La voiture est loin d'être simplement un outil de déplacement, elle n'est d'ailleurs pas réellement considérée comme un outil de travail.

Si l'on en croit les scénaristes de films ou de publicité, les véhicules ont également à voir avec la séduction. Une belle voiture puissante serait très utile pour conquérir une personne de l'autre sexe.

53 Ministère de l'équipement, des transports du logement du tourisme et de la mer. Gisements de sécurité routière. Direction de la recherche et de l'action scientifique et technique, mai 2002

54 Baromètre SOFRES. La place de l'automobile dans la société. Enquête d'opinion pour le Comité des constructeurs français d'automobile, septembre 2002

Marc Guillaume, professeur d'économie, ayant dirigé avec Régis Debray un séminaire international sur la civilisation de l'automobile, déclarait en septembre 2002 dans Impact médecine : *« une automobile, ce n'est pas seulement un concept d'ingénieur, un outil pratique qui rend des usages. C'est aussi un objet esthétique, porteur d'une culture et d'un patrimoine. C'est un véritable objet culturel avec lequel on peut avoir un lien affectif et, pourquoi pas, poétique. Par ailleurs, le fait que la voiture puisse vous tuer lui donne une certaine noblesse. Il y a donc un rapport amoureux certain à l'automobile, spécifique mais réel. »*⁵⁵

Les publicitaires le savent bien et beaucoup travaillent dans le registre de l'esthétique, de la séduction, des performances, de l'aspect sportif, du plaisir. Depuis quelques années, certains messages mettent en avant la sécurité, mais c'est le plus souvent en s'appuyant sur les dernières avancées technologiques en la matière.

Cette place particulière de la voiture dans l'imaginaire collectif explique en partie les difficultés à aborder la sécurité des véhicules autrement que par une augmentation des performances.

2.6. La sécurité des véhicules : en progrès ?

La sécurité des véhicules envisagée en termes de performances (tenue de route, capacité de freinage) ou de dispositifs de protection en cas d'accidents (ceinture de sécurité, airbags, appuie-tête, résistance aux chocs) a fait des progrès considérables depuis la naissance de l'automobile.

On ne peut cependant considérer cet angle d'approche seul dans la mesure où les véhicules sont des produits utilisés en masse et qu'il convient en termes de sécurité qu'ils soient adaptés aux comportements des « consommateurs ». La sécurité d'un véhicule ne peut réellement se mesurer qu'après mise sur le marché, à l'épreuve de son utilisation. Cet angle d'approche pratique est celui utilisé par la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) pour tous les produits mis sur le marché qui peuvent se révéler dangereux pour le consommateur. Dans ce cas, un décès ou un handicap lourd suffit à retirer un produit du marché et à fixer des normes qui

55 Impact Médecine, n°9, 27 septembre 2002

permettront d'éviter qu'un nouvel accident se produise. A travers cet angle d'approche, la sécurité intrinsèque des véhicules a plutôt tendance à régresser, notamment à travers l'augmentation des vitesses potentielles, des puissances et des poids des véhicules. En effet, le risque lié à la puissance, la vitesse maximale et le poids des véhicules a clairement été établi à partir des statistiques réalisées par les assurances automobiles (Livre Blanc de la sécurité routière, 1988). Or, l'évolution du parc automobile va vers plus de puissance et une augmentation de la vitesse maximale et du poids. Elle contrebalance en quelque sorte les progrès faits par ailleurs : les conducteurs rassurés par les performances en termes de sécurité de leur véhicule sont prêts à en utiliser les potentialités et adaptent leur comportement (conduite plus sportive et rapide). Pour exemple, l'introduction du dispositif de freinage ABS n'a pas eu les conséquences espérées en matière d'amélioration de la sécurité. Une des raisons est sa mauvaise utilisation par les conducteurs : croyant que l'ABS raccourcit les distances d'arrêt en freinage, ils ont tendance à réduire les distances de sécurité et à rouler plus vite. Par ailleurs, le poids, pour des raisons simplement physiques, augmente la gravité des chocs et donc leurs conséquences en terme de lésions physiques et de morts. L'importance de l'indice de gravité en 2002 a certainement un lien avec les caractéristiques actuelles des véhicules.

Au total, les performances en termes de sécurité des véhicules ont progressé en même temps que leurs performances sportives. La combinaison de ces « progrès » avec l'utilisation réelle qu'en ont fait les conducteurs n'a pas abouti à une augmentation de la sécurité. La sécurité des véhicules ne peut être mesurée à partir des seuls essais en laboratoires ou sur circuit. Il convient de l'étudier après leur commercialisation comme on le fait pour un médicament, un jouet ou un outil pour protéger leurs consommateurs. Il faut pour cela produire des chiffres fiables d'accidentologie selon les caractéristiques techniques des véhicules, ce qui suppose d'accepter que l'on touche à leurs performances. Mais c'est bien l'utilisation réelle d'un véhicule (sur route, dans le cadre d'un trafic réel, avec des conducteurs lambda, plus ou moins expérimentés, plus ou moins performants, plus ou moins fatigués, plus ou moins préoccupés) qui peut déterminer s'il est le plus sûr possible.

3. Axes préventifs

Avec des milliers de morts et de handicaps lourds chaque année, la violence routière constitue un véritable problème de santé publique sur lequel des progrès peuvent encore être faits. Les axes de prévention dégagés ci-dessous découlent de l'analyse, présentée plus haut, des apports du travail de la Direction de la recherche et des affaires scientifiques et techniques du Ministère de l'équipement, des transports, du tourisme et de la mer sur *les gisements de sécurité routière* (mai 2002) ainsi que du rapport de l'Académie de médecine de juin 2003 sur *la médecine face aux accidents de la route*. Ils portent sur six points : les conducteurs, les véhicules, l'infrastructure, le risque au travail, la prise en charge des blessés et la recherche.

3.1. Performances et comportements des conducteurs

Plusieurs types d'action peuvent permettre d'agir sur les performances et les comportements des conducteurs.

3.1.1 - Contrôle sanction

C'est l'axe privilégié de la loi renforçant la lutte contre la violence routière. Parmi les mesures applicables depuis juin 2003, on trouve notamment une aggravation des peines en cas d'accident corporel causé par imprudence, un durcissement des règles applicables aux récidivistes, une suppression du permis blanc, des peines complémentaires telles l'immobilisation du véhicule, la confiscation du véhicule en cas de faute grave, la rétention du permis en cas de conduite après usage de stupéfiants et l'aggravation des sanctions à l'égard des professionnels commercialisant des détecteurs de radars ou des kits de débridage pour cyclomoteurs.

L'amélioration de la chaîne contrôle-sanction est certainement un axe majeur pour modifier le comportement des conducteurs car il redonne une crédibilité aux règles et à leur application et possède un pouvoir dissuasif important. Sa mise en œuvre conditionnera son efficacité.

3.1.2 - Formation et aptitude à la conduite

La loi a instauré le permis probatoire et sa mise en œuvre est devenue effective au 1^{er} mars 2004. C'est certainement une avancée pour les jeunes conducteurs. Un travail, nous semble-t-il, reste à faire sur la formation spécifique à la sécurité. En effet, une recherche de l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (INRETS) à partir de l'analyse détaillée d'accidents a montré qu'une défaillance dans l'analyse de la situation (perception, diagnostic, pronostic) intervient dans plus de 70% des cas.

Concernant l'aptitude médicale à la conduite, un décret est en préparation pour les candidats au permis et les plus de 75 ans.

Pour les médicaments susceptibles de modifier l'aptitude à la conduite, on peut reprendre ici une proposition défendue notamment par la Prévention routière et l'Académie de médecine pour pallier la banalisation de l'utilisation des pictogrammes de danger sur les emballages (voiture dans un triangle rouge) : l'adoption d'un code couleur (jaune, orange, rouge) permettrait de graduer le risque, seuls quelques médicaments contre-indiquant réellement toute forme de conduite.

3.1.3 - Communication

La communication est un axe essentiel de toute politique de sécurité routière dès qu'un de ses objectifs est de développer une culture et des comportements de sécurité.

« Donner un souffle et des moyens accrus à la communication » est une proposition stratégique du groupe de travail de la DRAST que nous soutenons. L'analyse faite par le groupe est à la fois d'ordre quantitatif (la communication en faveur de la sécurité routière est submergée par la communication des constructeurs automobiles ; son caractère discontinu ne peut permettre d'agir durablement sur les comportements) et qualitatif (pointant des manques dans l'évaluation des campagnes et la non-prise en compte de certains éléments comme le manque de justifications des rappels au règlement, l'utilisation du civisme à une époque où les comportements révèlent une faible sensibilité à cette valeur, le non-ciblage de publics particuliers pour une action continue, la faible promotion de la

conduite apaisée comme image moderne de la conduite). Les propositions tiennent en trois points : se donner les armes budgétaires de la continuité, développer une communication distincte de la communication réglementaire (à travers une Agence nationale d'information sur la sécurité routière), relancer l'effort de recherche et d'évaluation.

Dans une approche sanitaire, il importe également de proposer un rapprochement entre la communication mise en œuvre pour protéger la santé - notamment celle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) - de celle pour la sécurité routière afin de créer une synergie. Les comportements dangereux sur la route n'ont pas seulement des conséquences matérielles et judiciaires, ils ont des conséquences sur la santé. A ce titre, il est important qu'ils soient perçus comme tels. Par ailleurs, ces comportements étant proches des comportements à risque traités dans les politiques sanitaires (toxicomanies, rapports sexuels non protégés), les connaissances acquises en santé pourraient être utiles à la sécurité routière.

3.2. Caractéristiques des véhicules

Comme on l'a vu plus haut, limiter la vitesse, la puissance et le poids des véhicules est certainement un axe de progrès dont on peut attendre beaucoup. Les connaissances sur ce point sont aujourd'hui bien établies et reconnues par tous les groupes pluridisciplinaires qui se sont penchés sur le problème de la sécurité routière (Livre Blanc de 1988, groupe de travail de la DRAST). Le principe de la sécurité structurelle a été largement utilisé avec succès pour lutter contre les accidents domestiques. Concernant les véhicules, on se heurte à la législation européenne mais plus encore au rapport entretenu avec les voitures ou les motos et au lobby des constructeurs les plus concernés. Le bridage des poids lourds et celui des mobylettes sont passés dans les faits. Il est important qu'on arrive demain à construire des voitures et des motos plus sûres, en préparant l'évolution de la législation, en travaillant avec les constructeurs, en réfléchissant à des mesures incitatives...

L'utilisation des feux de croisement le jour est également une mesure préconisée par le groupe de la DRAST. L'intérêt d'une telle mesure repose sur l'amélioration de la visibilité, de la détectabilité, de la reconnaissance et de l'identification des véhicules qu'elle favorise. Elle a été documentée par l'INRETS à partir d'une méta-analyse portant sur 24 études. Des gains

potentiels ont été estimés, pour l'année 1995, dans une fourchette de 200 à 812 vies.

3.3. Infrastructures

Trois gisements de sécurité ont été identifiés par la DRAST et chiffrés en termes de gains potentiels.

Certaines zones sont le lieu d'un taux et/ou d'une gravité d'accidents supérieurs à la moyenne du réseau. Ces zones, qualifiées de prometteuses, nécessitent d'être analysées de façon approfondie pour être traitées. Dans le cas où toutes les zones d'accumulation d'accidents seraient traitées et en faisant l'hypothèse que les aménagements correctifs diminueraient de 30% les accidents constatés, le gain potentiel a été estimé à 500 vies.

Les chocs contre obstacles fixes constituent un gisement plus important encore, évalué à 700 vies si tous les obstacles fixes ponctuels situés entre 0 et 4 m en interurbain sont traités. Exploiter ce gisement nécessite au préalable d'améliorer l'information sur ce problème et l'acceptabilité de son traitement, de faire respecter la loi en supprimant tous les panneaux illégaux sur les bords des routes et d'appliquer le principe de prévention en légiférant sur la réparation, la modification ou le remplacement d'un obstacle latéral. La loi contre la violence routière aborde le problème, elle doit être complétée par un décret.

Les piétons sont particulièrement vulnérables en cas d'accidents. Les aménagements urbains constituent une voie d'amélioration pour les protéger. Les glissières, l'éclairage public et l'aménagement des traversées sont les mesures de protection apparaissant comme les plus efficaces dans une étude réalisée par l'Association européenne des constructeurs automobiles. Maîtriser la vitesse en ville constitue également une façon de les protéger, plusieurs éléments peuvent y aider suivant le lieu : ralentisseurs, zones 30, augmentation des contrôles.

3.4. Risque routier et travail

Avec 827 décès dus à un accident de la route (257 accidents de mission et 570 accidents du trajet) pour l'année 2001 (statistiques de la CNAMTS), la

route est la première cause d'accidents mortels du travail et à ce titre est coûteuse pour l'entreprise.

Le risque routier a la spécificité d'être à la fois privé et professionnel, et pour toutes les professions pour lesquelles conduire n'est pas l'activité principale, il est souvent considéré comme privé. Des initiatives ont été prises pour que l'acte de conduire soit considéré comme un acte professionnel, que les véhicules de moins de 3,5 tonnes soient considérés comme des outils de travail, et que chaque milieu de travail prévoie la mise en place de plans de prévention du risque routier. Mais la prévention sur le terrain reste peu développée. Le groupe de travail de la DRAST estime que des actions pluriannuelles bien soutenues en milieu de travail permettraient d'éviter de 180 à 360 tués sans compter les effets de contagion sur les trajets privés.

3.5. Prise en charge des blessés

Une fois l'accident arrivé, la seule façon de limiter ses conséquences en termes de santé repose sur l'organisation des secours.

A ce titre, la formation d'une majeure partie de la population aux premiers secours, quel qu'en soit le lieu (à l'école, lors du permis de conduire...) est à promouvoir d'autant plus qu'une telle mesure serait utile à d'autres problèmes de santé publique tels les accidents de la vie courante.

Par ailleurs, comme le souligne l'Académie de Médecine⁵⁶, il y a encore des progrès à faire dans la prise en charge des blessés par les services de secours (répartition des blessés, accès des urgences dans les hôpitaux, interconnexion de l'alerte). Il s'agit là d'améliorations à travailler au niveau des régions à partir de diagnostics locaux.

3.6. Recherche

Certains axes de recherche nous paraissent particulièrement intéressants à développer pour guider la politique de sécurité routière.

⁵⁶ Académie de médecine. La médecine face aux accidents de la route. Rapport, juin 2003

3.6.1 - Appareil statistique de suivi

Comme on l'a vu plus haut, des données manquent pour orienter la politique de prévention des accidents, notamment des données médicales sur les blessures graves au sens médical, sur la prise en charge des blessés et sur leur devenir, et des données sur les caractéristiques techniques des véhicules impliqués dans les accidents. Dans ce cadre il faut noter que l'Assemblée nationale a adopté en première lecture du projet de loi relatif à la politique de santé publique un amendement qui renvoie les conditions d'élaboration des statistiques à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des transports avec la finalité, présentée dans l'exposé des motifs de l'amendement, d'un alignement du comptage des tués sur la base internationale la plus commune, à savoir à trente jours.

3.6.2 - Evaluation

Il paraît important que chaque mesure de sécurité routière fasse l'objet d'une évaluation de processus comme de résultats.

3.6.3 - Populations à risque

Certaines catégories d'usagers, comme les motards, ont fait l'objet de peu de travaux alors qu'ils constituent une population à risque élevé. Ils pourraient vraisemblablement faire l'objet de mesures de prévention spécifiques (formation, communication...)

3.6.4 - Prévention

Le milieu de l'entreprise est un terrain où les actions préventives sont légitimes compte tenu de l'importance du risque. C'est aussi un lieu où l'on manque d'information sur les actions engagées et leurs résultats. Des expérimentations préventives pourraient y être menées et être utiles pour la prévention routière de façon générale.

4. La nécessaire implication du monde de la santé

Le problème des accidents de la route est un problème de santé publique par ses conséquences humaines. Le monde de la santé s'est jusqu'à aujourd'hui relativement peu intéressé à sa prévention. Il est pourtant le

premier à mesurer quotidiennement les effets de cette forme particulière de violence sans être capable de les quantifier précisément. Il se doit de s'impliquer davantage dans son traitement, de la recherche à la mise en œuvre d'actions, et de transmettre les connaissances accumulées en prévention des accidents du travail et des accidents domestiques. D'ores et déjà, il peut souligner, comme l'a fait récemment le rapport de la DRAST, qu'une des voies de progrès essentielles pour limiter les morts et les blessés sur la route est l'adaptation des véhicules aux déplacements en toute sécurité, notamment en termes de vitesse maximale, de puissance et de poids. On peut reprendre à ce titre les termes du HCSP en 1994 : « *Il est illusoire de vouloir assurer la sécurité en agissant uniquement sur les comportements par une dissuasion fondée sur la police et la justice (aussi utile soit-elle). Il faut intégrer la sécurité à tous les niveaux, en privilégiant es effets automatiques et en réduisant les actions sur les comportements humains aux domaines qui ne peuvent être abordés autrement.* »⁵⁷

57 Haut Comité de la santé publique. La santé en France - rapport général. Paris : La Documentation française, 1994

C h a p i t r e 4

Les violences contre les personnes âgées

Les représentations sociales du vieillissement oscillent en permanence entre le positif et le négatif : soit on loue l'expérience et la sagesse du vieillard, sa transmission de traditions et de patrimoine, de mémoire et aussi de valeurs, soit on stigmatise l'image du "vieux" dégradé physiquement ou psychiquement, qui inquiète et coûte à sa famille. Cette image a été accentuée par les lois sociales de 1905 instituant l'assistance obligatoire aux personnes âgées. La notion de retraite signifie alors l'incapacité à travailler et l'image médicale du vieux, surtout caractérisée par ses dépendances, vient renforcer cette dévalorisation de la vieillesse. Le vieux est celui qui ne peut plus rien faire. La vieillesse est vécue comme une décrépitude.

Les politiques sociales alternent entre ces deux représentations. Le rapport Laroque de 1960 met l'accent sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Le maintien à domicile est privilégié dans les rapports Questiaux de 1970 et Lion de 1981. Mais au fil des années, la vision de la vieillesse se réduit à celle de la dépendance et à l'organisation de sa prise en « charge », dont témoigne la création de la Prestation Spécifique à la Dépendance (PSD).

En 1999, le rapport Guinchard-Künstler apporte une vision plus constructive en associant le problème du financement des retraites, celui de l'aide aux personnes en perte d'autonomie avec celui de la place des gens âgés dans la société. La création de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) permet un meilleur soutien à domicile et en institution pour venir en aide aux familles.

Quand on parle de violences contre les personnes âgées, on pense évidemment aux vieillards battus, mais il y a aussi toutes les autres violences, souvent cachées : les placements en institution sans consentement, les vols, les détournements et les abus de confiance, les plans de soins où la personne aidée est objet plutôt que sujet.

On peut dire que la violence contre les personnes âgées est plus « masquée » que toute autre violence, parce que ni les professionnels ni les familles ne sont disposés à accepter cette réalité. Quel que soit le mode d'enquête utilisé, le nombre de cas décelés est sous-évalué car fortement lié aux tabous, à la honte et à la culpabilité.

1. Des violences multiformes

1.1. Les types d'agression

Quel que soit l'âge, on peut être à soi seul l'agresseur et l'agressé. On est alors la cible de sa propre mauvaise humeur et dans ce cas, une violence peut être dirigée contre soi. Au plus fort de cette violence on trouve le repli sur soi, la dépression ou la mélancolie avec son risque de suicide. On peut aussi être violent indirectement, en donnant à l'autre « des outils pour se faire battre ». La violence nous est alors renvoyée par l'autre, à cause de notre comportement insupportable.

Dans notre culture la vieillesse n'a pas bonne presse. Être vieux c'est avoir perdu beaucoup de qualités, c'est souvent être dépendant. Ce n'est pas une situation enviable. Les vieux la redoutent, les enfants en portent souvent la charge, les soignants choisissent rarement de travailler en gérontologie quand ils ont d'autres choix. La plupart des violences faites aux vieux se nourrissent de ce sentiment d'infériorité.

La violence faite aux vieux dépendants est parfois invisible, elle peut n'entraîner aucun sentiment de culpabilité tant les vieux sont vécus comme des êtres différents. Par exemple, parce que le maintien à domicile devient parfois impossible, on construit pour eux des maisons de 40, 90 voire 200 ou 400 places. Alors qu'avec l'âge les différences s'accroissent, il devient difficile dans de telles structures de laisser s'exprimer la personnalité de chacun. L'uniformisation peut aller très loin. C'est ainsi que dans certaines maisons on met systématiquement des couches à tous les résidents, les heures de lever, de coucher, de repas sont les mêmes pour tous. La gestion de l'institution passe ainsi avant l'aide individualisée.

Les violences que l'on subit de la part des personnes âgées dépendantes, les violences qu'on leur fait subir, placements sans préparation, non-dits, rythmes de vie en institution, sont souvent la preuve d'une absence de communication. Quand on n'a aucune prise sur les choses, on se venge

sur l'autre. La violence est d'autant plus possible que le sujet agressé est dans une situation de dépendance. Un gériatre disait : « le tonnerre n'a rien contre le paratonnerre, la foudre tombe sur lui parce qu'il est là. » Souvent le premier soignant qui se présente recueille sans comprendre une agressivité inexplicable par des mots.

1.2. Les violences faites aux soignants et aux familles entraînant des maltraitances

Le vieux n'est pas toujours le seul concerné par des manifestations de violence ou d'agressivité. Il y a les soignants à qui l'on confie des tâches d'aide et de soins sans une formation suffisante, ou sans réunions de travail qui donnent du sens à ce que l'on fait. Ils doivent réagir avec leur bonne volonté et leur propre caractère à des situations dont ils ne possèdent pas les clés de décryptage. Trop souvent aussi l'accumulation de tâches répétitives entraîne un sentiment d'injustice génératrice d'agressivité.

On pourrait dire la même chose pour les familles. Lorsque l'un des parents devient dépendant, les relations s'inversent dans la famille. On a du mal à démêler ce qui est nécessaire ou superflu, ce qui appartient à de l'histoire ancienne ou ce qui a changé. La culpabilité de ne pas pouvoir tout faire, la crainte d'avoir à supporter les charges physiques, financières, affectives de cette dépendance nécessiterait, comme pour les soignants, de la formation, des paroles et du temps qui sont souvent absents. L'agressivité, la violence sont alors des réponses instinctives à des situations mal comprises.

2. Reconnaître les maltraitances

Néologisme, le terme de maltraitance est apparu en 1987 dans un article du journal Le Point : «chez les personnes âgées, les deux tiers des maltraitances ont lieu à domicile et sont d'abord perpétrées par leurs enfants puis leur conjoint. Les abus financiers émanent couramment des intervenants à domicile. Environ 30% des maltraitances sont commises dans les établissements d'hébergement par les personnels soignants en situation d'épuisement psychique, manquant de formation et au statut dévalorisé. »⁵⁸

58 Elyane Caubet, cadre socio-éducatif dans le journal Le Point, 1987.

Jusque dans les années 1980, seuls quelques articles abordaient ce sujet en France. Ce problème était déjà très pris en compte en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, au Canada, en Suède et en Norvège.

En 1987 le conseil de l'Europe se penche sur « la violence contre les personnes âgées au sein de la famille ».

En 1990, le Professeur Robert Hugonot publie un livre « Violence contre les vieux »⁵⁹.

En 1995 est créée l'association ALMA (Allô Maltraitance des personnes âgées) avec l'appui de la Fondation de France et de la Caisse Nationale de Prévoyance.

En 1998, le Pr Hugonot publie un nouvel ouvrage « La vieillesse maltraitée »⁶⁰ avec des conseils pratiques pour les familles, les soignants et les institutions pour apprendre à repérer et à lutter contre les maltraitances.

En fin d'année 2001, le réseau ALMA compte 26 centres d'écoute en France.

Le 19 novembre 2002, le secrétariat d'État aux personnes âgées crée un Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.

Différentes études montrent que 5% des personnes de plus de 65 ans et 15% des plus de 75 ans sont victimes de maltraitances.

En règle générale, il faut avoir présent à l'esprit que toute personne, quel que soit son âge, peut subir des contraintes physiques, psychologiques, matérielles ou morales, de la part d'une personne de son entourage. Il peut s'agir de négligence, ou d'abus.

La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté d'une personne, ou compromet gravement le développement de la personnalité, ou nuit à sa sécurité financière. La violence est donc caractérisée par le geste et par le manque.

59 Hugonot R. Violence contre les vieux. Ed. Erès, 1990

60 Hugonot R. La Vieillesse maltraitée. Ed. Dunod, 1998

Pour les personnes âgées la violence par le manque est majoritaire, elle est donc souvent plus difficile à repérer car elle n'est pas toujours perçue par la personne qui en est victime.

On peut distinguer sept grands types de maltraitance envers les personnes âgées :

- Les négligences physiques, manque de soins ou de surveillance,
- Les abus physiques, actes à l'origine de douleurs, blessures ou déficiences,
- Les négligences psychologiques, défaut d'assistance, abandon conduisant au suicide,
- Les sévices psychologiques, menaces, infantilisation, exclusion,
- Les négligences matérielles, par non-utilisation des ressources du sujet,
- Les abus matériels ou l'exploitation financière,
- La violation des droits, lors de prises de décision à son insu.

La maltraitance envers les personnes âgées est difficile à chiffrer et à apprécier en raison du niveau de dépendance des personnes concernées et de leur difficulté à s'exprimer. L'environnement familial est souvent peu transparent et la personne âgée peut craindre de perdre, par ses plaintes, son seul lien avec le monde extérieur.

En France, entre 1995 et 2000, les 23 centres d'écoute d'ALMA avaient reçu 16 383 appels de maltraitance. Mais ALMA ne couvre pas encore tout le territoire. Près de 67% des cas de maltraitance ont eu lieu à domicile, 29% en établissement. Mais il faut rappeler que 73% des plus de 85 ans vivent à domicile.

Les formes de maltraitance les plus fréquentes sont dans l'ordre, physiques, psychologiques et financières. Les maltraitements médicaux ou médicamenteux sont en augmentation. Certaines formes de maltraitance sont souvent oubliées, ce sont les détournements de vote, les procurations abusives lors des votes en période électorale, l'enfermement, les restrictions de visite, le refus du maintien à domicile, les chantages financiers de la part des enfants ou petits-enfants surtout quand la

personne est aisée, mais aussi de la part des amis, des gardiens qui assurent une vigilance et espèrent être légataires en cas d'absence de famille.

L'environnement, commerçants, banquiers, notaires peuvent aussi être concernés, par des malversations ou des conseils non conformes aux intérêts de la personne. Les tuteurs familiaux ou privés peuvent faire accepter des contraintes défavorables en raison de l'altération des facultés de la personne.

L'environnement médico-social, les intervenants à domicile n'ont pas toujours un champ d'intervention bien défini, leur formation peut être insuffisante et leur coordination défailante. Le médecin généraliste peut être maltraitant par insuffisance de soins, déni de souffrance ou utilisation abusive de médication sédatrice. L'infirmière, le kinésithérapeute, le pédicure peuvent être maltraitants en n'exécutant pas les soins prescrits ou en étant au contraire sur-protecteurs et infantilisans ; les services sociaux en ne donnant pas suite à un signalement.

Dans les cas les plus graves, la maltraitance de ces intervenants peut consister en négligence, agressivité, chantage, spoliation, manque de discrétion, détournement d'argent, voire vols. Ces événements sont souvent mal vécus par les associations d'aide.

En établissement, on peut constater des refus de soins ou des acharnements thérapeutiques, en particulier auprès de personnes désorientées. Le prétexte de l'âge est parfois invoqué pour refuser un traitement. L'absence de soin est expliquée en mettant sur le compte de l'âge toute infirmité pourtant liée à une maladie.

Dans de nombreuses régions, on manque de lits spécialisés pour des soins de longue durée, on manque aussi du personnel qualifié en gérontologie. Dans les services d'urgence, l'accueil mal organisé des personnes âgées fragiles génère des aggravations rapides de leur état de santé.

Un établissement peut devenir maltraitant par incompetence, insuffisance de personnel ou non-respect de la liberté de toute personne de choisir son mode de vie.

Enfin des états d'agressivité peuvent exister entre résidents, avec harcèlement, larcins, non pris en compte par un personnel inattentif.

2.1. La mélancolie

L'état dépressif le plus redouté est celui qui est à l'origine de nombreux suicides de vieillards. En fait, il ne s'agit pas alors d'une dépression, mais d'une tout autre maladie, dans laquelle la personne se sent non seulement à l'écart des autres, fatiguée et incapable d'assumer sa vie, mais de surcroît indigne de vivre.

Dans une dépression simple, il n'est pas habituel d'entendre la personne se plaindre d'être une charge trop lourde pour les autres, de leur gâcher la vie et d'être la seule cause de toutes les difficultés de la famille. Ce sentiment d'indignité est la marque de la mélancolie, maladie psychiatrique plus grave, qui relève de l'urgence.

Le suicide des personnes âgées est en général sous-évalué et banalisé par rapport à celui des jeunes. La France est le pays, après l'Autriche, qui a le taux de suicide le plus élevé pour les plus de 65 ans et cela dans la plus grande indifférence. Le nombre de suicides, 3 000 cas sur 11 000 suicides en 1998, est presque équivalent à celui des tentatives, alors qu'à 20 ans on compte 22 tentatives pour un suicide. L'environnement de la personne âgée accueille souvent cet acte avec fatalisme, considérant que la personne n'a plus rien à attendre de la vie sinon des douleurs et des handicaps.

En réalité, le suicide des vieux n'est pas l'expression d'un choix lucide. Il est plus en lien avec un abandon, une mise à l'écart, un enfermement dans de la souffrance physique et psychologique. Le vieillissement est perçu et ressenti comme déchéance, la personne âgée finit par se culpabiliser d'être vieille, surtout si elle est malade. Cet état dépressif est souvent mal reconnu par l'entourage comme si un tel état faisait partie du vieillissement.

Mme M. avait 90 ans. Elle était active, courageuse et ne supportait pas de devenir de plus en plus dépendante de son entourage. Sa vision était très mauvaise, un jour, elle est devenue totalement aveugle. Au retour d'une courte hospitalisation où cette cécité lui a été confirmée comme définitive, elle a dit à sa fille qu'elle n'acceptait pas d'être une charge pour elle. Le lendemain matin, elle s'est jetée par la fenêtre de sa chambre du 4^{ème} étage.

Les associations S.O.S. Suicide ou S.O.S. Solitude reçoivent peu d'appels de gens âgés. A partir de 70 ans, personne ne manifeste son désir de suicide. Il est vrai qu'à cet âge, les personnes âgées sont soit isolées, soit handicapées dans leurs déplacements et ne peuvent ou ne savent plus communiquer leur

détresse psychologique. Souvent, elles vivent en institution où la liberté d'aller et de venir est réduite : comment lancer un appel lorsqu'on est en milieu clos ?

2.2. Les témoins des maltraitances

L'association ALMA a constaté que très peu de signalements sont effectués par les médecins. Sur 10 000 dossiers traités ces dernières années, il n'y en a pas 10 qui proviennent du signalement d'un médecin. Ce reproche d'indifférence adressé aux médecins concerne toutes les maltraitances, qu'elles visent les enfants, les personnes âgées, les handicapés mentaux ou les femmes victimes de violences conjugales. Certains d'entre eux se retrouvent pourtant accusés pour avoir voulu aider l'une de ces victimes sans respecter les formes légales prévues. Entre le devoir de porter secours et le respect de la confidentialité, la voie est étroite.

La démarche du signalement est à manier avec prudence, mais il ne faut pas y renoncer. Il ne faut jamais rester isolé dans ces situations mais se faire aider par d'autres professionnels compétents. S'il y a urgence, la personne maltraitée doit être hospitalisée. Le médecin devra expliquer que la personne est en danger. Il doit faire la description des lésions constatées, sans porter de conclusions sur leurs origines, ni citer de nom. L'important, alors, est de séparer les protagonistes pour laisser aux liens une chance de se retisser ultérieurement. Le rôle du médecin, et cela est vrai pour tout autre témoin de maltraitance, n'est pas de juger ou de condamner, mais d'aider les protagonistes à prendre conscience de la situation.

2.3. La difficile ingérence dans les familles

Les intervenants à domicile sont souvent tentés de faire alliance avec les familles, plutôt qu'avec la personne âgée, par facilité. Cela aggrave la déresponsabilisation de la personne vis-à-vis de sa santé, comme si elle n'était pas majeure et n'avait pas de statut de sujet. Par ailleurs il y a toujours le risque, pour le médecin et les autres intervenants, d'être remplacés par les familles qui conservent le libre choix du marché et du praticien.

2.4. En établissement

Les témoins sont, soit internes à l'établissement, soit extérieurs : familles et visiteurs. Les signalements sont faits à l'assistante sociale ou au directeur. Parfois le personnel n'ose pas signaler l'attitude d'un collègue. Les intervenants médicaux et paramédicaux craignent d'être remplacés. Quelquefois la famille n'ose pas signaler la maltraitance, culpabilisée d'avoir « abandonné » son parent et craignant de ne pas pouvoir trouver un autre lieu d'accueil.

Les services gestionnaires (services extérieurs de l'État, conseils généraux, caisses régionales d'assurance maladie) ne sont informés qu'indirectement. Ils doivent pouvoir s'assurer du concours des témoins directs qui dès lors risquent d'être considérés comme des « gêneurs », alors que la société devrait les encourager à lutter contre un silence coupable, pour diligenter des enquêtes de maltraitements physiques ou financières. Par ailleurs, les cas de dénonciation de fausse maltraitance ne sont pas rares par des personnes poursuivant d'autres fins. Cela peut entraîner une moindre attention de la part des pouvoirs publics.

Les services judiciaires ont des appréciations diverses. Les parquets peuvent manifester une méconnaissance de la maltraitance des personnes âgées. Les juges des tutelles réagissent différemment selon leur charge de travail. Les tuteurs ou gérants de tutelle ont souvent un nombre important de dossiers à gérer et ne détectent pas certaines situations à risque. Les tuteurs familiaux manquent parfois d'informations ou sont impliqués dans un jeu de relations familiales conflictuelles.

3. Comment protéger et prévenir ?

« La bienveillance : rempart contre la maltraitance ? La langue française⁶¹ a hésité par rapport à l'étymologie de bienveillance issue de veiller et celle de bienveillance provenant du bon vouloir qui met l'acteur en position de choisir l'option qui lui est la plus agréable quel que soit son contenu bon ou mauvais au sens des autres. L'individu qui agit contre le gré de l'autre le soumet à son autorité. Par exemple, l'autorité parentale dispose d'une latitude relative pour s'affirmer à l'encontre des enfants mineurs. Une autorité identique s'appliquant à des individus adultes suscite outrage,

61 Le Littré

préjudice et perte. Propre à chaque acteur, la bienveillance préfigure au choix d'attitude adopté de part et d'autre dans une relation. Interactives, les attitudes relationnelles sont aussi réactionnelles et la bienveillance ou son manque est susceptible d'être rétroactive au même titre que les autres. La bienveillance est manifestement liée et opposée au mauvais traitement infligé ou subi. Lorsqu'elle est liée au mauvais traitement, son absence en est le vecteur dès lors que la veille du bon vouloir fait défaut. A l'inverse, lorsqu'elle s'oppose au mauvais traitement, elle garantit la prise en compte de la volonté de l'autre. »⁶²

Quel que soit le degré de civilisation d'un peuple, la « bienveillance » des personnes âgées ne va pas de soi. Le faible est toujours en danger.

Le réseau Alma a mis en place en Essonne un programme de détection, de prise en charge et de prévention. Un partenariat est instauré avec le Conseil Général, la CNAVTS, la CRAMIF, la CPAM, les maires du secteur, l'AG2R, la FASSAD, le procureur de la république, la chambre des notaires etc... Il existe une cellule de recueil des signalements qui assure un traitement et un suivi adapté des plaintes, associant tous les acteurs médico-sociaux en charge de personnes âgées.

De nouveaux services et de nouveaux emplois sont en création en gérontologie pour apporter de nouvelles compétences auprès des gens âgés, faciliter l'évolution des métiers en gérontologie, aider les gens de terrain à recruter des gens compétents. Une dynamique de bienveillance est dépendante de l'organisation du travail. Elle doit être adaptée à chaque établissement et s'appuyer sur des intervenants extérieurs d'accompagnement.

La participation de psychologues à des réunions régulières d'aidants permet aux personnels d'établissement ou de domicile de comprendre autrement des situations quotidiennes souvent difficiles à percevoir isolément. Des groupes de parole de familles sont aussi une aide précieuse pour montrer à des gens culpabilisés par leur comportement envers leurs parents que leur situation n'est pas unique.

62 Caubet E. Veiller à garantir le bon vouloir. Gérontologie, 127, 2003-3

Dans la pratique, il devient urgent d'étendre les services téléphoniques, d'organiser le suivi et la gestion des situations de maltraitance et de sensibiliser tous les professionnels au repérage des maltraitances.

Les politiques menées concernant la prévention de la maltraitance sont anormalement peu développées auprès du public. Il n'y a pas une réponse unique, et on ne peut pas compter sur les seuls professionnels, experts répressifs ou soignants :

- parce que la maltraitance est un fait social d'ampleur, l'efficacité des traitements est directement proportionnelle à la capacité qu'aura l'ensemble de la société, et non seulement les spécialistes, à faire face. En réservant l'information aux seuls spécialistes, un niveau de connaissance fragmenté est maintenu ;
- l'ignorance des familles, des médecins généralistes, des acteurs sociaux sur les situations de maltraitance, est d'autant plus gênante pour mener une politique publique que les données ne sont pas constantes et évoluent très vite. La mise en circulation régulière de nouveaux signalements implique une mise à jour permanente des informations ;
- sans une production repensée du savoir et une large diffusion des connaissances validées, le risque est grand d'avoir toujours plusieurs trains de retard. Ces retards ont des conséquences très directes, parfois catastrophiques, sur la santé des gens âgés et de leur famille.

La connaissance est aujourd'hui une ressource qui permet de diffuser une culture de la responsabilité à tous les étages de la société, alors que la population demeure aujourd'hui trop souvent sous l'empire de sentiments très contradictoires : l'angoisse qui rend aveugle, la non-hiérarchisation des dangers qui conduit une partie des aidants à juger non crédibles les discours officiels, la démission des adultes qui renvoient aux seuls experts, alors que beaucoup pourrait être fait en amont.

Aider les personnes victimes de maltraitance passe aussi par l'aide aux adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit la famille ou les différents intervenants médicaux et sociaux.

Violences et maltraitances sont des problèmes de santé publique. Nous sommes dans notre pays aux balbutiements de cette nouvelle exigence et de cette responsabilité encore fragile.

C h a p i t r e 5

Les violences dans les lieux de travail et de soins

1. Santé et violences dans les lieux de travail

La violence au travail est un phénomène ancien. Si le travail participe à la réalisation, l'accomplissement de l'individu, il évoque aussi la pénibilité, la souffrance physique, et encore l'angoisse : angoisse de ne pas réussir, angoisse vis-à-vis de processus de décisions, d'encadrement qui souvent, demeurent opaques.

Le travail n'a de sens en effet que dans une relation entre individus situés dans une communauté centrée sur des objectifs de production de biens et services. Mais il se réfère également aux relations imposées par un système hiérarchique fondé sur la distinction entre plusieurs fonctions générant des phénomènes de domination.

La violence au travail revêt un caractère particulier dans la mesure où elle se développe dans un contexte de contraintes économiques et institutionnelles. Dans son rapport annuel de 1998, le Bureau international du travail (BIT) caractérisait le travail comme un « phénomène structurel, ancré dans un contexte social, économique et culturel » et non comme un problème individuel et marginal.

La présentation que nous proposons ici tente de situer ces souffrances dans le contexte de l'évolution des rapports professionnels (rapports entre individus, rapports entre salariés et entreprise) observés depuis le milieu des années 80.

1.1. De nouvelles données

L'appréciation de ces conditions peut être diverse. D'aucuns peuvent penser que les phénomènes présentés relèvent fondamentalement d'une problématique ancienne autour d'antagonismes entre acteurs ayant des intérêts opposés.

Cependant, de nombreuses recherches et études développées récemment, fondées sur des enquêtes permettant d'analyser l'impact de l'entreprise, de son organisation, sur la souffrance au travail, permettent d'explicitier les nouvelles données du monde du travail générées par l'évolution qualitative des impératifs économiques.

La pression de ces impératifs économiques et la recherche d'une compétitivité toujours plus forte ont entraîné une fragilisation des contrats de travail (contrats à durée déterminée, temps partiel non choisi, chômage technique...) et se sont traduits par une évolution qualitative des conditions de travail. La dépossesion du travail, la responsabilisation des individus dans des conditions sur lesquelles ils n'ont pas d'influence, le transfert des tensions organisationnelles sur les salariés, l'opacité de la représentation des objectifs, l'individualisation des performances, en sont les manifestations de plus en plus fréquentes et prégnantes.

Le salarié se situe dans un isolement de plus en plus traumatisant et perd ainsi le sens de son travail.

Les difficultés d'adaptation au milieu professionnel générées par les nouvelles conditions de travail sont évidemment ressenties de façons différenciées. Elles peuvent aller jusqu'à la marginalisation des catégories les moins qualifiées qui se retrouvent en situation de vulnérabilité croissante vis-à-vis des éventuels plans de restructuration. Serge Volkoff, statisticien à la DARES, et Philippe Davezies, enseignant chercheur en médecine du travail, font valoir que « la prévention de la marginalisation mériterait autant d'attention que celle menée en matière de conditions de travail. D'autant plus que les processus de marginalisation et ceux de dégradation de la santé sont fortement liés et se renforcent mutuellement »⁶³.

De façon générale, ces évolutions conduisent à dépasser la prise en charge individuelle du traumatisme subi pour impliquer l'organisation générale du travail et ses conséquences (P. Falzon, CNAM⁶⁴). Ceci est d'autant plus indispensable que la victime d'un traumatisme lié au travail

63 Volkoff S, Davezies P, *in* Revue Santé au Travail, 41, octobre 2002

64 Falzon P, *in* Revue de psychologie française, 1998

hésite de plus en plus à faire reconnaître une maladie comme professionnelle par crainte d'un reclassement ou d'un licenciement.

1.2. Des évolutions qui demeurent très fortes

L'enquête Conditions de travail de la Dares⁶⁵ indique une progression très sensible, depuis une vingtaine d'années, des risques professionnels et des principales pénibilités et nuisances dans les différents secteurs d'activité, particulièrement dans la branche de la construction. De mars 1997 à mars 1998, on recensait 1 650 000 accidents dont 911 500 suivis d'un arrêt de travail.

Selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), les maladies professionnelles reconnues - et largement sous-estimées - ont triplé en huit ans, atteignant 124 000 cas en 1999⁶⁶.

3,4 millions de salariés sont exposés à des contraintes ostéo-musculaires, 9 000 souffrent de troubles musculo-squelettiques, pathologie la plus fréquente.

La progression de ces troubles a été de 20% par an entre 1998 et 2001. Ils représentent 70% des maladies professionnelles reconnues.

1482 cas de maladies professionnelles sont dus à l'amiante, 1206 aux manutentions et vibrations.

Il ressort de résultats d'enquêtes menées dans l'Union européenne de 1990 à 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Fondation Dublin)⁶⁷ que « l'accroissement du nombre de problèmes de santé dans les entreprises européennes se poursuit. Aucune amélioration des risques liés à l'environnement physique du travail – bruit, température trop froide ou trop élevée, vibration, port de charges lourdes, adoption de postures douloureuses – n'a été constatée »

65 Ministère de l'emploi. Enquête conditions de travail, Dares 1998

66 Dans un rapport de juin 2001, la Cour des Comptes remarquait : « La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles constitue une réalité. Les difficultés de la reconnaissance des maladies professionnelles constituent une autre limite importante de la couverture du risque ».

67 Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Dix ans de conditions de travail, Bruxelles 2001

En 2000, une autre étude financée par l'Union européenne indiquait une surmortalité dans les professions manuelles plus importante en France que dans les autres pays européens.

Dans l'ensemble de l'Union européenne, 56% des salariés estiment avoir un rythme de travail trop élevé, contre 47% en 1990. En France, 43% déclarent être soumis à des normes de production ou de délais excessifs, contre 19% en 1984.

Cette intensification du travail se traduit par l'abandon de certaines règles de sécurité, une aggravation des accidents, et s'accompagne de la survenance de pathologies physiques ou mentales. De plus, certaines dispositions visant à assouplir l'offre de travail se sont traduites par une plus grande irrégularité des horaires, un manque de temps pour effectuer les tâches. Enfin, l'application de la législation récente sur la réduction du temps de travail a souvent eu comme effet pervers d'accentuer la productivité, l'imperfection de sa mise en œuvre n'ayant pas entraîné les embauches attendues.

La charge mentale à laquelle participe particulièrement le harcèlement moral est devenue un nouveau thème d'investigation exprimé par une demande sociale de plus en plus forte. Elle peut se rencontrer non seulement dans le cadre des rapports hiérarchiques mais aussi dans les rapports entre collègues.

Ses conséquences sur la santé mentale (dépression, mal-vivre) ont été stigmatisées par les psychiatres et psychologues. La question se pose de déterminer à quel moment commence le harcèlement moral, comment il est possible de le faire cesser, quelles sont les responsabilités.

D'après la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, le stress professionnel augmente de façon continue en fonction de la durée hebdomadaire du travail.

Une enquête de la Sofres effectuée en 1999 pour la Confédération générale des cadres (CGC) fait apparaître que 45% des cadres se déclarent en situation de tension nerveuse, 68% manquent de temps pour effectuer leurs tâches, 89% ressentent de plus en plus de stress. Une autre enquête commanditée par les médecins du travail de la région Centre sur les employés de «grandes surfaces» conclut à «une dégradation depuis dix

ans des conditions de travail. Les rythmes et les contraintes augmentent, on n'arrête pas de voir des employés qui connaissent une souffrance au travail très forte». 74% des médecins du travail de cette région déclarent avoir été confrontés à la question du suicide. 46% des salariés qui émettent des idées suicidaires disent que leurs problèmes ont un lien avec leur travail. Sur cinq ans, ces médecins ont dénombré 34 suicides : 18% concernaient les cadres, 27% des employés et 54% des ouvriers⁶⁸.

Par ailleurs, les troubles de désadaptation se traduisent par des dysfonctionnements digestifs, de l'hypertension, des troubles cardiaques.

La charge pour l'assurance maladie est de plus en plus importante. L'enquête Sofres citée plus haut fait observer que 18% des cadres ont été mis en arrêt de travail par leur médecin en 2002 pour raison de stress. Se plaçant sur un plan économique plus général, le Bureau international du travail (BIT) évalue entre 5 et 10% du PIB le coût du stress dans un pays développé. Les Etats-Unis ont estimé à 200 milliards de dollars par an le coût social du stress, à 4 milliards celui de la violence au travail. Harcèlement et stress génèrent démotivation, absentéisme, baisse de productivité, maladies mentales voire suicides (en Suède, le harcèlement serait à l'origine de 10 à 15% des suicides).

Cependant les moyens de le combattre sont peu connus même si le harcèlement a fait récemment l'objet d'une législation. Une tendance à sa reconnaissance comme risque professionnel commence à se développer.

Certains chercheurs mettent l'accent sur la nécessité de définir le concept de harcèlement, de le situer dans un cadre d'analyse approprié sur la base d'une recherche de causalité.

Christophe Dejourn, professeur de psychologie du travail au Centre national des arts et métiers, et François Hubault, professeur d'ergonomie à l'Université de Paris I, considèrent que le harcèlement au travail est né «d'une transformation en profondeur de l'organisation et des conditions de travail» et se fonde sur «l'affaiblissement des collectifs, la déstructuration des solidarités et des groupes d'appartenance sous l'effet de nouvelles

68 In Les risques du métier. Prévention et conditions de travail, Point du jour, 2000

organisations du travail qui tendent à placer les salariés en position «d'électrons libres»⁶⁹.

Gwenaëlle Poilpot-Rocaboy fait valoir l'influence déterminante de la gestion des ressources humaines sur les causes de ce phénomène : «les directeurs des ressources humaines se sentent insuffisamment acteurs»⁷⁰.

1.3. Un problème de santé publique

1.3.1 - Une réponse médicale qui doit s'intégrer dans une approche multiple

La médecine du travail a un rôle important à jouer dans la prévention et la prise en charge de cette souffrance mais d'autres interventions sont indispensables. On peut regretter à cet égard la dichotomie qui existe entre les missions et la nature de l'intervention de la médecine du travail et celles de la médecine de ville, souvent peu au fait des maladies professionnelles.

Cette prise en charge ne doit d'ailleurs pas se réduire au traitement des pathologies, car la médecine, qu'elle soit du travail ou de ville, ne résoudra pas les problèmes à elle seule.

En effet, l'action sur les déterminants est fondamentale. Elle doit mobiliser d'autres acteurs, susceptibles de développer non seulement une réflexion sur l'organisation et les conditions d'exécution du travail, mais aussi sur les moyens de les faire évoluer. Il semble certes indispensable que la santé au travail et ses relations avec l'environnement professionnel fassent l'objet d'une intégration dans les programmes d'élaboration des priorités de santé publique. La tâche est d'autant plus délicate qu'elle dépasse « l'approche entreprise » pour aborder la dimension socio-économique des phénomènes.

En tout état de cause l'efficacité de toute action demeure problématique tant l'éventualité de conflits d'intérêt entre le sanitaire et l'économique

69 Cité dans l'Avis du Conseil Economique et Social sur le harcèlement moral au travail en date du 11 avril 2001

70 Poilpot-Rocaboy G. Un essai de modélisation : le processus du harcèlement professionnel. Revue française de gestion, 127, 2000/01-02

apparaît évidente (il suffit d'évoquer l'affaire de l'amiante pour illustrer la question).

1.3.2 - Le relais du juridique

Le droit a un rôle important à jouer puisqu'il est le garant de l'organisation du travail et de la qualification des délits. Il doit être le relais du sanitaire dans la recherche d'une protection légale contre les risques. Il doit résoudre l'antagonisme entre santé et économie puisque l'on dépasse ici la relation entre professionnel de santé et victime (colloque singulier) pour atteindre la dimension collective de la représentation des acteurs.

Ainsi, dans un Avis du 11 avril 2001, le Conseil économique et social proposait une série de préconisations pour lutter contre le harcèlement et surtout le prévenir.

Il se référait à l'article 26 de la Charte sociale européenne ratifiée par la France qui stipule : « en vue d'assurer l'exercice effectif du droit de tous les travailleurs à la protection de leur dignité au travail, les parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, à promouvoir la sensibilisation, l'information et la prévention en matière d'actes condamnables ou explicitement hostiles et offensifs de façon répétée contre tout salarié sur le lieu de travail ou en relation avec le travail, et à prendre toute mesure appropriée pour protéger les travailleurs contre de tels comportements».

Dans les principes généraux de prévention, le Conseil préconisait :

- l'obligation pour le chef d'entreprise de mettre en œuvre des mesures de prévention permettant d'éviter les risques, d'évaluer les risques qui ne peuvent être évités, d'adapter le travail à l'homme, de tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- le développement d'une véritable pluridisciplinarité par l'intervention dans l'entreprise de compétences diversifiées : ergonomie, hygiène du travail, psychologie du travail ;
- la sollicitation du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels pour prendre des initiatives en la matière et être ainsi à la source d'une politique nationale de prévention ;

- la sensibilisation des organisations professionnelles d'employeurs et de leurs adhérents ainsi que des personnels d'encadrement (qui peuvent d'ailleurs en être victimes) au phénomène de harcèlement moral.

Le rôle du médecin du travail devrait ressortir amplifié par la transparence que de telles dispositions permettent.

Enfin, le Conseil demandait que l'interdiction et la condamnation du harcèlement moral soient inscrites dans le Code du travail dans les articles suivants :

- L.122-46 : nullité des sanctions ou du licenciement du travailleur victime de harcèlement ;
- L.122-47 : sanction disciplinaire à l'encontre de tout salarié ayant procédé à de tels agissements ;
- L.123-1 : interdiction de prendre en considération le fait qu'une personne a subi ou refusé de subir des agissements de harcèlement moral ou sexuel pour décider notamment en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, ...

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a fait entrer le harcèlement moral dans le Code du travail et le Code pénal (peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement, et jusqu'à 15 000 euros d'amende). En 2003, l'Assemblée nationale votait certaines modifications en matière de partage de la charge de la preuve, «le juge formant (désormais) sa conviction au vu des éléments fournis par les parties».

La France a suivi en la matière les législations de plusieurs pays, tels que l'Allemagne, l'Italie, la Suède, les Etats-Unis, l'Australie, ainsi que les dispositions des directives communautaires de 2002.

1.3.3 - Les initiatives d'entreprises : un dépassement nécessaire

Certaines entreprises ont déjà pris des dispositions. Ainsi une grande entreprise de construction automobile a créé son propre observatoire de santé orienté vers l'analyse du stress.

La question posée consiste à déterminer dans quelle mesure le stress peut être une conséquence de l'organisation du travail, du rythme imposé, de l'ambiance.

La tendance peut cependant être de résoudre le problème à partir de l'entreprise et de sa vision. Dans ces conditions, une attention plus fine au malaise ressenti individuellement peut faire défaut, même dans les pratiques de « coaching » ou d'assistance psychologique.

Par ailleurs, toute action de type « entreprise » peut être pervertie par la recherche d'adaptabilité des individus aux objectifs de production. La question de fond est alors celle de l'organisation de l'entreprise.

L'approche santé publique en ce domaine doit passer par une collaboration multidisciplinaire. En ce sens, il serait indispensable d'envisager une prise en charge en réseau qui mobilise certes les médecins du travail, les psychologues et assistants sociaux d'entreprises mais également des intervenants extérieurs. La souffrance professionnelle accompagne en effet l'individu qui en est affecté hors les murs de l'entreprise.

2. Santé et violences dans les lieux de soins

2.1. Les professionnels de santé face à la violence

Les professionnels de santé sont très souvent confrontés à la violence, que ce soit en exercice libéral ou en établissement. Ces phénomènes doivent être pris en compte car ils interfèrent avec l'exercice des missions de soins et peuvent diminuer sensiblement l'efficacité du système de soins.

En exercice libéral, le sentiment d'insécurité et la dégradation des conditions de l'exercice professionnel poussent certains praticiens à désertier les quartiers qualifiés de « zones urbaines sensibles ». Les usagers de ces quartiers peuvent difficilement bénéficier de visites à domicile, ce qui est particulièrement pénalisant dans l'accessibilité aux soins d'urgence.

Mieux répondre aux difficultés qu'ils rencontrent est un enjeu de santé publique pour les populations de ces quartiers.

Les faits graves restent exceptionnels, mais les actes dont sont victimes les professionnels de santé sont bien plus nombreux que les signalements et le rapport du Docteur Jacques Lebas souligne la nécessité d'apporter des réponses à ce constat⁷¹. Les recommandations sont de divers ordres :

- encourager le signalement pour renforcer les réponses policières et judiciaires, et disposer d'une meilleure information sur ces problèmes ;
- aider les professionnels à développer des comportements de prévention des situations potentiellement violentes, ce qui peut s'acquérir par la formation et l'information sur la conduite à tenir ;
- associer les professions de santé à l'élaboration des contrats locaux de sécurité, qui pourraient être articulés avec des *contrats locaux de santé publique* s'intégrant dans une démarche territoriale de santé ;
- développer les maisons de santé de jour ou de garde permettant le regroupement des professionnels et facilitant la mise en place d'une permanence des soins de proximité ;
- Développer l'information de la population sur le bon usage des gardes et des services d'urgence, en communiquant largement les lieux, les horaires et les fonctions des différents services de santé.

Cependant, il est clair que les solutions proposées pour les services de santé sont essentiellement palliatives, et les solutions à long terme doivent s'inscrire dans une politique territoriale globale.

71 Délégation Interministérielle de la Ville. L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville. Rapport de la mission du Dr Jacques Lebas, août 2002.

L'hôpital a longtemps été épargné par les phénomènes de violences, exception faite de la violence due à certains états pathologiques, mais aujourd'hui diverses formes de violences (incivilité, agressions verbales, non-respect des règles de fonctionnement, dégradations volontaires des biens, agressions physiques, voire homicide), s'inscrivent dans un processus croissant dont l'évolution mérite d'être enrayée.

Il n'existe pas de relevés systématiques des violences pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Cependant, on dispose de données pour certains établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Ainsi, à titre d'exemple, en 2002, sur les 32 établissements de l'AP-HP :

- 132 actes de violences ont été répertoriés (violences légères, coups et blessures volontaires, délits d'ordre sexuel), dont 96 concernaient les personnels, 22 des malades ou visiteurs et 14 des personnels de sécurité ;
- 2 225 vols et 338 atteintes aux biens (dégradations, incendies, vandalisme).

Il convient cependant de préciser que ces chiffres sont contenus grâce à l'action des équipes de sécurité qui, en 2002, sont intervenues 14 689 fois en assistance aux personnels dont 6 240 fois dans les services d'urgences.

Les agressions à l'occasion du travail touchent surtout les aides-soignants et infirmiers (64%), puis les personnels d'accueil (20%). Parallèlement, les accidents du travail avec des malades agités ont représenté en 2002 pour l'AP-HP 561 déclarations et 2 415 jours d'arrêt de travail.

Au-delà des conséquences physiques et psychiques que les professionnels subissent, les institutions hospitalières doivent supporter un coût non négligeable en termes de perte de capital travail et de réparation des dégradations subies.

Les personnels hospitaliers, de par leur statut, sont protégés par leur administration (loi 83-634 du 13 juillet 1983 ; titre 1^{er} - statut général des fonctionnaires - article 11 alinéa 3) et ce principe de protection doit s'appliquer par extension aux autres personnels, médecins ou contractuels de droit public. Par ailleurs, les agents publics bénéficient d'une protection pénale y compris pour les paroles, gestes et menaces.

Cependant, les victimes d'agression ignorent souvent leurs droits et les circuits internes pour obtenir le meilleur accompagnement dans leurs démarches. Aussi faut-il développer l'information et l'accompagnement des personnels victimes dans leurs relations avec des intervenants nombreux (cadre de service, médecin, médecin du travail, direction, sécurité, commissariat, assistante sociale, voire psychologue ou psychiatre...), et pour des actions de nature différente (déclaration d'un accident du travail, dépôt de plainte au commissariat). L'accompagnement psychologique, selon la nature de l'agression, peut aussi être proposé.

En fait, le développement de la prévention des violences est primordial et la circulaire DHOS n°609 du 15 décembre 2000 prévoit une dotation pour financer les projets de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements publics de santé.

Les mesures législatives et réglementaires de protection des personnels

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Les personnels hospitaliers, de par leur statut, sont protégés par leur administration (titre 1^{er} statut général des fonctionnaires article 11 alinéa 3) :

« la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté ».

Ce principe de protection par extension doit s'appliquer aux autres personnels : médecins ou contractuels de droit public.

La protection ne concerne que les faits à l'occasion de l'exercice des fonctions, aussi l'administration, dans le cadre de cette obligation, doit mettre en place le système de protection, d'accompagnement, de dédommagement le plus adéquat pour les victimes.

Par ailleurs, les agents publics bénéficient d'une protection pénale y compris pour les paroles, gestes et menaces.

La loi sur la sécurité intérieure du 18 mars 2003

En son article 20, elle élargit aux professionnels de santé les aggravations de peine à l'encontre des personnes investies d'une mission de service public en cas d'agressions physiques et de violences verbales. Dorénavant, il en coûtera 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € qui pourront être portés à 5 ans et 75 000 € s'il s'agit de menaces de mort ou d'atteinte aux biens, dangereuses pour les personnes.

La circulaire DHOS n°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

Cette circulaire prend sa source dans le protocole d'accord en date du 14 mars 2000.

Il prévoit une dotation pour financer les projets de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les Établissements publics de santé.

Cet appel à l'élaboration de projets locaux dans les établissements hospitaliers est réalisé à partir d'un diagnostic établi en lien avec le C.H.S.C.T. et la médecine du travail, tout en s'inscrivant dans les orientations locales de la politique de la ville.

Soumis pour avis au CHSCT et aux instances de l'établissement, les projets ont été instruits par les ARH qui ont réparti les crédits alloués. C'est ainsi que 150 000 € ont été distribués.

2.2. Violence et champ social

Le Conseil supérieur du travail social a mené une réflexion sur la problématique de la violence à la demande de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité⁷³

Si cette réflexion a mis en évidence que la violence relève de causalités plurielles dont les manifestations peuvent être tout à la fois causes et conséquences, les membres du Conseil supérieur du travail social suggèrent que la médiation pourrait limiter la judiciarisation de la vie privée en facilitant la gestion des conflits par les tiers.

Les préconisations du rapport s'organisent autour de cinq axes :

- la question du lien social avec l'obligation de considérer la complexité, la nécessité de dépasser les peurs et le silence en faisant surgir la parole, en éduquant à la citoyenneté et en promouvant l'information et le droit pour tous,
- le développement de la prévention en formant les professionnels à un comportement adapté, en fondant la responsabilité des établissements et services sur un projet de service, en organisant l'accueil et les locaux, en mettant en place un système de diagnostic de la violence et en faisant connaître les réponses du droit face à la violence,
- l'aide aux victimes de violences par le soutien de l'équipe et de l'institution, par l'aide à la réparation, par l'amélioration de la communication interne et externe,
- le développement des partenariats aux niveaux national et européen (coordination des politiques des différents ministères, création d'un observatoire des violences), des collectivités locales et à l'intérieur des institutions,
- la proposition d'un guide méthodologique à destination des professionnels du social et l'organisation d'une journée nationale sur la violence.

72 Conseil supérieur du travail social. Violence et champ social. Collection Rapports du CSTS, Éditions de l'École nationale de la santé publique (ENSP), 2002

C h a p i t r e 6

Le suicide

Le suicide, violence ultime retournée contre sa propre personne, est un phénomène complexe, résonnant en chacun de nous différemment, selon notre expérience passée, celle de notre entourage, notre appréhension de la vie, notre histoire familiale...

Quels sont les individus qui n'ont jamais été confrontés à ce phénomène ? De la simple pensée suicidaire, intime et dérangeante, au dramatique suicide de cet autre, qui est "passé à l'acte", peu d'individus sont préservés de cette violence.

1. La prévention du suicide : priorités nationale et régionales de santé publique.

On peut estimer qu'en France, chaque année, 12 000 personnes décèdent en se donnant la mort et que 160 000 personnes font une tentative de suicide. Le suicide, deuxième cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 34 ans en 1999, croît progressivement avec l'âge et induit davantage de décès chez les hommes que les femmes.

Ainsi, face à ces données alarmantes et à la suite de la mise en place de nombreux Programmes régionaux de santé sur ce thème, le ministère de la Santé a choisi, en 1998, de qualifier la lutte contre le suicide de *priorité nationale de santé publique* et d'adopter en septembre 2000, la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005).

Une des personnes auditionnées pour ce rapport nous a proposé de faire une comparaison riche de sens. En 1999, environ 8 000 décès sur les routes et 10 000 décès par suicide sont dénombrés. Le premier constat que l'on peut faire est que ces chiffres sont relativement proches. Cependant, la perception de ces causes de décès est différente au sein de la société .

La lutte contre l'insécurité routière, requalifiée de lutte contre la violence routière, est devenue un des trois chantiers présidentiels depuis le 14 juillet 2002. Elle mobilise plusieurs ministères par le biais du Comité interministériel de sécurité routière, fait l'objet d'une loi⁷⁴ et requiert des moyens conséquents (financiers et humains). La violence routière est traitée en tant que priorité au niveau national et en interministériel, puis de façon descendante, elle sera déclinée au niveau régional.

A contrario, la prévention du suicide est un des thèmes qui a bénéficié de l'"*effet PRS*" (Programme régional de santé). En effet, dès 1995, pas moins de seize régions ont érigé ce thème en priorité régionale et la prévention du suicide était une des dix priorités arrêtées par la Conférence nationale de santé de 1996. Suite à ce constat régional, et de façon ascendante, le niveau national s'est organisé et le ministère de la Santé a mis en place en 2000 une stratégie nationale d'actions face au suicide. Aujourd'hui, les consultations régionales, dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, font état de douze PRS ou actions mis en place dans ce cadre (sept dans le cadre des accidents de la circulation).

Ainsi, le parallèle entre la violence routière, collective et visible au niveau national (notamment par le biais des médias), et le suicide, plus individuel, plus intime et plus difficilement visible montre que, pour une mortalité équivalente, la perception et ensuite le traitement et les réponses apportées sont différentes.

Certes les déterminants de ces deux thèmes de santé ne sont pas totalement comparables et les moyens consacrés à ces deux causes de décès sont très disparates, néanmoins, il serait utile de prendre en compte globalement ces violences. D'autant plus que, en termes de mortalité prématurée, ces deux causes de décès touchent une population similaire, celle des jeunes hommes.

Dans ce chapitre, nous aborderons le cas des comportements suicidaires (idées suicidaires, crise suicidaire, tentative de suicide et suicide abouti) ainsi que certains comportements à risque suicidaire tels que les toxicomanies (avec la consommation d'alcool excessive et la consommation de drogues illicites) ou la conduite routière à risque, entendus ici comme atteinte ou violence portée à l'encontre de soi-même.

73 Loi n° 2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière.

Dans cette partie, la dimension intentionnelle, qui peut être plus ou moins consciente, est fondamentale. L'intention de mourir, de se donner la mort, de se détruire... permet d'appréhender ces thèmes sur le versant de la violence envers sa propre personne.

2. Définitions

Selon le rapport de l'OMS, les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours à la préparation d'un plan pour se suicider et à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte (suicide abouti).

Les **pensées** ou **idées suicidaires** renvoient à l'idée de mettre fin à ses jours, qui est plus ou moins intense et élaborée. Les idées ou sensations suicidaires peuvent être formulées de façon plus ou moins explicite. Certains comportements imprudents (accidents, overdoses...) ou des accidents inexplicables chez les enfants et les personnes âgées peuvent masquer des comportements suicidaires. Le comportement verbal ambigu ou indirect peut également être une expression de certaines pensées suicidaires : « *Je vais faire un très long et lointain voyage* », « *Vous n'aurez plus à vous inquiéter pour moi* », « *Je veux m'endormir et ne plus jamais me réveiller* », « *Je suis si déprimé, ça ne peut plus continuer comme ça* »...

La **crise suicidaire** est un état défini comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. C'est une période de vulnérabilité s'étendant sur six à huit semaines, pendant laquelle une personne est en situation de souffrance psychique plus ou moins apparente. « *Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais qui lui confère sa gravité.* »⁷⁵. C'est une crise difficile à identifier. Cependant, son identification devient un enjeu de prévention et d'intervention.

74 Conférence de consensus sur le suicide, octobre 2000

Une **tentative de suicide** est décrite comme tout acte délibéré visant à accomplir sur sa propre personne un geste de violence dont l'issue n'est pas fatale. Ainsi, différents gestes sont décrits : phlébotomie, intoxication au gaz, ingestion d'une substance toxique ou de médicaments... Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues de cette définition ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

Le **suicide abouti** regroupe les décès dans lesquels un acte délibéré, menaçant la vie, est accompli par une personne contre elle-même et cause sa mort. Selon Emile DURKHEIM, « *on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* ».

Il est important de ne pas utiliser certains qualificatifs. Les termes « *réussi* » ou « *raté* » accordent une valeur positive ou négative à l'acte (suicide ou tentative), renforçant les préjugés et la stigmatisation à l'égard des personnes suicidaires.

L'**automutilation** est une autre forme courante de violence dirigée contre soi. Il s'agit de la destruction ou de l'altération directe et délibérée d'une partie du corps sans intention suicidaire consciente ; le plus souvent les mutilations sont répétitives.

Certains comportements à risque peuvent être envisagés comme une forme de violence autodestructrice. La recherche de plaisir se mêle de façon ambivalente au désir de mourir : « *flirter avec la mort* ». Facteur de co-morbidité ou/et violence auto-infligée, la limite est floue. Les conduites à risque ne s'inscrivent pas forcément dans une dynamique suicidaire. Cependant, il existe certains cas où la dimension suicidaire est présente : « *mourir à petit feu* ». Par exemple, dans les toxicomanies et l'anorexie mentale, le désir d'autodestruction physique est prégnant. De plus, pour certains cas, la mort est recherchée plus ou moins consciemment : conduite automobile à risque, pratiques sportives extrêmes... On parlera alors de **conduites à risque suicidaires**.

3. Suicide : ampleur du phénomène

Le suicide est un problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il occasionne que par les difficultés psychiques et sociales dont il est le témoin.

En France, en 1999, 10 268 décès par suicide ont été enregistrés par le CépiDc Inserm, ce qui représente 2% de l'ensemble des causes de décès. Cependant, il est nécessaire de corriger ces chiffres du fait de la sous-déclaration⁷⁶ des suicides. En effet, selon l'Inserm, le taux de correction à attribuer pour la tranche d'âge des 15-24 ans serait de l'ordre de 25%. Ainsi, actuellement, on estime qu'il y aurait 12 000 décès annuels par suicide en France.

Après une période d'augmentation au début des années quatre-vingt dix, le nombre enregistré de décès par suicide tous sexes confondus a régressé, passant de 12 529 en 1986 à 10 268 en 1999. Depuis 1983, on peut noter que les décès par suicide sont plus nombreux que ceux causés par un accident de la circulation.

3.1. Variation par tranches d'âge et par sexe

Le suicide est majoritairement masculin avec 7 427⁷⁷ décès masculins contre 2 841 décès féminins en 1999, soit 2,7% de l'ensemble des décès masculins et 1% de l'ensemble des décès féminins. En nombre absolu, c'est entre 35 et 54 ans que les décès enregistrés pour cause de suicide sont les plus nombreux, avec en 1999, environ 2 000 décès pour les 35-44 ans et pour les 45-54 ans. Les décès masculins sont trois fois plus nombreux que les décès féminins jusqu'à 50 ans puis environ deux fois plus aux âges plus élevés. Le taux de suicide pour 100 000 habitants croît avec l'âge jusqu'à 40 ans, reste relativement constant jusque vers 70 ans puis augmente ensuite fortement chez les hommes au-delà de 70 ans.

75 Relative à un *défaut d'information*, c'est à dire qu'un certain nombre de décès est codé selon le cas sous la rubrique « causes inconnues et non déclarées » ou « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée » de la Classification internationale des maladies (CIM)

76 Données portant sur les causes de décès enregistrées ; pour simplifier la lecture, cette précision ne sera plus mentionnée par la suite

La gravité du phénomène en termes de santé publique peut être perçue par l'importance du suicide dans l'ensemble des causes de décès. Les suicides représentent en effet 15% des décès entre 15 et 44 ans (20% entre 25 et 34 ans) et encore 6% entre 45 et 54 ans. En 1999, le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route chez les jeunes de 15 à 34 ans.

Tous âges confondus, les principaux modes de suicide sont la pendaison (quatre cas sur dix), l'utilisation d'une arme à feu (un cas sur quatre, puis l'ingestion d'une substance toxique (un sur sept). Les modes de suicide sont différents en fonction du sexe : la pendaison (quatre décès masculins sur dix) et l'utilisation d'une arme à feu (trois sur dix pour les hommes) et les intoxications (un sur quatre) pour les femmes.

En France métropolitaine, la moyenne annuelle du nombre de décès par suicide sur les années 1997-1999 est de 10 612 (hommes : 7 739 et femmes : 2 873). La surmortalité par suicide est présente dans les régions de l'Ouest, du Nord et du Centre, à l'exception de l'Ile-de-France, mais pour celle-ci le résultat est particulièrement sous-estimé en raison d'une mauvaise transmission des données en provenance de l'Institut médico-légal. En s'intéressant à la répartition de l'Indice comparatif de mortalité (ICM), on peut situer chaque région de France par rapport à la moyenne française pour les hommes puis pour les femmes (ICM France métropolitaine = 100). Treize régions affichent une surmortalité masculine par suicide. Elles occupent toute la moitié nord de la France, à partir des régions Poitou-Charentes, Limousin, Auvergne, en remontant vers la Lorraine, mais sans inclure la région Ile-de-France (cf. remarque *supra*). En ce qui concerne la mortalité féminine par suicide, dix régions présentent un ICM significativement supérieur à la moyenne française, elles sont groupées dans la partie littorale du Nord-Pas-de-Calais à la région Poitou-Charentes et vers l'intérieur du territoire jusqu'à la Bourgogne.

Selon les statistiques d'Eurostat, la France se situe parmi les pays de l'Union européenne qui présentent les taux de mortalité les plus élevés par suicide (taux de mortalité standardisés). En 1999, elle se situe au 3^{ème} rang pour les hommes (derrière la Finlande et l'Autriche) et au 4^{ème} rang chez les femmes, derrière le Luxembourg, la Finlande et l'Autriche⁷⁸. Il semble

77 En 1995, dernière année disponible dans la base pour la Belgique, les taux étaient également supérieurs dans ce pays pour les deux sexes.

que l'on se suicide davantage en Europe du Nord qu'en Europe du Sud. Ces écarts de mortalité peuvent être expliqués par des facteurs culturels mais aussi par des disparités de recueil d'information et des définitions variables.

En termes de décès par suicide, les inégalités sociales sont très marquées. Selon une étude de l'INED portant sur la période 1989-1994⁷⁹, les taux de mortalité par suicide chez les hommes pour 100 000 habitants sont plus élevés chez les personnes sans emploi (179), les employés administratifs du secteur privé (87), les ouvriers agricoles (61) et les employés de la fonction publique (51). D'après les données de cette enquête, on obtient des taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants qui sont médians pour les ouvriers non qualifiés (44), les instituteurs (39), les commerçants (39), les policiers et militaires (36,5), les exploitants agricoles (34), les professions intermédiaires des secteurs sanitaire et social (33), les membres des professions libérales (29,5) et les employés du commerce (27). Les taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants sont les plus faibles pour les membres des professions intellectuelles (10) et pour les cadres d'entreprise (12). Précisons que, dans le cadre de cette étude, la moyenne nationale se situe à 37 décès par suicide pour 100 000 hommes .

Cependant, le retentissement du phénomène suicidaire est très important. En effet, on estime que six personnes en moyenne sont endeuillées par le suicide d'un proche, soit environ 80 000 personnes par an. De plus, on peut y ajouter les personnes qui ont été témoins d'un suicide.

Dans le cadre du pôle national d'observation sur le suicide, la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees) a réalisé une étude récente qui a mis en évidence les effets de l'âge au moment du suicide, de la date (périodes où l'on enregistre des "pics" de suicide) et de la génération. Ce dernier effet rend compte de différences durables de comportement entre les différentes cohortes de naissance, dont les individus qui les composent ont vécu aux mêmes âges les mêmes événements (guerre, crise économique) ou ont incorporé des systèmes de valeurs caractéristiques. C'est ainsi que les générations nées après la seconde guerre mondiale présentent des taux de suicide supérieurs à âge égal aux générations d'entre les deux guerres. Si cet effet de génération persiste, on peut s'attendre alors à une augmentation de la mortalité

78 Nicolas Bourgoin. Suicide et activité professionnelle. INED, Population vol.1 1999.

lorsque ce facteur se combinera avec l'effet d'âge, c'est-à-dire lorsque les générations d'hommes nés après 1945 arriveront aux âges où les comportements suicidaires tendent à devenir plus fréquents. De ce point de vue, le simple maintien du niveau des suicides serait déjà un progrès.

4. Tentatives de suicide, crise et idées suicidaires

Selon le Baromètre santé 2000 de l'Inpes, 7,7% des femmes et 3,3% des hommes déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, 55,5% des hommes et 53,7% des femmes déclarent être allés ensuite à l'hôpital. Environ la moitié des hommes et des femmes déclarent avoir été suivis par un médecin ou un professionnel de la santé.

Une partie des tentatives de suicide ne donne pas lieu à recours au système de soins et ne peut donc être connue que par enquêtes déclaratives. Leur estimation est cependant difficile en raison des phénomènes de sous ou sur-déclaration et aussi parce que le phénomène restant d'un point de vue statistique relativement peu fréquent (inférieur à cinq pour mille par an), même des échantillons d'assez grande taille ne comportent qu'un nombre limité de cas⁸⁰. Les tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours au système de soins ont été estimées, par la Drees, à 160 000 par an avec une fourchette comprise entre 130 000 et 180 000⁸¹. La moitié d'entre elles donne lieu à l'intervention d'un médecin généraliste et sept sur huit à une prise en charge par les urgences, directement ou après le recours au médecin de ville. Le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide diffère de celui des personnes décédées par suicide. Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes (deux tiers des tentatives), surtout jeunes (15-35 ans).

La létalité est variable en fonction de l'âge, du sexe (1 décès pour 100 tentatives de suicide chez les femmes jeunes à 1 décès pour 3 tentatives chez les hommes de plus de 75 ans) et des moyens utilisés (90% de décès en cas d'utilisation d'une arme à feu et environ 1% de décès en cas d'intoxication médicamenteuse).

79 Par exemple, une quarantaine de tentatives déclarées dans l'année pour 14 000 personnes enquêtées dans le Baromètre santé 2000

80 Etudes et Résultats, 109, avril 2001

Les tentatives de suicide se caractérisent globalement par des taux de récurrence élevés, variant, selon les études, de 35 à 45%. Les récurrences sont plus fréquentes chez les femmes et souvent précoces notamment chez les jeunes (une récurrence sur deux se produit dans les 6 mois chez les hommes de 15-24 ans).

La fréquence des crises suicidaires est estimée à 4 000 pour 100 000 habitants. D'après cette estimation, on en déduit que 2 millions de personnes vivent une crise suicidaire chaque année en France⁸².

En ce qui concerne les pensées suicidaires, dans le baromètre santé de l'Inpes 2000, 7,3% des femmes et 4,4% des hommes déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Pour les femmes, la prévalence des pensées suicidaires varie selon l'âge avec un maximum pour les 15-19 ans (12%) tandis que pour les hommes, la prévalence varie peu avec l'âge.

5. Conduites à risque suicidaires

Les conduites à risque ne sont pas toutes à qualifier de suicidaires. Les degrés d'intentionnalité et de conscience sont importants à distinguer. Une attitude autodestructrice peut être plus ou moins intentionnelle et avoir une létalité variable. Tel est le cas de l'alcoolisme chronique. Lorsque la tendance suicidaire devient prédominante alors on peut parler de conduite à risque suicidaires.

La recherche de la mort et/ou de l'autodestruction, que l'on peut assimiler à une violence envers soi-même, peut se retrouver dans différents comportements individuels : la toxicomanie inscrite dans la durée, l'anorexie mentale ou la conduite automobile à risque. Dans ces cas, on peut distinguer des traits communs comme la recherche plus ou moins consciente du danger, la dimension de jeu et de défi avec la mort, la dissimulation par rapport à l'entourage...

Les conduites à risque suicidaires, vécues comme une recherche des limites physiques et psychiques, peuvent, dans certains cas, être valorisées

81 Contribution du Pr Jean-Louis Terra au rapport du Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO), 2003

et valorisantes pour l'intégration au groupe ou pour l'acquisition du statut d'adulte. Cette prise de risque individuelle devient difficile à prévenir.

Les équivalents suicidaires se différencient par leur dimension inconsciente pour le sujet. Ils sont fréquents et la prévention est difficile du fait d'une importante part d'inconscient (pour le sujet et son entourage...). Il est difficile de distinguer la part de désir d'autodestruction de celle du désir de survie. Cet équivalent suicidaire est partiel, une fonction, un organe est utilisé pour reporter ou détourner le désir suicidaire.

5.1. Les toxicomanies dont l'alcoolisme chronique

Comparé à celui de la personne suicidante, le désir d'autodestruction du toxicomane est, tout d'abord, au second plan. De plus, la prise du toxique, notamment l'alcool, permet de dénier et d'éviter la dépression. Se réfugiant dans une consommation chronique, la personne alcoolique peut ainsi évacuer son angoisse et se sent, en quelque sorte, délivrée de la dépendance à son entourage, entretenant une dépendance au toxique. Puis, lorsque la consommation s'inscrit dans la durée, le toxique devient objet de persécution et de destruction. L'accoutumance et l'escalade de la toxicomanie correspondent à un besoin physiologique, certes, mais également à l'impérieuse nécessité de ne pas être submergé par la dépression sous-jacente. Le risque de passage à l'acte suicidaire devient alors important. Ainsi, plus du tiers des suicides létaux sont associés à l'alcool.

5.2. La conduite routière à risque

Les nombres de décès par accidents de la route et par suicide sont comparables. De plus, les populations victimes de ces deux situations ont des caractéristiques comparables : jeunes, hommes... Le risque d'accident sur la route est élevé en cas de transgression des règles de conduite, d'inattention et de prises de toxiques ou de médicaments potentialisés par l'alcool (neuroleptiques, antidépresseurs). Lorsqu'un individu cumule un certain nombre de ces facteurs et qu'il prend le volant, on peut considérer que sa conduite est à risque et que la dimension de violence intentionnelle est présente (auto et/ou hétérodestructrice). Dans certains cas, cela devient même un jeu, une façon de vivre, un passe-temps (rodéos automobiles, courses poursuites sur les autoroutes...). Cependant, la part de désir d'autodestruction se mêle à un désir de violence

hétérodestructrice, mettant ainsi en danger la vie d'autrui. Il faut préciser qu'une part non estimée des accidents de la route mortels peut être interprétée comme des suicides camouflés.

6. Quels sont les facteurs de risque ?

Les facteurs de risque suicidaire sont complexes et interdépendants. Certaines caractéristiques individuelles, relationnelles ou collectives sont étroitement liées à un risque accru de suicide. Selon le poids relatif des facteurs de risque, il est possible de distinguer trois niveaux de risque (élevé, moyen et faible), définis par la probabilité de suicide dans les deux ans. Il faut préciser que c'est le cumul d'un certain nombre de facteurs internes et externes, propres à la personne en souffrance et à son environnement, qui amène l'individu vers une issue fatale et irrémédiable.

Les variations du phénomène suicidaire en fonction du sexe, de l'âge et de la génération ont déjà été présentées ci-dessus. Ces facteurs sont repris de façon synthétique ci-après.

6.1. Sexe

L'incidence du suicide varie selon le sexe : les taux de décès par suicide sont deux à trois fois plus élevés chez l'homme que chez la femme.

6.2. Âge

L'incidence du suicide croît progressivement avec l'âge. En nombre absolu c'est entre 35 et 54 ans que les décès enregistrés sont les plus importants avec 2000 décès pour chacune des deux tranches d'âge 35-44 et 45-54 ans.

6.3. Génération

Il est important de souligner l'effet d'appartenance à une génération. Au delà des effets de l'âge, les fluctuations importantes de la mortalité par suicide peuvent être attribuées à des effets de période liés à la conjoncture économique ou sociale. Dans les années à venir, la tendance qui pourrait être observée, suite à l'entrée d'une partie importante de la population dans des tranches d'âges où le suicide est un phénomène plus fréquent, serait une hausse potentielle des taux de suicide chez les personnes âgées.

6.4. Facteurs familiaux

L'insécurité affective pendant l'enfance, les différentes formes de négligence parentale et/ou de maltraitance interfèrent et diminuent l'estime de soi et la confiance que l'individu peut avoir pour demander de l'aide en cas de souffrance.

6.5. Facteurs sociaux

Les facteurs de risque sociaux renvoient souvent à une déficience dans l'intégration sociale.

La structure de la famille : dans la période 1994 - 1996 et parmi les personnes âgées de 25 à 44 ans, l'incidence du suicide chez les sujets mariés a été 2 fois moins élevée que chez les célibataires et 4 à 5 fois moins élevée que chez les veufs. Ainsi le mariage est interprété comme ayant un rôle "protecteur" vis-à-vis du suicide (Nizard, 1998). La désintégration des liens familiaux, l'isolement et l'existence d'antécédents familiaux de maladies mentales, de suicide, d'abus de substance toxiques sont aussi des facteurs de risque. Le jeune âge des parents (< 20 ans) peut être un facteur de risque de suicide ou de tentative de suicide pour l'enfant (Lewinson et al., 1994 ; Brent, 1995).

La catégorie socioprofessionnelle : les personnes inscrites au chômage se suicident 8,5 fois plus que l'ensemble de la population. Le faible niveau socio-économique et le faible niveau d'éducation des parents peuvent également intervenir comme des facteurs de risque de suicides (Brent, 1995).

6.6. Facteurs environnementaux

L'accessibilité à un moyen de suicide à létalité élevée est un facteur de risque connu. L'existence d'un arme à feu multiplie le risque de suicide par 5 pour les membres de la famille si l'accès n'est pas sécurisé et est réduit à 2,7 si un dispositif de protection est mis en place⁸³. Des actions ayant pour but la réduction de l'accès aux moyens létaux ont fait la preuve de leur efficacité (détoxification du gaz de ville, réduction de la teneur en

82 Rapport du Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO), 2003-2008, Direction générale de la santé, 2003.

monoxyde de carbone des gaz d'échappement, modification du conditionnement des médicaments et sécurisation des voies d'accès du métro).

6.7. Événements marquants jouant le rôle de facteurs précipitants et incitateurs

La survenue d'événements de vie *stressants* est un facteur de risque suicidaire connu. D'après plusieurs études, 80% des suicidés auraient vécu un événement de vie stressant dans les trois mois précédant leur décès. Il s'agit le plus souvent de séparation ou de deuil, de difficultés financières ou relationnelles.

Chez les adultes les plus âgés, il s'agit le plus souvent de la survenue d'une maladie ou de la mise à la retraite. Chez les plus jeunes prédominent les séparations, les conflits familiaux sévères, les difficultés financières, le chômage et les déménagements. Le rôle des événements de vie est encore plus marqué chez les adolescents, dont le suicide est souvent précédé par des difficultés, conflits et/ou séparations, que ce soit avec les parents ou avec les petit(e)s ami(s), par des problèmes avec la loi ou la discipline.

6.8. Facteurs psychopathologiques

Les études avec "*autopsie psychologique*" se fondent sur la reconstitution de la biographie de sujets suicidés par une enquête approfondie, cela permet notamment de rechercher l'existence de troubles psychiatriques chez ces derniers au moment de leur acte. Ces études ont montré que plus de 90% des suicidés sont affectés par un ou plusieurs de ces troubles, les plus fréquents étant la dépression (50%), l'alcoolisme (30%) et la schizophrénie (6%). D'autre part, environ 35% des suicidés présentent un trouble de la personnalité.

Les études de suivi de patients psychiatriques confirment ces données, puisqu'elles montrent que le risque de décéder par suicide est multiplié par 22 en cas d'anorexie mentale, par 20 en cas de dépression caractérisée, par 14 en cas de toxicomanie aux opiacés, par 8 en cas de schizophrénie, par 7 en cas de trouble de la personnalité et par 6 en cas d'alcoolisme. Le rôle de l'anorexie mentale, de la toxicomanie et de certains troubles de la personnalité est particulièrement important chez l'adolescent et l'adulte jeune.

6.9. L'existence d'antécédents de tentative de suicide : un autre facteur de risque important.

Dans cette population, on estime en effet que le risque suicidaire est multiplié par 10 à 40 (10% des suicidants décéderont par suicide), tandis que près de la moitié des suicidés (30 à 60% selon les études) ont précédemment réalisé une tentative de suicide.

L'existence d'un trouble psychique est un facteur presque constamment retrouvé en cas de suicide, cependant ce n'est pas une condition suffisante puisque la majorité des sujets présentant des troubles psychiatriques ne se suicide pas.

7. Pour une approche populationnelle dans une logique de prévention

Dans un certain nombre de cas, la mise en évidence de facteurs de risque permet d'envisager des stratégies de prévention directe du suicide, reposant sur leur réduction. Dans d'autres cas, le facteur de risque ne peut pas être directement ou facilement modifié, mais permet de délimiter une population à risque qui peut être la cible de stratégies spécifiques de prévention indirecte.

Parmi ces populations à risque, on peut citer : les jeunes, les sans emploi, la population carcérale, les personnes âgées et les suicidants.

7.1. Les adolescents et les jeunes

Les modes de suicides utilisés par les adolescents sont souvent d'une létalité élevée : la pendaison et l'usage d'armes à feu sont les plus fréquents (36% et 31% des cas). Ces proportions sont plus représentatives des passages à l'acte des garçons, les filles utilisant la pendaison, les empoisonnements et les armes à feu (27%, 26% et 15% des cas).

Le rapport tentative de suicide sur suicide chez les adolescents serait de 22 pour les garçons et de 160 pour les filles. La surmortalité masculine peut, en partie, s'expliquer par l'utilisation de moyens à plus forte létalité.

Une étude des certificats de décès permet d'évoquer l'existence de symptômes précédant le suicide. Dans un tiers des cas on retrouve un état

pathologique (contre la moitié pour les autres âges). Il s'agit dans 70% des cas d'états dépressifs, dans 15% de psychoses, pour 9% d'autres troubles mentaux et pour 2% d'alcoolisme. Bien que ces informations soient parcellaires, elles nous montrent que la dépression ne doit pas être négligée.

Il n'est pas aisé d'étudier les tentatives de suicides, ni même simplement de les dénombrer. D'après le Baromètre santé 2000, 2% des garçons et 7% des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie ; ces proportions sont de 4,5% pour les garçons et de 7,5% pour les filles de 20 à 24 ans. Certains facteurs sont retrouvés de manière plus fréquente parmi ces adolescents, permettant ainsi de supposer l'existence d'un groupe à risque. Parmi les suicidants, il y a plus de jeunes au chômage, ils sont plus fréquemment issus de familles monoparentales ou recomposées, ils sont plus nombreux à avoir redoublé une classe, ils ont plus souvent des conduites addictives (alcool, tabac, cannabis, conduite à risque) et ils sont plus nombreux à avoir subi des violences.

Les réponses apportées à ces passages à l'acte sont peu nombreuses. Plus de la moitié des tentatives de suicides passeront, selon les adolescents, inaperçues. Dans 20 à 30% le geste suicidaire conduira à une hospitalisation. Chez les jeunes de l'enquête de la Protection judiciaire de la jeunesse, le taux d'hospitalisation après une tentative de suicide est de 50%.

7.2. La population carcérale

La récente augmentation du suicide chez les personnes incarcérées dans les prisons françaises est à souligner. Le nombre de suicides dénombrés en prison est passé de 39 en 1980 à 122 en 2002, ce qui représente en 2002 une incidence de 22,8 pour 10 000, douze fois supérieure à celle de la population générale. Une mission concernant le suicide en milieu carcéral a été confiée au Pr Jean-Louis Terra par le ministre de la Justice et le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Selon une étude réalisée en Italie, en 1999, la détention multiplie le risque suicidaire par 10 chez l'homme et par 30 chez la femme. Les facteurs de risque associés sont : la présence de troubles psychiatriques, de conduites

addictives, les antécédents de tentative de suicide, l'isolement et les premiers mois de détention.

7.3. Les personnes âgées

Il est toujours très difficile de dire pourquoi une personne âgée s'est suicidée. L'idée de la mort, qu'elle soit espérée ou redoutée, habite tous les humains, certaines fins de vie traduisent très clairement une perte du désir de continuer à vivre.

Les statistiques et l'épidémiologie donnent, malgré tout, de précieuses indications. Chez les très âgés, les principaux facteurs de risque de mettre fin à ses jours sont l'isolement, le célibat, le veuvage récent ou le divorce, l'apparition d'une nouvelle maladie dans un contexte de dépendance déjà mal supportée, mais aussi le fait d'habiter une petite commune rurale et surtout de ne pas avoir bénéficié d'un bon suivi médical après une tentative de suicide ou un état dépressif.

Le suicide peut parfois se comprendre comme un geste pour agir sur sa vie. Une sorte de façon d'explorer son emprise sur son existence. Devant l'accumulation des déficits qui viennent réduire leurs capacités à vivre, certaines personnes très âgées veulent parfois se montrer à elles-mêmes qu'elles ont encore leur mot à dire. C'est une façon de faire « le tour du propriétaire ».

Les suicides des très âgés prennent alors souvent une forme brutale et sans appel, pendaison, chute dans un puits ou d'une grande hauteur, utilisation d'un fusil de chasse. Il est vraisemblable que ces gens ont souvent pensé à se donner la mort, mais leur décision est rarement signifiée, d'où l'importance parfois, de savoir entendre une parole sur ce sentiment d'être « de trop » ou de gêner les autres. A l'inverse le décès de personnes d'âge très élevé consécutif à un « syndrome de glissement⁸⁴ » n'est pas comptabilisé comme suicide, alors qu'il peut y correspondre dans l'esprit.

83 Le syndrome de glissement correspond, chez la personne âgée, à une perte de l'élan vital avec refus d'alimentation, dégradation très rapide de l'état général conduisant en très peu de temps au décès.

De plus, les personnes en maison de retraite, notamment au moment du placement, constituent également une population dans laquelle le risque de passage à l'acte est élevé.

7.4. Les suicidants et les patients hospitalisés en service de psychiatrie

Les personnes hospitalisées en psychiatrie présentent un risque plus important durant leur phase d'hospitalisation ainsi que dans les semaines après leur sortie. Les suicides survenant lors d'une hospitalisation psychiatrique représentent en effet, du fait de la concentration des facteurs de risque, environ 5% de l'ensemble des suicides. Dans les 4 semaines suivant la sortie d'une hospitalisation psychiatrique, on dénombrerait 10 à 15% des cas de suicide.

8. Existe-t-il des facteurs protecteurs ?

La résilience

Comment comprendre pourquoi certains adolescents résistent à des situations pathologiques, comment certains vont bien alors qu'ils ont tout pour aller mal, quels sont les facteurs de résilience chez ces adolescents ? On constate par exemple que certains enfants ont pu se choisir des « parents de substitution ».

Par ailleurs, plusieurs études donnent une idée des fonctions de protection que jouent le rôle des parents, le soutien social et les liens familiaux, l'estime de soi et la répression de l'ego. D'autres études accordent directement plus d'importance aux facteurs de protection dans la prédiction des comportements suicidaires. Ainsi, se concentrer sur des facteurs de protection tels que le bien-être affectif et l'amélioration des liens familiaux et amicaux pourrait être aussi efficace, voire plus, que des actions de réduction des facteurs de risque. Quoi qu'il en soit, le développement des facteurs protecteurs peut être une alternative intéressante.

9. Quels sont les moyens de prévention ?

Depuis quelques années, différentes initiatives ayant pour objectif la prévention du suicide ont vu le jour. Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés,

est organisée chaque année. En 1998, le secrétariat d'État à la Santé a élaboré un programme national, en sollicitant la Direction générale de la santé (DGS), le Comité scientifique sur la prévention du suicide⁸⁵, l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) ainsi que les responsables des douze PRS au niveau des DRASS. L'objectif général de ce plan était de ramener à moins de 10 000 le nombre de suicides au cours de l'année 2000.

Cette stratégie s'appuie sur 4 axes principaux : favoriser la prévention, diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants et, enfin, mieux connaître la situation épidémiologique. Dans le cadre de ce vaste programme, l'ANAES a notamment établi des recommandations portant sur l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie.

Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales dont, entre autres, les Programmes régionaux de santé (PRS) mis en place pour apporter des réponses concrètes à la prévention du suicide et à la prise en charge des suicidants. Dans ce cadre, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) a produit une évaluation de huit des douze PRS «Suicide» mis en place.

Les différents niveaux d'actions que l'on peut envisager sont :

- La **promotion** de la santé visant à accroître le bien-être personnel et collectif, en développant des facteurs de robustesse, des conditions ainsi que des habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être de la population.
- La **prévention** visant la réduction de l'incidence des comportements suicidaires et leur aggravation, en s'attaquant aux facteurs de risque associés. Elle s'adresse aux groupes exposés à ces facteurs et parfois à la population générale.

84 Comité composé de : Pr Hardy, Dr Alvin, M. Badoc, Mme Batt, Dr Bennet, Mme Cadéac d'Arbaud, M. Chauvel, Mme Choquet, Dr Cornet, Pr Debout, Pr Deschamps, M. Gassmann, Dr Guyader, Mme Hannier, Pr Jeammet, M. Jouglu, Dr Pommereau, Dr Solal, Pr Soubrier, Dr Tastet et Pr Terra.

- L'**intervention** vise le dépistage précoce, la réduction de la durée et de l'intensité de la crise suicidaire ainsi que le soutien à l'entourage.
- La « **postvention** » vise à prévenir la récurrence des tentatives de suicide par des interventions auprès de la personne suicidaire et de sa famille, ainsi qu'à soutenir les personnes endeuillées. Elle s'adresse à la personne suicidaire dans le cas d'une tentative de suicide ou à son entourage (personnes ou milieu) à la suite d'un décès par suicide.

L'amélioration de la connaissance des facteurs de risque suicidaires et des facteurs protecteurs doit permettre d'améliorer la prévention des facteurs de risque évitables et des actions plus spécifiques au niveau des populations dans lesquelles le risque suicidaire est plus élevé.

Précisons qu'un des objectifs de santé publique du rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique porte sur le suicide : « *n°92, objectif quantifiable : réduire de 20% le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par an)* » Les indicateurs retenus sont principalement l'incidence des suicides par tranche d'âge en population générale ainsi que la fréquence relative des moyens de suicide utilisés.

10. Recommandations

Le suicide survient lors d'une crise suicidaire qui a une durée maximale de 6 à 8 semaines. Ainsi, ce n'est pas l'évolution inéluctable d'un état morbide mais il représente une solution pour mettre fin à ses souffrances, à un moment donné. Cette crise présente des étapes identifiables tout au long desquelles des interventions peuvent être mises en place.

10.1. Information et sensibilisation

10.1.1 - Améliorer la coordination et la qualité de l'information destinée au public.

Au niveau du grand public, il est nécessaire de coordonner les messages de prévention adressés à la population générale et à des groupes ciblés. La santé, les maladies, les facteurs de risque... La multiplication des informations leur fait perdre du sens et de la crédibilité auprès du public. Ce télescopage entraîne un effet inverse à celui attendu : ennui et

désintérêt. Cependant dans le cas du suicide, les premiers signes sont importants à repérer de façon à aider et déclencher la prise en charge de la personne souffrante. Ces signes s'expriment le plus souvent au sein de l'environnement familial ou de l'entourage. D'où l'importance d'un message clair et simple, coordonné avec les autres messages de prévention qui existent déjà.

10.1.2 - Améliorer les données épidémiologiques et développer les enquêtes qualitatives et les audits cliniques

Il importe de prendre les mesures réglementaires nécessaires pour obtenir la transmission des causes de décès de la part de l'ensemble des instituts médico-légaux. Ce défaut de transmission de certains instituts représente en effet un des principaux facteurs de sous-estimation du nombre de décès par suicide dans la statistique du CepiDc Inserm. Il faut poursuivre parallèlement la formation des médecins au bon remplissage des certificats de décès et leur sensibilisation à leur utilité.

Compte tenu de son caractère récent, il y a lieu de rappeler aux établissements la consigne de codage concernant les séjours hospitaliers liés à une tentative de suicide.

Parallèlement aux données quantitatives, les enquêtes de type qualitatives, sur la connaissance des facteurs de risque, des facteurs facilitants ou protecteurs sont à développer. Des travaux sociologiques sont notamment à favoriser dans le cadre des proches de personnes décédées par suicide, tant au niveau de l'entourage familial que des professionnels de santé qui interviennent.

Les audits cliniques, notamment sur l'application des recommandations de l'ANAES, permettent d'améliorer la prise en charge des personnes suicidantes au sein de l'hôpital et d'appréhender l'organisation des soins psychiatriques hospitaliers.

10.2. Médiation

10.2.1 - Améliorer l'accès aux personnes relais pour les individus et pour les professionnels

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, un référent régional par DRASS a été formé. La liste des référents devrait être facilement accessible aux professionnels et au public par le biais d'Internet, par exemple.

Les répertoires professionnels semblent être une initiative intéressante mais qui perdent en pertinence car noyés sous la somme d'informations adressées aux acteurs de terrain. Il en est de même pour les guides et les recommandations professionnelles.

Le travail en réseau de professionnels est en plein développement. Ces structures particulièrement intéressantes pour les soins des patients devraient gagner en cohérence. Ces structures devraient être bien visibles et connues par le public, de façon à améliorer le recours et la demande d'orientation.

La personne suicidaire est une personne ambivalente : une partie d'elle-même veut vivre et une autre partie veut moins la mort que la fin de ses souffrances. C'est la partie qui veut vivre qui s'exprime en disant à quelqu'un « *je souhaite mourir* ». Si une personne suicidaire s'adresse à vous, il est possible qu'elle pense que vous vous souciez plus d'elle que les autres, que vous avez de l'expérience dans la gestion des problèmes et que vous serez soucieux de protéger le caractère confidentiel de ce qu'elle a à vous dire. Peu importe que le contenu et le ton de son discours soient négatifs, elle effectue une démarche positive. De multiples associations, des numéros de téléphone verts, des personnes relais peuvent aider dans de tels moments. Rester seul face à cette souffrance n'est pas une solution, commencer à parler, à communiquer avec l'autre peut être salutaire dans de nombreuses situations qui paraissaient désespérées.

10.2.2 - Améliorer le traitement des troubles psychiatriques

Publications et expériences cliniques montrent que différents troubles mentaux sont associés au suicide, il est important de pouvoir les détecter rapidement et d'y apporter le traitement adéquat afin de prévenir l'irréversible. Sont notamment concernés les troubles de l'humeur dont la dépression, l'alcoolodépendance et la toxicomanie, la schizophrénie et

certains types de troubles de la personnalité. Information et formation des professionnels sont nécessaires mais pas suffisants. L'amélioration des thérapeutiques, notamment la diminution des effets secondaires, facilite la tolérance et l'observance thérapeutique. De plus, les thérapies comportementales associées aux traitements médicamenteux semblent avoir de bons résultats.

10.3. Pédagogie

10.3.1 - A la suite d'une tentative de suicide mettre en place une « réanimation » psychologique.

Traiter par une approche collective l'épidémiologie du suicide est une chose. Cependant, lorsque l'on aborde la prise en charge du suicidant, il est nécessaire d'avoir une approche individuelle. Le parcours de chaque suicidant est unique, c'est la conjonction de plusieurs facteurs et déterminants, internes et externes à la personne et décrits précédemment. Ceci implique d'avoir une approche d'alerte : détecter les premiers signes, puis de veille : organiser une prise en charge ponctuelle puis mettre en place un suivi et un soutien psychologique qui se centre sur l'individu.

Un exemple est donné par le docteur Jean Maisondieu, médecin chef du 5^e secteur psychiatrique des Yvelines. Il a créé un réseau d'accueil des jeunes suicidants et des familles depuis 1996. C'est une organisation qui accueille le suicidant huit jours en service pédiatrique où il aura un contact avec un psychologue, et par ailleurs, la famille pour laquelle sont prévues trois rencontres : à J8, J15 et J30, avec deux intervenants.

Indépendants de l'hospitalisation, les entretiens avec les familles ont lieu à l'extérieur du service de pédiatrie. Le psychologue qui s'occupe du suivi individuel de l'adolescent n'y participe pas, pas plus qu'il ne fait part aux thérapeutes familiaux des confidences de son patient.

Quand la tentative est advenue, il convient tout à la fois de parer au plus pressé, c'est-à-dire empêcher la mort de l'adolescent, rôle dévolu au service d'accueil et d'urgence, et préparer l'avenir en situant le geste auto-agressif, à la fois comme signe d'une souffrance individuelle, et comme message interpersonnel qui n'a pu se formuler autrement.

Les réponses à fournir doivent être telles qu'elles permettent une mise en mots qui donne du sens là où la tentation du silence est considérable. **C'est le prix à payer pour que la crise déclenchée par le passage à l'acte puisse être salutaire. Les résultats sont très encourageants.** Le taux de récurrence est très nettement inférieur à celui des statistiques nationales.

10.3.2 - Réfléchir à l'évolution des métiers de la santé mentale

Détecter, alerter, traiter, prendre en charge et organiser un suivi individuel... de multiples missions qui au vu de l'évolution démographique des professionnels de santé vont être difficilement remplies. Certaines fonctions doivent être encadrées et réalisées par des médecins, d'autres peuvent être prises en charge par d'autres types de professionnels. La médicalisation dans la phase aiguë est nécessaire. Le suivi des patients au long terme ainsi que l'accompagnement du mal-être et de la souffrance psychique peuvent être non médicalisés et confiés à des personnes relais, qui sont des interlocuteurs privilégiés au sein du réseau de professionnels concernés par le suivi de la personne suicidante.

10.3.3 - Aider et soutenir ceux qui restent...

Le parcours d'une personne endeuillée après la perte d'un être cher par suicide peut être extrêmement douloureux, dévastateur et traumatisant. Dans la plupart des cas, la mort est inattendue et violente. La réalité de la perte prendra progressivement forme, allant de la colère à la culpabilité, du déni à la confusion en passant par le rejet. L'objectif de la personne qui reste après le suicide est bel et bien de "survivre". Selon les sources, il a été estimé que pour chaque suicide abouti, entre 5 à 10 personnes seront affectées gravement par ce deuil. L'impact du suicide sur les divers membres de la famille doit donc être évalué : pour les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les amis, les collègues... Les principales sources d'assistance restent la famille, les amis et collègues ainsi que l'assistance d'un professionnel. Une initiative originale, documentée par l'Organisation mondiale de la santé, est représentée par les *groupes de soutien*. Regroupant des personnes plus ou moins directement affectés par un suicide, leur objectif est de constituer des moyens constructifs d'entraide.

Conclusions

La violence, un problème de santé publique.

Toute personne en situation de fragilité ou de domination est susceptible d'être victime de violence ou de maltraitance. Une vigilance et une protection doivent toujours être mises en place autour d'elle. Cela concerne particulièrement les enfants, les femmes, les personnes âgées, les malades, les personnes handicapées, les personnes atteintes de troubles mentaux.

Chaque vécu de maltraitance est unique, chaque histoire de suicidant est intime. Il faut posséder tout un jeu de clés pour tenter d'écouter, d'aider et de trouver une solution à ces parcours difficiles.

La violence prend ses racines dans la société, les déterminants des phénomènes violents sont sociétaux (isolement, précarité, chômage... entre autres). Cependant, les fruits de cette violence apparaissent principalement dans la sphère sanitaire. Les conséquences des faits violents entraînent souvent un recours aux soins. Malheureusement, les solutions ne sont pas uniquement sanitaires, ce qui peut expliquer les difficultés de prévention et de prise en charge de ces problèmes.

La réduction des violences est un devoir impérieux de santé publique. C'est une question de santé à l'échelle des populations, une affaire d'Etat, d'institutions et de citoyens. Dans le domaine des violences, les actions de prévention doivent être conçues de manière concertée, à un échelon interministériel, et la santé doit devenir, à ce niveau, une priorité.

Les violences contre un individu ou un groupe d'individus ont des causes multiples. Elles mobilisent de nombreux intervenants de compétences différentes, pour la protection des victimes, la sanction des actes de violence et l'analyse de leurs conditions d'apparition. Un travail de coordination entre ces professionnels est indispensable. Tant que nous ne serons pas capables de créer ces liens, de faire confiance aux autres intervenants, nous risquons d'assister impuissants à la multiplication des actes de violence. Il ne suffit pas aux policiers de sévir, aux juges de condamner, aux médecins de soigner, aux psychiatres d'expliquer, aux

enseignants d'instruire et aux associations d'accueillir les victimes et les auteurs de violences. Nous devons tous accepter de travailler ensemble, de nous coordonner, de nous faire confiance, sans cela nous porterions chacun une part de responsabilité dans la poursuite des violences.

Une action de santé publique vis-à-vis des violences consisterait à créer des actions interministérielles entre la Justice, l'Intérieur, la Santé et l'Education Nationale pour rendre visible à chaque citoyen la force de la loi. Mais la lutte contre les violences comporte également pour chaque citoyen l'apprentissage du droit. Il est urgent de montrer que la violence n'est pas inexorable, que sa survenue résulte toujours d'une absence de parole. La personne qui utilise une violence contre elle-même ou contre une autre personne pense ne pas avoir d'autre moyen d'exprimer son existence et sa personnalité.

L'apprentissage de la confiance en soi dès la petite enfance, du respect de l'autre dans des relations de non-violence, sont le fondement d'une réduction des violences les plus courantes. Cette culture doit être apprise dans les familles, à l'école, dans les associations, les villages et les quartiers urbains. Elle doit être diffusée par toutes les sources d'information alors que celles-ci ont encore trop l'habitude de médiatiser en priorité toutes les actions violentes. Sans culture, l'être humain ne voit en l'autre qu'un étranger, un ennemi qu'il faut dominer et contre lequel il faut se défendre. Si, comme nous l'avons montré, la violence est un problème de santé publique, la non-violence est une affaire de civilisation et de citoyenneté.

Les violences ont toujours existé dans les siècles passés : meurtres, esclavages, guerres, famines, mais elles étaient moins connues et moins médiatisées. Les images télévisées quotidiennes des attentats terroristes, des catastrophes naturelles, les récits de viols et de pédophilie font écho en chacun de nous. L'agressivité latente de chaque individu est catalysée par ces images et ces récits souvent violents. Cette ambiance favorise le sentiment d'insécurité et le recours à des conduites défensives voire agressives.

L'« éducation santé publique », c'est de faire en sorte aujourd'hui que cette médiatisation dont les violences font l'objet serve à les comprendre et à les éviter.

Les violences ne sont pas une fatalité. La recherche de solutions en termes de traitement et de prévention en est à ses débuts. La multiplication d'expériences d'information sur la réalité des violences, la formation à des comportements non-violents doivent venir compléter et appuyer les mesures d'aide aux victimes et de sanctions envers les auteurs de violences.

Ce rapport sur la violence et la santé nous fait rejoindre les observations de Nelson Mandela dans son avant-propos au rapport de l'OMS :

« La violence la moins visible mais la plus répandue c'est celle des souffrances quotidiennes, celle des enfants victimes de ceux qui devraient les protéger, des femmes blessées ou humiliées par un partenaire violent, des personnes âgées maltraitées par ceux qui s'occupent d'elles, des jeunes brutalisés par d'autres jeunes, ou encore des gens de tous âges qui retournent la violence contre eux-mêmes. Cette souffrance est un mal qui s'auto reproduit, car les nouvelles générations grandissent avec la violence des générations passées, les victimes vivent avec les bourreaux et on laisse perdurer les situations sociales qui alimentent la violence. Il n'est pas une région qui soit à l'abri. Nous ne sommes cependant pas impuissants face à ce phénomène.

La violence vit de l'absence de démocratie, de la violation des droits fondamentaux et de la mauvaise gouvernance. Une culture de la violence peut s'enraciner. Si traditionnellement la violence relève du système de justice pénale, ce rapport [de l'OMS] plaide vigoureusement en faveur de la participation de tous les secteurs de la société aux efforts de prévention. »

Les thèmes que nous avons choisi de développer dans ce rapport ne couvrent pas la totalité des situations de violence mais leur analyse peut permettre de proposer des réponses globales applicables à tous les autres types de violences.

Recommandations

Des recommandations spécifiques ont été développées pour chacun des domaines abordés dans le rapport. Il se dégage de cet ensemble quatre axes selon lesquels des recommandations transversales peuvent être formulées : les connaissances épidémiologiques sur les violences et leurs déterminants, le dépistage et le “diagnostic” des situations de violences, la prise en charge et le suivi des cas, l’organisation de la prévention.

1. Développer la connaissance épidémiologique sur la violence et ses déterminants.

Les limites des données disponibles dans plusieurs chapitres de ce rapport montrent qu’une meilleure connaissance des phénomènes de violence et de leurs conséquences sanitaires et sociales doit être considérée comme une priorité. Dans cette optique, parallèlement à l’amélioration des diverses sources existantes, qui toutes abordent le phénomène d’un point de vue partiel, la priorité doit être accordée à la mise en place d’enquêtes périodiques en population générale permettant d’obtenir une vision élargie et globale des formes de violences vécues ou ressenties ainsi que de leur conséquences, en particulier en termes d’état de santé.

Dans la mesure où la question de la violence relève par nature de plusieurs départements ministériels, de telles enquêtes doivent être coordonnées avec toutes les institutions concernées, sous l’égide du système statistique public. L’objectif est en effet de permettre des comparaisons dans le temps et dans l’espace, ainsi que des analyses en liaison avec les indicateurs déjà existants.

Ce dispositif d’enquêtes en population générale devrait être complété par des investigations particulières concernant des populations pour lesquelles l’interrogation peut poser des problèmes spécifiques : enfants, personnes âgées, personnes vivant en institution.

Le développement des connaissances au travers de recherches sur les déterminants de la violence et les liens entre certaines formes de violence et les pathologies doit aussi être encouragé dans certains domaines. Ainsi, le lien entre mal-être professionnel et pathologie doit être approfondi dans

une démarche de recherche en santé publique. En effet, les conséquences de l'organisation du travail sur la santé mentale (dépression, mal-vivre) sont de plus en plus stigmatisées par les psychiatres

2. Faciliter le repérage des situations de violence.

Instaurer des dispositifs de repérage de la violence demeure un exercice délicat. En effet, cette proposition qui apparaît fondamentale pour la prise en charge de la violence doit mobiliser non seulement les professionnels, médicaux, sociaux, mais aussi les personnes proches témoins d'événements.

Pour chacune de ces catégories doivent être recommandées des actions propres à leur situation et aux phénomènes de violences auxquels ils ont assisté.

Les professionnels sont généralement sollicités par la victime, voire par l'auteur d'une violence mais aussi par des témoins. Cependant l'identification de la nature de la violence, et de son importance, peuvent être difficiles et impliquent aussi une analyse de ses déterminants. La qualité de cette étape de "diagnostic" de la violence influera sur la qualité de la prise en charge.

Les personnes témoins de violence ignorent le plus souvent comment elles peuvent donner l'alerte et passer le relais à une personne ou une structure qui soit apte à réagir : il est indispensable de permettre aux acteurs de première ligne – médecins, psychologues – d'être alertés, car les cas dont ils peuvent être saisis individuellement dans le cadre de leur activité de consultation n'épuise pas toutes les situations.

Dans la pratique il devient urgent d'étendre les services téléphoniques, avec des numéros d'appels gratuits recevant tous signalements de violences et permettant une diffusion de l'alerte vers des centres institutionnels ou associatifs qui ont pour objectif d'orienter la personne concernée vers les interventions les plus efficaces.

La plupart des situations de violences qui entraînent des décès ou de graves problèmes de santé sont précédées de nombreuses situations à risque qu'il faut savoir reconnaître pour enclencher des actions de prévention.

Dans le cadre de violences générées en milieu collectif, il convient de mobiliser l'instance interne ou association la plus susceptible de repérer les comportements à risque.

En milieu scolaire, le repérage revient à la communauté éducative qui, témoin de chaque instant de comportements dangereux, peut intervenir rapidement. On préconisera cependant l'association à cette communauté de psychologues et de médecins, pour analyser les problèmes repérés et apporter les solutions adéquates. Cela implique une coordination entre la sphère scolaire et le monde non scolaire.

Le repérage du risque suicidaire doit être une priorité. Il est primordial de mettre en œuvre des actions de dépistage des enfants à risque. Les conseils de classes devraient permettre de faire une synthèse sur l'évolution du comportement des élèves, et aider à repérer les élèves en souffrance psychique.

Il est également important de repérer très tôt les risques liés à la consommation d'alcool et à l'usage du cannabis, et une attention particulière doit aussi être portée aux jeunes présentant des accidents à répétition. Les accidents restent en effet la première cause de mortalité des adolescents.

En établissements pour personnes âgées, l'action des associations, notamment familiale, est fondamentale pour le repérage des maltraitances, en complément des missions d'inspection propres aux institutions sociales.

3. Améliorer la prise en charge et le suivi des cas.

A la suite d'une situation de violence les divers intervenants devront organiser un accompagnement des victimes et un suivi individuel des auteurs de violence après les mesures de police et de justice. Cela suppose de travailler en réseau entre les différents acteurs sociaux et médicaux, mais aussi ceux de la justice et des collectivités locales, pour continuer à faire bénéficier la victime de l'ensemble des moyens d'aides complémentaires. Un médiateur peut être alors désigné comme référent parmi les membres de ce réseau afin d'assurer une aide de longue durée et un suivi de sécurité.

Une telle concertation de médiation et son suivi nécessitent organisation et financement.

En Suisse, une consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence.

Expérience réalisée à Genève

En Suisse, comme en France, le suivi des personnes victimes d'une violence était jugé très insuffisant car laissé à l'initiative d'intervenants de première urgence. Dans le cadre des hôpitaux universitaires de Genève, le Dr Daniel Halpérin, très concerné par les maltraitances d'enfants observées dans son service de pédiatrie, a pu créer une consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence.

L'objectif de ce lieu d'accueil est de prendre en charge à court terme tout patient, quel que soit son âge, confronté à une violence. La consultation permet d'offrir une évaluation de la situation, un soutien, et une anticipation éventuelle des risques. Ce centre de consultation s'est mis en réseau avec les services médicaux d'accueil d'urgence, les services sociaux, psychologiques et judiciaires.

L'équipe, pluridisciplinaire, comprend un pédiatre, une psychiatre, une gériatre, un légiste, un interniste, une infirmière en gynécologie, une assistante sociale, une infirmière en psychiatrie et trois psychologues.

Premier temps de l'accueil : écoute du patient, évaluation de l'impact sur la santé, des facteurs de vulnérabilité et des ressources du patient. Une analyse très rigoureuse recherche tous les facteurs augmentant la vulnérabilité (alcool, drogues, médicaments, idées suicidaires ou tentatives de suicide), analyse les conditions de vie (précarité, divorce ou séparation, décès de proche, antécédents psychiatriques) et évalue les risques immédiats d'être à nouveau agressé(e) : si l'auteur des violences est un proche, un maximum d'informations sera recueilli sur ce dernier.

Second temps : évaluation des ressources de la personne, professionnelles, financières, familiales. Le système de soutien de la personne sera évalué, de même que les démarches déjà entreprises : appel à la police, dépôt de plainte, contact avec un avocat et éventuelle protection des enfants ou des autres membres de la famille.

Grâce à cette consultation, les personnes victimes de violences ont un lieu d'accueil connu, ouvert en permanence, qui leur permet de créer des liens avec les autres membres du réseau : police, justice, soignants. Ces derniers sont sollicités selon les besoins.

Après cinq ans de fonctionnement, cette consultation de prévention de la violence a permis de réaliser un arrêt de la violence dans 65% des cas suivis.

Une telle initiative peut servir de modèle à la création de lieux de « victimovigilance » comme il existe des centres d'infectio ou d'hémovigilance.

Pour réduire les situations de maltraitance :

Dans les violences familiales, une femme violentée doit pouvoir être mise à l'abri, soit dans un lieu d'hébergement, soit par une hospitalisation anonyme.

Aider les personnes victimes de maltraitance passe aussi par l'aide aux adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit la famille ou les différents intervenants médicaux et sociaux.

En milieu de travail, la médecine d'entreprise a un rôle important à jouer qui pourrait être démultiplié dans une prise en charge en réseau qui intègre des intervenants extérieurs à l'entreprise. La souffrance professionnelle accompagne en effet l'individu qui en est affecté hors les murs de l'entreprise. Le juridique a aussi un rôle important puisqu'il peut qualifier les délits (législation récente sur le harcèlement par exemple) et faciliter la prise en charge sanitaire.

Les hôpitaux ne sont pas épargnés par les phénomènes de violence. Cela justifie de développer des mesures de prévention de ces agressions et de créer des cellules d'accueil et de prise en charge des agents hospitaliers victimes de violence dans leur activité.

Suivi des personnes suicidaires et de leurs proches

Réfléchir à l'évolution des métiers de la santé mentale.

Certaines fonctions d'accompagnement de personnes suicidaires doivent être encadrées et réalisées par des médecins, d'autres peuvent être prise en charge par d'autres types de professionnels. La médicalisation dans la phase aiguë est nécessaire. Le suivi des patients au long terme ainsi que l'accompagnement du mal-être et de la souffrance psychique peuvent être non médicalisés et confiés à des personnes relais, qui sont des interlocuteurs privilégiés au sein du réseau de professionnels concernés par le suivi de la personne suicidaire.

Aider et soutenir ceux qui restent...

Le parcours d'une personne endeuillée après la perte d'un être cher par suicide peut être extrêmement douloureux, dévastateur et traumatisant. L'objectif de la personne qui reste après le suicide est bel et bien de "survivre". Selon les sources, il a été estimé que pour chaque suicide abouti, entre 5 à 10 personnes sont affectées gravement par ce deuil. L'impact du suicide sur les divers membres de la famille et les proches doit donc être évalué. Les principales sources d'assistance restent la famille, les amis et collègues avec, si possible, l'assistance d'un professionnel. Une initiative originale, documentée par l'Organisation mondiale de la santé, est représentée par les *groupes de soutien* qui regroupent les personnes affectées par un suicide, et dont l'objectif est de constituer des moyens constructifs d'entraide.

4. Organiser la prévention

L'école constitue un lieu privilégié pour développer dans l'éducation de chacun l'aptitude à la "bienveillance". Ce comportement doit être aussi encouragé à l'âge adulte, chez tous ceux qui entourent des personnes en situation de fragilité et chez les usagers de la route.

De manière générale, le travail des différents intervenants ne doit pas rester isolé, mais être coordonné au sein de réseaux de prévention pour atteindre une meilleure efficacité.

Il est par ailleurs impératif de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé, mais aussi des enseignants, éducateurs, animateurs, magistrats et policiers sur l'enfance maltraitée, les violences conjugales et la maltraitance des personnes âgées.

Auprès des femmes

Parmi les actions de prévention possibles, les expériences de travail en groupes de parole ont montré leur efficacité : Il faut développer les lieux d'écoute, et améliorer leur accessibilité pour les femmes. Mais il semble également important d'ouvrir des lieux d'écoute et de prise en charge des hommes violents.

La prévention doit aussi prendre en compte le risque accru de violences conjugales dans le suivi des personnes alcooliques, de certains usagers de drogues illicites ou des personnes en situation de précarité.

La parentalité et l'accueil d'un nouvel enfant constituent pour de jeunes parents une situation déstabilisante, pouvant conduire à l'émergence de violences familiales. Il convient donc de développer systématiquement la pratique d'un bilan psychologique pendant la grossesse et dans la période suivant l'accouchement, afin de dépister, en particulier pour la mère, la dépression du post-partum ou baby-blues. De même que les grossesses à risque "physique" sont dépistées, on devrait pouvoir dépister les grossesses à risque "psychologique" afin de mettre en œuvre en cas de besoin un accompagnement psychologique.

Auprès des enfants et adolescents

Une prévention de la violence commence à l'école primaire et au collège, avec le concours des enseignants. L'enfant y apprend à être responsable, pour comprendre sa place parmi les autres, au moment même où se construit sa personnalité.

Dès l'entrée dans la vie scolaire, l'organisation des activités dans les établissements peut comporter pour chaque enfant et adolescent la responsabilité de certaines tâches dans la vie de l'établissement.

De telles expériences existent depuis plusieurs années montrent que ces idées ne sont pas utopiques. Plus généralement, "l'heure de vie de classe" prévue par l'Education Nationale tous les 15 jours de la 3^{ème} à la 6^{ème} doit pouvoir, sous l'égide du professeur principal aborder les problèmes de violence et constituer un lieu de parole privilégié. La généralisation de cette heure, au moins une fois par mois, avec au besoin la participation périodique d'un psychologue, devrait contribuer efficacement au développement des actions de prévention.

Pour réduire la violence routière

Les mesures déjà prises dans le cadre du plan gouvernemental ont apporté des résultats très encourageants. Cependant, l'appropriation des comportements de prudence par les conducteurs reste un enjeu fort. Il faut progressivement faire évoluer la culture de la conduite automobile. La vitesse excessive reste toujours à l'origine d'un accident mortel sur deux et

des messages de prévention de la violence routière doivent être introduits dans les programmes d'apprentissage à la conduite.

La consommation de toute drogue psycho-active doit être proscrite avant de conduire. Le taux zéro d'alcoolémie est difficile à évaluer, mais un seuil légal d'alcoolémie au volant à 0,2 g/l pourrait être proposé, afin d'induire un comportement d'abstinence de boisson alcoolisée chez les conducteurs : « celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas » !

Le contrôle médical d'aptitude devrait apporter des résultats car les statistiques montrent une augmentation significative des risques d'accidents à partir de l'âge de 75 ans. Par ailleurs, le permis de conduire ne devrait être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope.

Renoncer à conduire est parfois un vrai deuil, mais conduire un véhicule est un acte social, il est donc normal de ne pas décider seul de son aptitude à conduire.

Pour prévenir la violence envers les personnes âgées.

Il est important dans les services de gérontologie, d'apporter de nouvelles compétences auprès des gens âgés, de faciliter l'évolution des métiers en gérontologie et d'aider les gens de terrain. Une dynamique de « Bientraitance » est dépendante de l'organisation du travail.

Elle doit être adaptée à chaque établissement et s'appuyer sur des intervenants extérieurs d'accompagnement.

La participation de psychologues à des réunions régulières d'aidants permet aux personnels d'établissement ou de domicile de comprendre autrement des situations quotidiennes souvent difficiles à percevoir isolément.

Des groupes de paroles de familles sont aussi une aide précieuse pour montrer à des gens culpabilisés par leur comportement envers leurs parents que leur situation n'est pas unique.

Dans la pratique, il devient urgent d'étendre les écoutes téléphoniques, d'organiser le suivi et la gestion des situations de maltraitance et de sensibiliser tous les professionnels au repérage des maltraitances.

Aider les personnes victimes de maltraitance passe aussi par l'aide aux adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit la famille ou les différents intervenants médicaux et sociaux.

Pour prévenir les suicides

La prévention des récurrences de tentatives de suicides est certainement l'action principale qu'il convient de mener en priorité, compte tenu du risque de mortalité qu'elle représente. A la suite d'une tentative de suicide, il faut entreprendre une « réanimation psychologique » parallèlement à la « réanimation physiologique », avec le soutien à l'entourage. Le dialogue avec la personne en souffrance doit permettre une "mise en mots" qui donne du sens à son acte, là où la tentation du silence est considérable. C'est alors que la crise déclenchée par le passage à l'acte peut trouver une réponse salutaire.

Il faut aussi améliorer l'accès aux *personnes relais* pour les individus et pour les professionnels. Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, un référent régional par DRASS a été formé. La liste des référents devrait être accessible aux professionnels et au public. Le travail en réseau de professionnels est en plein développement. Ces structures particulièrement intéressantes pour les soins des patients devraient gagner en efficacité.

Le nombre de suicides par armes à feu dans notre pays pose le problème de la multiplication et de la grande accessibilité de ces armes. Un contrôle des armes à feu devrait être systématique et leur accès sécurisé.

BIBLIOGRAPHIE

Académie de médecine, *La Médecine face aux accidents de la route*, Rapport, 17 juin 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Texte de la conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie avec le soutien de l'ANAES, novembre 2000.

American College of Obstetricians and Gynecologists, *The battered woman*, Washington, 1989.

Baromètre SOFRES, *La place de l'automobile dans la société*, septembre 2002

Belloubet-Frier N., *30 propositions pour l'avenir du lycée*, Rapport, ministère de l'Éducation nationale, 2002.

Beskow J., Runeson B., Asgard U., *Psychological autopsies : methods and ethics*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 1990.

Bourgoin N., *Suicide et activité professionnelle*, Paris, INED, Population, vol.1, 1999.

Brent DA., *Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior : mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress*. Suicide Life Threat Behav, 1990.

Caubet E., *Veiller à garantir le bon vouloir*, revue Gérontologie n°127, 2003.

Chambonnet et al., *La prise en charge de la violence conjugale en médecine générale*, 2000.

Charazac-Brunel M., *Prévenir le suicide, clinique et prise en charge*, Paris, Dunod, 2002.

Chesnais J.C., *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Robert Laffont, 1981.

Choquet M et al., *Self-reported health and behavioral problems among adolescents victims of rape in France : result of a cross-sectional survey*, Child Abuse Neglect. 1997.

Choquet M et al., *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée*, enquête ESPAD, 1999.

Choquet M., *Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques*. Méd. Thér. Pédiatrie. 1(4) : 337-343, 1998.

Circulaire DGS/SD6C n°2002-271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Circulaire DGS/SD6C n°2003-355 du 16 juillet 2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2003. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Clery-Melin Ph., Kovess V., Pascal J.Ch., *Agir aux racines de la violence. Contribution à la préparation de la loi d'orientation en santé publique*, mars 2003.

Collectif, *Viols et autres agressions sexuelles*, Délégation Régionale aux droits des femmes, Paris, 1999.

Comité français d'éducation pour la santé, *Pensées suicidaires et tentatives de suicide*, Baromètre santé 2000.

Comité français d'éducation pour la santé, *Quelle prévention du suicide ?* La Santé de l'Homme, n° 342, août 1999.

Conférence de consensus sur le suicide, octobre 2000.

Conférence Régionale de santé Nord-Pas-de-Calais, Programme régional de santé, Santé des enfants et des jeunes, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.

Conseil Économique et Social, *Avis sur le harcèlement moral au travail*, avril 2001.

Conseil Supérieur du travail social, *Violence et champ social*, Collection Rapports du CSTS, Éditions ENSP 2002.

Cothenet S., *Maltraitance infantile : le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels*, INRP, 2002.

Cour des Comptes, *Accidents du travail et maladies professionnelles*, juin 2001.

Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1999.

Darcos X., ministre délégué à l'Enseignement scolaire, Communication en conseil des ministres, février 2003.

Debardieux E., *La violence en milieu scolaire. Le désordre des choses*, ESF Paris, 1999.

Debout M., *rapport sur la maltraitance aux personnes âgées*, Conseil Économique et Social, janvier 2002.

Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques, *Enquête Conditions de travail*, ministère de l'Emploi, 1998.

Direction de la recherche et des affaires scientifiques et techniques, *Gisements de sécurité routière*, ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer, mai 2002.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002*. Annexe A au Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération*. Études et résultats, n°185, août 2002.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique*, Études et résultats n°109, avril 2001.

Dubet F., *Les violences à l'école*, Regards sur l'actualité, vol. 243, 1998

Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), Secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle, Paris, 2000.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, *Évaluation des PRS suicide*, 2002.

Feris L.E. et al., *Guidelines for managing domestic abuse*, Jama, 1997.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Dix ans de conditions de travail*, Bruxelles 2001.

Galand B., *Violence des adolescents, les fausses évidences ?* Bruxelles Santé, 2002.

Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO), **Rapport 2003-2008, Direction générale de la santé, 2003.**

Haut Comité de la santé publique, *Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables*. Actualité et dossier en santé publique, n°41, décembre 2002.

Haut Comité de la santé publique, *La santé en France : rapport général*. Paris, La Documentation française, 1994

Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*. Paris, La Documentation française, 2002

Haut Comité de la santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Rennes, Editions ENSP, 2000.

Haut Comité de la santé publique, *Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique*. Actualité et dossier en santé publique, n°26, mars 1999.

Haut Comité de la santé publique, *Recueil des principaux problèmes de santé d'après les rapports La Santé en France*. Paris, HCSP, 2002.

Henrion R., *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Rapport. Ministère de la Santé, février 2001.

Huerre P., Huerre C., *La violence juvénile*, Nervure, 2000.

Hugonot R., *Violence contre les vieux*, Erès, 1990.

Hugonot R., *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 1998.

Impact Médecin, n°9, 27 septembre 2002.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, *La Santé de l'homme*, n°364, mars-avril 2003.

Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?* Expertise collective, INSERM, 2001.

INSERM/ CépiDc, *Causes médicales de décès, année 1999*. Paris, 2002.

Josse D. et al., *Étude des signalements d'enfants*. Rapport à la DASES de Paris, CIDEF, Paris, 1997.

Kriegel B., *la violence à la télévision*, Rapport, ministère de la Culture, novembre 2002.

Lagrange H., *La délinquance des mineurs et les violences*, Regards sur l'actualité, vol. 243, 1998.

Lebailly P., *Violence des jeunes : l'éducation avant le tout sécuritaire*, Agora débats/jeunesse n°26, 2002.

Lebas J., *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*. Rapport, Délégation Interministérielle de la Ville, août 2002.

Lecomte D., *Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7 years period*. J. Clin Forensic Med., 1998.

Loi n° 2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière.

Mc Cauley et al., *The battering syndrome, prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice*, Ann Intern Med, 1995.

Mc Nutt L.A. et al., *Health impact of interpersonal violence, implications for clinical practice care environnement*, Am J. Prev Med. 2002.

Malinovsky-Rummel R., Hansen D.J., *Long-term consequences of childhood physical abuse*, Psychologic Bulletin, 1993.

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

Nizard A., *Suicide et mal-être social*. Population et sociétés, INED, 1998.

Observatoire national interministériel de sécurité routière. Bilan de l'année 2002.

Observatoire régional de santé de Bretagne, *Suicide et tentatives de suicide*, 2003.

Observatoire régional de santé des Pays de la Loire, *La santé observée dans les pays de la Loire, Suicide 2003*.

Organisation mondiale de la santé, *World Health Statistics Annual*, Genève, 1997-1999.

Organisation mondiale de la santé, *Deuil et suicide, indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*. Genève, 2002.

Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève 2002.

Péquignot F. et al., *Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°9, 2000.

Poilpot-Rocaboy G., *Un essai de modélisation : le processus du harcèlement professionnel*, Revue française de gestion, n°127, 2000.

Rosalin J., *Response to battered mothers in a pediatric emergency department*. Pediatrics, 1997.

Roussey M. et al., *l'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices*, Journal français d'ophtalmologie, 1987.

Saurel-Cubizolles et al., *Violence conjugale après une naissance*. Contracept Fertil Sex, 1997.

Société française de santé publique, *Synthèse des 26 consultations régionales dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique*, 2003.

Terra J.L., Contribution au rapport du GTNDO, Direction générale de la santé, 2003.

Thomas et al., *Violence conjugale*, Service de médecine légale, Centre hospitalier de Toulouse-Rangueil, Rangueil à Toulouse, 2000.

Tursz A. et al., *Les traumatismes intentionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions*, INSERM U 502/CERMES, janvier 2003.

Tursz A. et al., *Étude au Parquet de Paris de 1996 à 2000*, INSERM U 502, 2002.

Tursz A., Gerbouin-Rérolle P., Crost M., *Étude des conséquences graves de maltraitance méconnue dans l'enfance*. INSERM U 502/CERMES, 2003.

Volkoff S., Davezies P., *in Santé au travail*, n°41, octobre 2002.

Widding L. et al., *Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among swedish couples*, Acta Obstet Gynecol Scand, 1999.

Annexe

Violences et santé

Rapport de l'enquête réalisée par l'institut BVA à la demande du Haut Comité de la santé publique

MARS 2004

BVA Opinion-Institutionnel

Christophe BOURUET
Directeur d'études

Marie DAVID
Chargée d'études

*Principaux enseignements
de l'enquête*

Rappel des objectifs et de la méthodologie

a – Contexte et objectifs

Le thème de la « violence » est depuis longtemps au cœur du débat public et des enjeux politiques et sociaux. Depuis quelques années, la violence est ainsi devenue l'un des thèmes majeurs de préoccupation et de débat, non seulement au niveau légal et social, mais aussi dans le domaine de la santé. Ainsi, en 1997, l'Organisation mondiale de la santé soulignait que *la violence constituait une priorité en matière de santé publique* et mettait en place un plan d'action visant à la prévenir.

Saisi de cette question par le Ministre chargé de la santé, le Haut Comité de la santé publique a souhaité mettre en place une enquête ayant trois objectifs principaux :

- établir un état des lieux de l'opinion des Français à l'égard de la violence
- connaître la proportion de Français ayant été victime ou témoin d'actes de violence
- comprendre les conséquences des violences subies sur la santé.

b – Méthodologie

Un échantillon national représentatif de 2000 personnes âgées de 12 ans et plus a été constitué. La méthode des quotas a été appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, profession du chef de famille, stratification par région et catégorie d'agglomération.

L'étude n'ayant pas d'antécédent et étant réalisée pour la première fois, une enquête pilote, préalable au lancement de l'étude, a été réalisée auprès de 20 personnes le 24 novembre 2003. Cette phase de test a permis de valider la durée du questionnaire et de déceler quelques difficultés de passation ou de compréhension de certaines questions.

Le terrain d'enquête a été effectué du 1^{er} au 19 décembre 2003.

c – Une enquête abordant des sujets délicats : quelles précautions pour une passation des interviews de qualité ?

Compte tenu du caractère délicat de l'enquête, un certain nombre de règles ont été mises en place afin de faciliter la passation des interviews téléphoniques et d'en assurer leur qualité. Trois dispositifs, habituellement appliqués sur les enquêtes de santé publique traitant de sujets sensibles, ont été particulièrement nécessaires pour la présente étude :

- **des prises de rendez-vous sur mesure, à la convenance de l'interviewé** : si les appels téléphoniques ont eu lieu en soirée, de 17h à 21h en semaine et de 10h à 18h le samedi, les personnes interrogées pouvaient demander un rendez-vous téléphonique pour être rappelées à l'heure et au jour de leur choix. Ainsi, une équipe réduite d'enquêteurs a été mise en place afin d'honorer les éventuels rendez-vous pris en dehors des plages horaires habituelles.

Une telle mesure est très importante pour ce type d'étude car elle permet aux interviewés d'avoir la possibilité d'être dans une situation optimale pour répondre à l'enquête (être seul dans le foyer, ne pas être dérangé par un impératif quelconque, etc.). Cette mesure permet également de limiter les biais de sélection en incitant ceux qui ne sont pas disponibles au moment de l'appel téléphonique à être rappelés plus tard.

- **l'isolement de la personne interrogée** : compte tenu du caractère sensible des sujets abordés dans l'enquête, il était nécessaire d'inciter la personne interrogée à s'isoler pour l'interview. Cet isolement est en effet un gage supplémentaire de qualité de passation de l'interview : d'une part, les plus jeunes, une fois seuls – sans leurs parents – pour répondre à l'enquête, ne sont pas influencés dans leur réponse, d'autre part, les personnes victimes d'actes de violence sont plus libres de les déclarer et d'en parler.

D'ailleurs, afin de savoir si les personnes interrogées étaient réellement isolées lors de l'interview, une question finale a consisté à demander aux interviewés s'ils étaient vraiment seuls pour répondre au questionnaire. Les enquêteurs devaient ensuite donner, à leur tour, leur impression. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 96% des personnes interrogées déclarent avoir été seules au moment de l'entretien téléphonique et, dans le même temps, d'après les enquêteurs, 96% des interviews leur semblent avoir été conduites face à une personne seule. Un parallèle qui confirme l'isolement effectif des personnes interrogées.

- **un questionnaire construit de manière progressive pour amener les personnes à déclarer leurs éventuelles situations vécues en tant que victimes** : ici encore, l'enquête abordant des sujets délicats et difficiles pour certains interviewés, il était primordial de construire un questionnaire de manière progressive. Les premières questions abordaient ainsi l'opinion générale et la perception des Français à l'égard des phénomènes de violence : les phénomènes de violence ont-ils, d'après eux, augmenté ou diminué ces dernières années ? Se sentent-ils en sécurité ? Quelles sont, d'après eux, les causes et actions efficaces pour lutter contre ces phénomènes de violence ? Etc.

Ce sont ensuite des questions un peu plus précises sur le sentiment de bien-être ou de mal-être à l'école, au travail ou dans la famille qui ont été abordées.

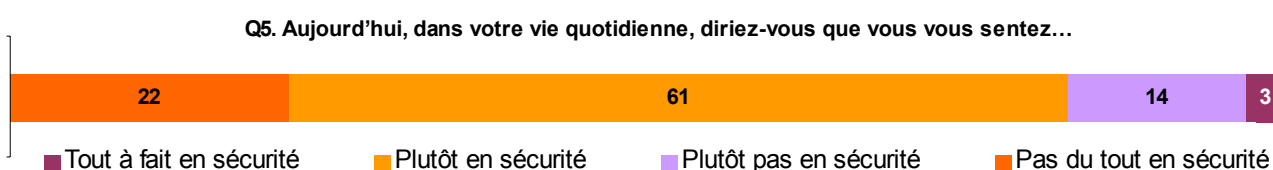
Et c'est seulement après cet ensemble de questions que les personnes interrogées ont été amenées à parler des actes de violence dont elles ont pu être témoin ou personnellement victime. Ce questionnement progressif est indispensable pour amener les personnes à se dévoiler et à déclarer les événements vécus et subis.

I – Opinion générale à l’égard des phénomènes de violence

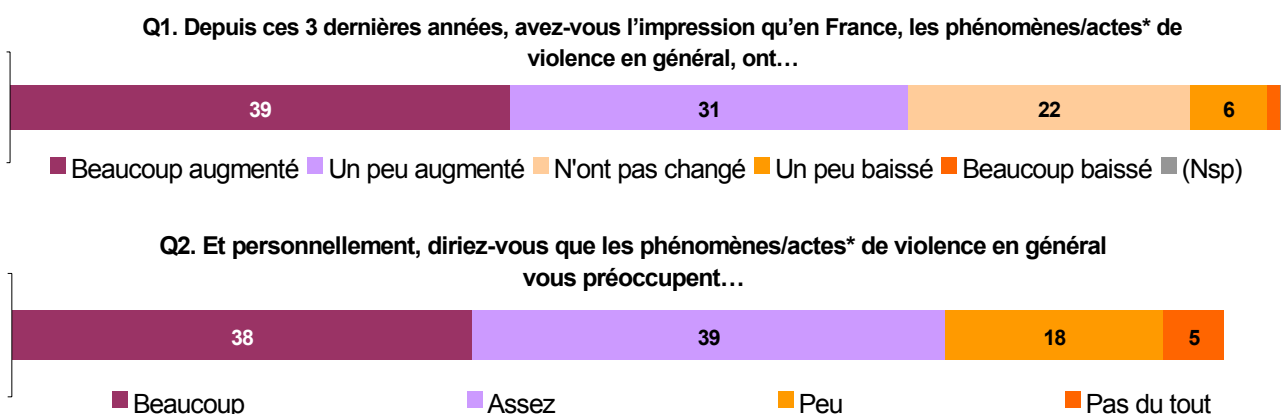
1. Une forte préoccupation a l'égard des phénomènes de violence malgré un sentiment d'insécurité relativement faible

Si plus de huit Français sur dix (83%) se sentent en sécurité aujourd'hui dans leur vie quotidienne, dont un sur cinq (22%) *tout à fait en sécurité*, les phénomènes de violence les préoccupent réellement et ont, d'après eux, augmenté depuis ces trois dernières années. D'une part, 70% ont, en effet, l'impression que les phénomènes de violence en France ont augmenté depuis trois ans, d'autre part, 77% en sont préoccupés, dont près de deux sur cinq (38%) qui en sont même *très préoccupés*.

Graphique 1 : Sentiment d'insécurité



Graphique 2 : Évolution et préoccupation à l'égard des phénomènes de violence



* Le terme « phénomènes » a été utilisé pour les 15 ans et plus, le terme « actes » pour les 12-14 ans

Augmentation des phénomènes de violence, préoccupation et sentiment d'insécurité : des craintes partagées par les mêmes personnes

Les craintes exprimées, de manière générale, à l'égard des phénomènes de violence tant en termes d'augmentation de la violence, qu'en termes de préoccupation ou de sentiment d'insécurité, reflètent un *profil type* de personnes particulièrement inquiètes. L'opinion quelque peu alarmiste relative à ces trois indicateurs est, en effet, davantage partagée par les femmes, les plus âgés, les habitants de petites agglomérations mais aussi les personnes à faible niveau de diplôme.

L'augmentation des phénomènes de violence : un sentiment indépendant des actes de violence subis

Si les Français ont le sentiment que les actes de violence en France se sont intensifiés depuis trois ans, il semble que cette impression n'est absolument pas liée au vécu personnel des personnes interrogées : avoir été victime ou témoin d'actes de violence n'influe pas sur la perception de l'évolution des phénomènes de violence.

Sans surprise, les individus qui ressentent une intensification de la violence depuis trois ans sont souvent les mêmes qui sont préoccupés par les phénomènes de violence et qui ne se sentent pas en sécurité.

Préoccupation et sentiment d'insécurité : des craintes liées au vécu des personnes interrogées

Contrairement au sentiment d'augmentation de la violence, être préoccupé par les phénomènes de violence et ne pas se sentir en sécurité dépend sensiblement des actes de violence que l'on a pu subir en tant que victime ou témoin. Parmi les personnes victimes d'au moins un acte de violence dans la rue au cours des douze derniers mois, 44% sont très préoccupés par les phénomènes de violence alors qu'ils sont seulement 38% en moyenne. La tendance est identique auprès des personnes exprimant un sentiment d'insécurité. 26% des individus ayant personnellement subi un acte de violence dans la rue au cours des douze derniers mois ne se sentent pas en sécurité contre seulement 17% au global.

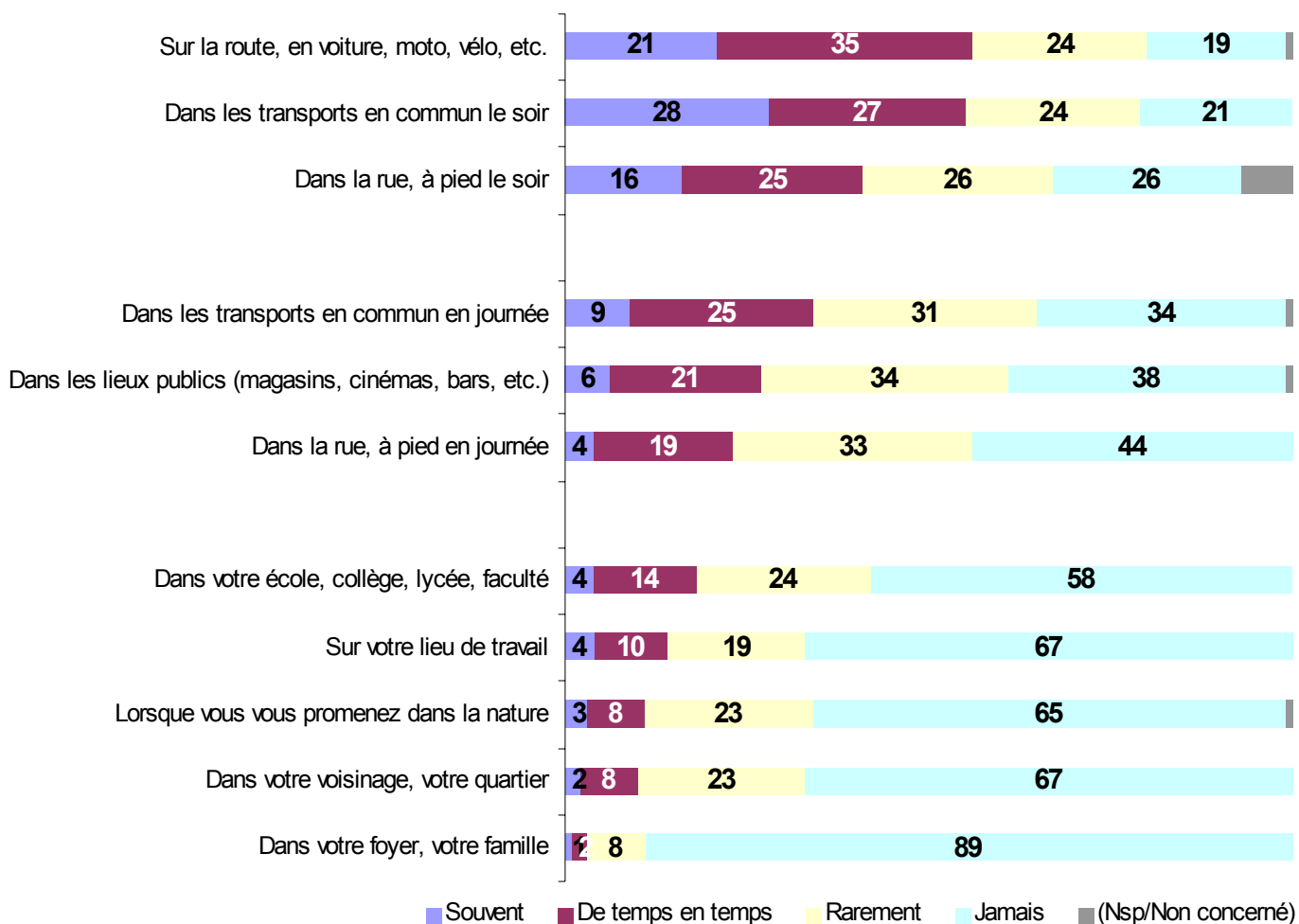
Sur la route, dans les transports en commun et dans la rue le soir : trois lieux de fréquente exposition à la violence

Lorsque l'on cite un certain nombre de lieux aux personnes interrogées, trois sont particulièrement synonymes de violence : sur la route, dans les transports en commun et dans la rue le soir. 56% se sentent ainsi *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence sur la route en voiture, moto ou vélo, 55% dans les transports en commun le soir⁸⁵ et 41% dans la rue en soirée.

85 Résultat calculé sur les personnes prenant les transports en commun le soir (base : 996).

Graphique 3 : Lieux d'exposition à de la violence

Q12. Je vais vous citer un certain nombre de lieux, pour chacun d'eux dites-moi si vous vous y sentez exposé à la violence.



Les femmes semblent être exposées à des phénomènes de violence plus particulièrement le soir : 63% des femmes expriment un sentiment d'exposition à la violence dans les transports en commun en soirée contre 47% des hommes. De même, 47% d'entre elles se sentent *souvent ou de temps en temps* exposées à de la violence dans la rue le soir contre 35% des hommes.

Cas particulier mais intéressant à noter, les transports en commun le soir en région parisienne semblent davantage être ressentis comme vecteur de violence : 65% des habitants de la région parisienne citent ce lieu comme un endroit d'exposition à la violence contre seulement 55% en moyenne.

Dans une position intermédiaire car légèrement moins cité comme lieu d'exposition à de la violence, les transports en commun en journée (34% s'y sentent *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence), les lieux publics comme les magasins, les cinémas, les bars (27%) et la rue en journée (23%) sont synonymes de violence.

Les jeunes ressentent une certaine violence dans les lieux publics comme les magasins, les cinémas, les bars ou tout simplement dans la rue en journée de manière plus fréquente que les autres personnes. Les 15-24 ans sont en effet 30% à se sentir *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence dans la rue en journée (contre 23% en moyenne) et 34% dans les lieux publics (contre 27% en moyenne). Une tendance qui reflète peut-être simplement la forte présence des jeunes dans la rue et les nombreux lieux qui leur sont plus particulièrement destinés : magasins, bars, boîtes, etc.

Enfin, les 35-49 ans citent davantage les transports en commun en journée.

Les interviewés se sentent moins exposés à des situations de violence à l'école ou sur le lieu de travail même si celle-ci est présente pour nombre d'interviewés (18%⁸⁶ se sentent *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence à l'école, 14% sur le lieu de travail)⁸⁷.

Notons cependant deux lieux qui témoignent de caractéristiques particulières des répondants. D'une part, ce sont davantage les habitants des grandes villes et de l'agglomération parisienne qui se sentent *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence dans leur voisinage, leur quartier (17% des agglomérations de 100 000 à 200 000 habitants et 14% des habitants de l'agglomération parisienne contre 10% en moyenne). Il est clair que cette tendance est intrinsèquement liée à l'endroit dans lequel on vit : la proximité de son voisinage est beaucoup plus forte dans les grandes agglomérations très peuplées.

D'autre part, si la proportion de Français qui se sentent *souvent ou de temps en temps* exposés à de la violence dans leur foyer (3%) peut paraître faible, il n'en demeure pas moins que ce chiffre, ramené à la population française des personnes âgées de 12 ans et plus, représente entre 718 000 et 1 460 000 individus⁸⁸.

Notons enfin que les 8% de Français qui avouent, quant à eux, ressentir *rarement* une certaine violence dans leur foyer, leur famille, – soit une fréquence, de toute évidence, non nulle - sont également ceux qui semblent issus d'un milieu moins favorisé. Cette proportion est en effet la plus élevée parmi les ouvriers (17%) et les personnes ayant un faible niveau de diplôme (11% des personnes de niveau CAP-BEP) ; cette proportion est également élevée parmi les habitants de petites agglomérations (11%).

Pour conclure, notons que, si la route et les lieux publics en soirée sont les plus forts symboles d'exposition à la violence, il est clair que le fait d'avoir été soi-même victime d'actes de violence est un facteur déterminant du sentiment d'exposition à la violence, et ce, quel que soit le lieu considéré.

86 Question posée aux élèves ou étudiants (base : 301).

87 Actifs, chômeurs de moins d'un an ou personnes ayant eu une activité salariée au cours des 12 derniers mois (base : 1069).

88 Cette fourchette est établie en fonction des marges d'erreur calculée sur un échantillon de 2000 personnes et un pourcentage observé de 3%. La marge d'erreur est, pour cet exemple de plus ou moins 0,75 au risque habituel de 5%.

2. ...Un sentiment d'insécurité relativement faible confirme par un réel équilibre dans sa vie quotidienne : à l'école, au travail, dans sa famille

Même si les Français semblent se sentir mieux en famille qu'à l'école ou au travail, ils expriment de manière générale, une satisfaction dans leur vie quotidienne.

Des niveaux de satisfaction de la vie à l'école aussi élevés qu'au travail

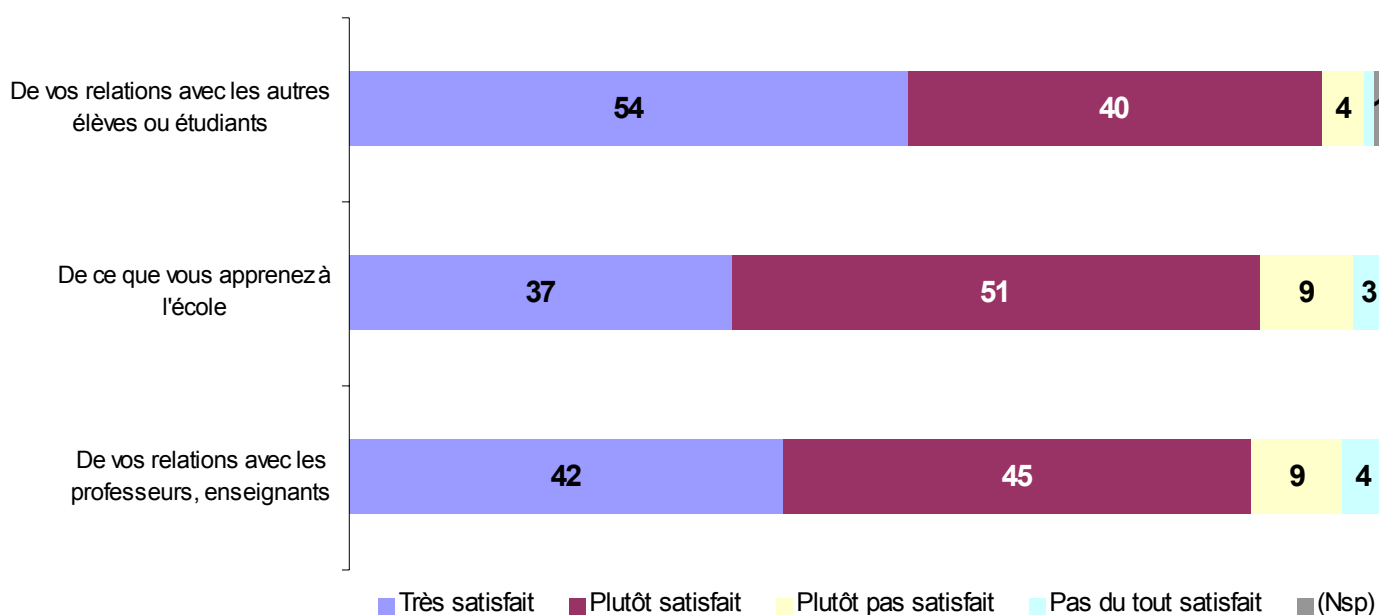
La quasi-totalité des élèves et étudiants interrogés se sentent *bien* à l'école (94%) dont près d'un tiers (31%) qui se sentent même *très bien*. Seuls 6% déclarent se sentir mal sur leur lieu d'études.

Cette tendance est confirmée par la qualité des relations entretenues avec l'ensemble des personnes présentes à l'école, au collège, au lycée ou à l'université. Sans surprise, les relations avec les autres élèves ou étudiants sont les plus satisfaisantes (94%), devant les relations avec les professeurs et enseignants (87%) et le contenu de l'apprentissage suivi (88%).

Cet état de bien-être à l'école semble bien réel puisque qu'aucune caractéristique socio-démographique – l'âge ou le niveau de diplôme par exemple - n'influe sur les niveaux de satisfaction exprimés.

Graphique 4: niveau de satisfaction de la vie à l'école, au collège, au lycée, à l'université

Q6. Nous allons parler de votre vie à l'école (au collège, au lycée, à l'université). Etes-vous très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait...

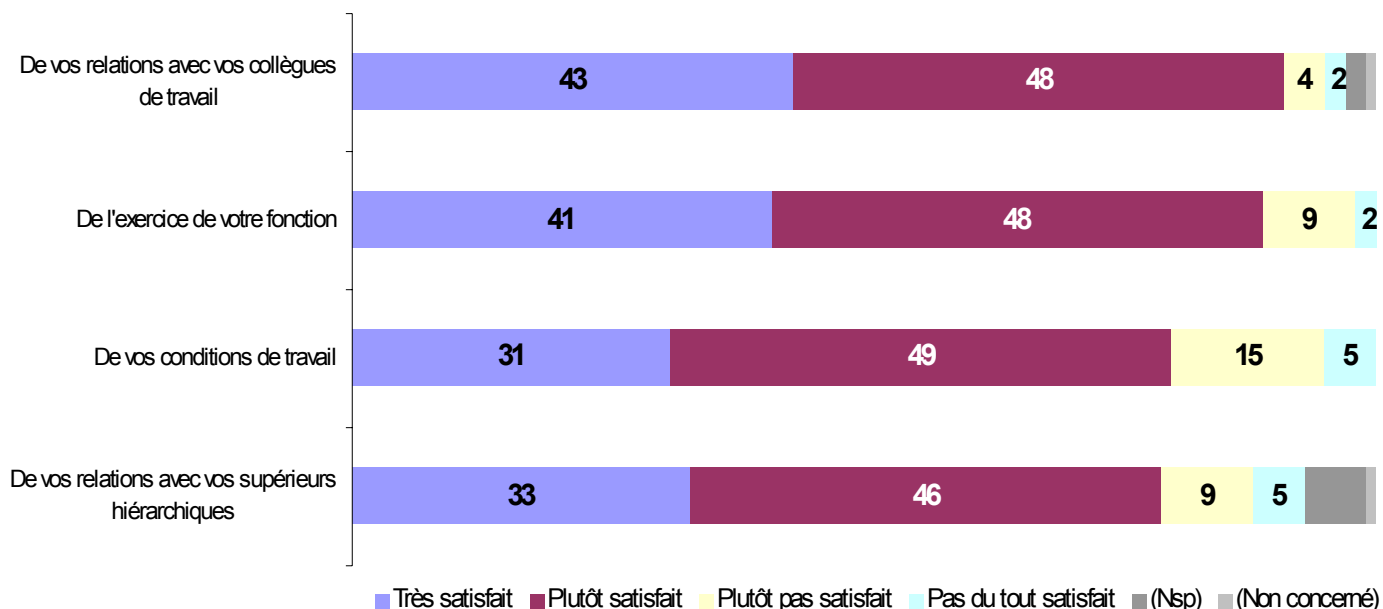


On retrouve, sur le lieu de travail, le même niveau de satisfaction que sur le lieu d'études. La quasi-totalité des actifs interrogés se sentent *bien* au travail (94%) dont près de deux sur cinq (37%) qui s'y sentent même *très bien*.

Ici encore et sans surprise, ce sont les relations avec les collègues de travail (91%) et l'intérêt de son travail (89%) qui sont les plus satisfaisants, devant les relations avec les supérieurs hiérarchiques (79%) et les conditions de travail (80%). Il est important de préciser que ces deux derniers aspects de la vie professionnelle rassemblent respectivement 14% et 20% de personnes insatisfaites. Dans la mesure où le travail fait partie intégrante de la vie quotidienne de chacun, ces deux taux d'insatisfaction sont loin d'être négligeables.

Graphique 5: niveau de satisfaction dans la vie professionnelle

Q8. Etes-vous (ou étiez-vous) très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait...



La satisfaction des différents aspects de sa vie professionnelle est fortement corrélée aux violences subies sur le lieu de travail : il apparaît clairement que les actifs insatisfaits sont aussi ceux qui ont été victimes de violences dans la rue mais surtout au travail au cours des douze derniers mois.

Enfin, le type de fonction est également déterminant dans la satisfaction à l'égard de ses conditions de travail. Si les cadres et professions libérales ont tendance à en être plus satisfaits (43% en sont *très satisfaits* contre 31% en moyenne), les employés mais aussi les habitants en milieu rural (26% n'en sont pas satisfaits contre 20% en moyenne) en sont, de leur côté, largement plus insatisfaits.

La vie dans la famille : un environnement protecteur

De manière encore plus marquée que la vie à l'école ou au travail, la vie dans la famille semble tout à fait satisfaisante. Cette fois, la totalité des personnes interrogées (99%) se sentent bien dans leur foyer dont plus des deux tiers (69%) qui s'y sentent *très bien*.

De même, l'ensemble des relations que l'on peut avoir avec les membres de sa famille est très bien ressenti. 97%⁸⁹ sont satisfaits des relations entretenues avec leurs enfants, 95%⁹⁰ de leurs relations avec leurs parents ou beaux-parents et 93%⁹¹ de leurs relations avec leurs frères et sœurs ou demi-frères et demi-sœurs.

Ces chiffres ne doivent cependant pas cacher le fait qu'une proportion non négligeable reste insatisfaite des relations entretenues avec les membres de sa famille. 5% des personnes interrogées ne se sentent pas satisfaites des relations qu'elles entretiennent avec leurs parents ou leurs beaux-parents et 7% des relations avec leurs frères et sœurs.

3. Les phénomènes de violence : quelles en sont les causes ? Quels sont les moyens jugés efficaces pour y remédier ?

L'éducation : la principale cause des phénomènes de violence

Parmi les différentes causes des phénomènes de violence en France, ce sont les propositions liées à l'éducation qui semblent être les plus explicatives. Le manque d'éducation des enfants par leurs parents arrive en effet largement en tête : 93% des personnes interrogées considèrent qu'il est une des causes des actes de violence en France. En outre, plus des trois quarts (77%) évoquent la diminution de l'autorité et de la discipline à l'école et sept personnes sur dix (72%) citent l'échec scolaire.

Si les problèmes éducatifs représentent, d'après les Français, les principales raisons expliquant l'évolution des actes et phénomènes de violence, la consommation d'alcool et de drogues sont également deux dimensions fortes des causes de la violence en France. La consommation de drogues est un des facteurs de développement des actes de violence pour plus de huit Français sur dix (84%) et la consommation d'alcool, pour plus des trois quarts (77%). Ces scores traduisent clairement la peur des effets de ces produits, effets souvent associés à des comportements dangereux et incontrôlés.

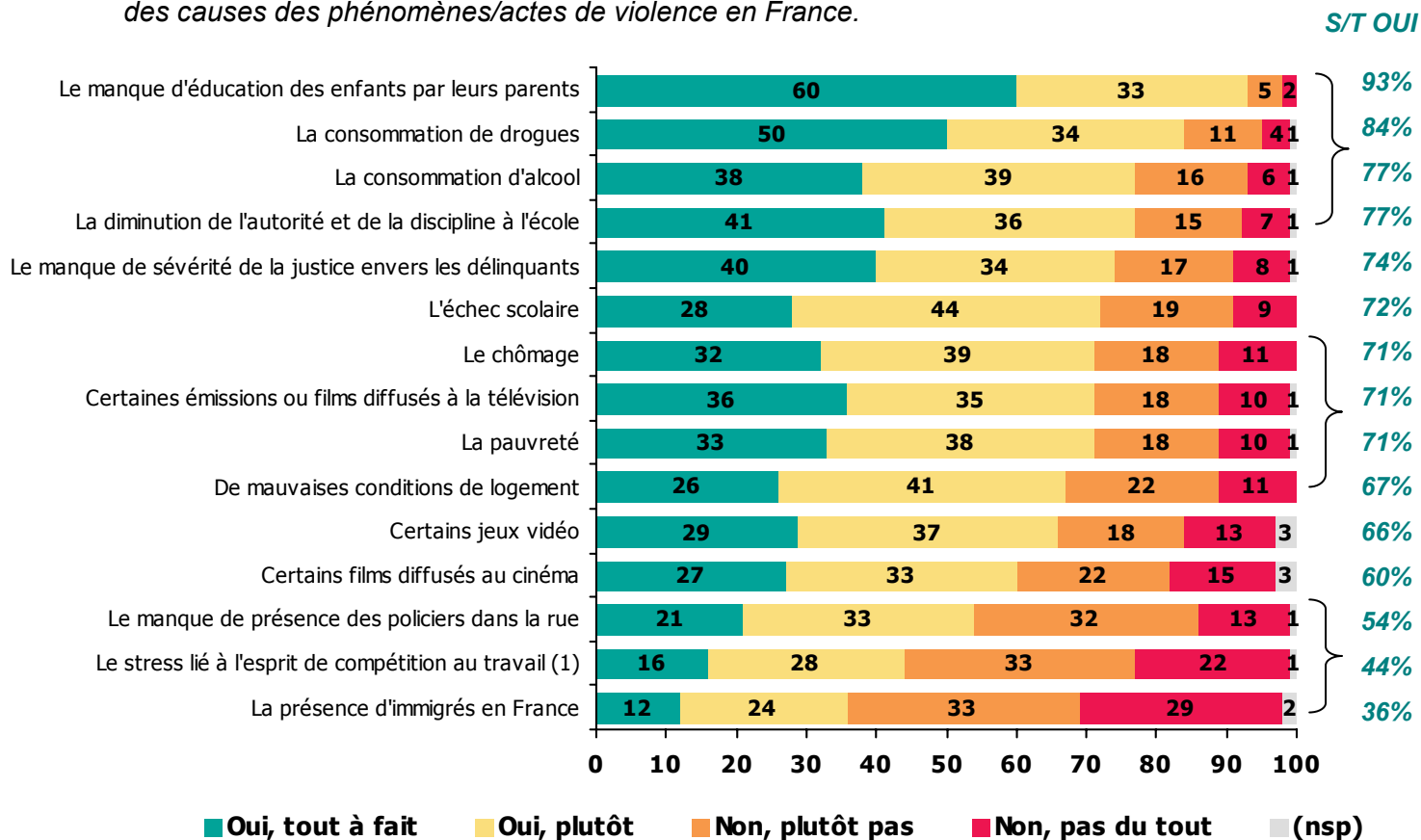
89 Résultat sur la base des personnes ayant des enfants (1337).

90 Résultat sur la base des personnes ayant des parents (1573).

91 Résultat sur la base des personnes ayant des frères et sœurs, demi-frères ou demi-sœurs (1730).

Graphique 6: Causes des phénomènes de violence en France

Q3. Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous considérez qu'elle est une des causes des phénomènes/actes de violence en France.



La deuxième dimension des causes de la violence en France relève du domaine socio-économique. Le chômage (71%), la pauvreté (71%) et les mauvaises conditions de logement (67%) sont ainsi cités par plus des deux tiers des personnes interrogées comme facteur explicatif des phénomènes de violence.

Parmi l'ensemble des thèmes proposés, la présence d'immigrés en France (36%) est celui qui est le moins cité comme facteur explicatif des phénomènes de violence même si c'est tout de même par plus d'un tiers des répondants.

Enfin, les causes à caractère « sécuritaire » sont globalement moins citées. Si, en effet, le manque de sévérité de la justice envers les délinquants est reconnu par 74% comme une réelle cause de la violence, donc au même niveau que les items précédents, en revanche le manque de présence des policiers dans la rue (54%) est nettement en retrait.

Globalement, la plus grande partie des causes proposées aux personnes interrogées sont largement reconnues comme de réelles raisons expliquant les phénomènes de violences en France, et ceci pour les différents groupes sociaux et classes d'âge.

Dans ce cadre général, les causes économiques et socioculturelles d'un côté et les causes à caractère « sécuritaire » de l'autre regroupent chacune une plus grande proportion de personnes ayant un certain profil social.

Les raisons économiques et socioculturelles, telles que les mauvaises conditions de logement ou l'échec scolaire sont davantage reconnues par les personnes issues d'un milieu aisé : les professions libérales et cadres supérieurs et les individus ayant un haut niveau de diplôme, supérieur à bac+2.

Quant aux raisons davantage « sécuritaires », le manque de sévérité de la justice envers les délinquants ou le manque de présence des policiers dans la rue, elles rassemblent davantage les personnes issues d'un niveau social et culturel moins favorisé : les personnes peu diplômées, les retraités et inactifs. Cette dernière catégorie de causes rallie également de façon importante les individus préoccupés par les phénomènes de violence et qui ne se sentent pas en sécurité.

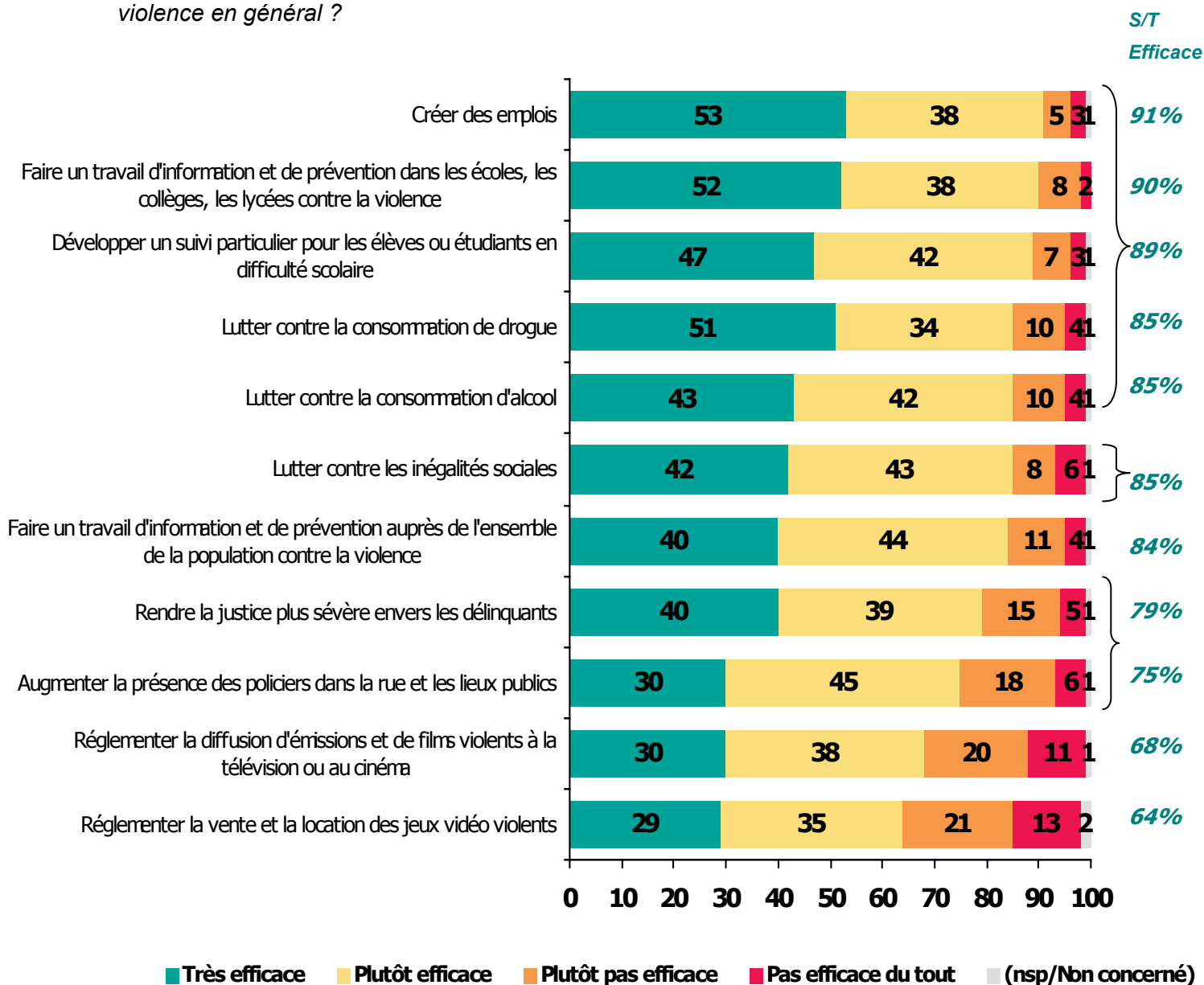
La création d'emploi et l'amélioration du système éducatif : les deux principaux moyens jugés efficaces pour lutter contre les phénomènes de violence

La création d'emploi arrive en tête des moyens jugés les plus efficaces pour lutter contre la violence en général (91%). Excepté ce domaine, on retrouve, de manière symétrique aux causes évoquées ci-dessus, des moyens de lutte avant tout axés sur l'éducation. La mise en place d'un travail d'information et de prévention dans les écoles, les collèges et les lycées contre la violence (90%) et le développement d'un suivi particulier pour les élèves ou étudiants en difficulté scolaire (89%) sont les deux moyens de lutte les plus cités, après la création d'emploi.

L'alcool et les drogues restent, en termes de moyens de lutte cette fois, très présents à l'esprit des Français : 85% d'entre eux considèrent que lutter contre leur consommation est un moyen efficace pour combattre la violence en général.

Graphique 7 : Moyens jugés efficaces pour lutter contre la violence en général

Q30. En fin de compte, pour chacune des actions suivantes, dites-moi si vous la trouvez très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout pour lutter contre la violence en général ?



Dans une position médiane, on retrouve, de façon identique aux résultats observés sur les causes des phénomènes de violence, une dimension socio-économique aux actions à mettre en place pour lutter contre la violence. 85% des personnes interrogées reconnaissent ainsi la lutte contre les inégalités sociales comme un outil efficace contre la violence.

Les moyens de lutte à caractère «sécuritaire» sont, ici encore, les moyens dont l'efficacité est la moins reconnue. Si le manque de sévérité de la justice envers les délinquants était dans les premières propositions choisies par les interviewés, rendre la justice plus sévère

envers les délinquants se retrouve comme l'un des moyens les moins cités comme efficace (79%). Quant à l'augmentation de la présence des policiers dans la rue, elle reste, en termes de moyens comme en termes de causes, l'un des axes les moins considérés.

En s'intéressant de plus près au profil des répondants, il est intéressant de noter que, quelle que soit la raison évoquée, un profil type de personnes jugent l'ensemble des moyens toujours efficaces pour lutter contre la violence. Ce sont les plus âgés (50-64 ans et 65 ans et plus) et les retraités ainsi que les personnes peu diplômées : très préoccupées par les phénomènes de violence, ces personnes considèrent ainsi que tous les moyens sont bons pour faire baisser les actes et phénomènes de violence.

A l'inverse, une plus forte proportion de jeunes est critique concernant les actions relatives à l'éducation. Les 15-24 ans pensent davantage que la moyenne qu'un travail d'information et de prévention dans les écoles, collèges et lycées ne serait pas efficace (18% des 15-24 ans contre 10% en moyenne). Quant aux 12-14 ans, ils sont un peu moins nombreux à croire au développement d'un suivi particulier pour les élèves ou étudiants en difficulté scolaire (83 % des 12-14 ans contre 89 % en moyenne).

Décalage entre chômage et emploi : l'emploi davantage cité en termes de moyens que ne l'est le chômage en termes de causes

En analysant de manière plus approfondie la cohérence des réponses entre les causes perçues et les moyens jugés efficaces pour remédier à la violence en général, un décalage apparaît sur l'axe emploi/chômage : la création d'emplois est beaucoup plus considérée comme un moyen de lutte efficace contre la violence (91%) que ne l'est le chômage en tant qu'explication des phénomènes de violence (71%).

Il est clair que si le chômage est une préoccupation forte, la création d'emplois représente, au travers de sa dimension concrète, une réponse encore plus forte aux problèmes de la société actuelle, aussi divers soient-ils, et aux phénomènes de violence en général.

A un niveau global inférieur, on trouve un même décalage de 21% concernant la présence de policiers dans les rues : le manque de présence est considéré comme une cause de violence par 54% des enquêtés mais ce sont 75 % d'entre eux qui considèrent que l'augmentation de cette présence serait un moyen de lutte efficace contre la violence.

II – Les victimes et les témoins d’actes de violence

1. Victime ou témoin d'actes de violence dans la rue

Les « spectateurs » d'actes de violence dans la rue : témoins d'insultes et de brutalités physiques

En énumérant un certain nombre de situations qui peuvent arriver dans la rue, les transports en commun ou les lieux publics, les insultes, propos obscènes, racistes ou sexistes ainsi que les gifles et autres brutalités physiques représentent les deux agressions vécues le plus souvent **en tant que témoins** au cours des douze derniers mois.

Plus de deux personnes sur cinq (42%) ont été témoins d'insultes au cours des douze derniers mois et une personne sur cinq (18%) de gifles ou d'autres brutalités physiques. Les jeunes habitant les grandes villes et l'agglomération parisienne semblent être plus souvent témoins de ces agressions.

De manière moins fréquente mais non négligeable, compte tenu de la gravité de certains actes, les Français ont également été témoins de racket (6%), de menace avec un couteau, un outil ou une autre arme (5%) mais aussi d'avances sexuelles verbales insistantes (7%) et de contacts physiques rapprochés comme des mains aux fesses ou du pelotage (10%). Ces résultats reflètent clairement une présence certaine d'actes de violence dans la vie quotidienne des Français.

Ici encore, les plus jeunes et les habitants de l'agglomération parisienne sont les plus exposés, en tant que témoins, à l'ensemble de ces agressions, souvent graves.

Une intervention du témoin auprès de l'agresseur relativement fréquente

Les personnes témoins d'actes de violence semblent réussir à s'interposer lors de l'agression : près d'un tiers (32%) déclare être intervenu dans une telle situation. Un courage inévitablement empathique : l'intervention face à une telle situation s'effectue davantage par les personnes qui ont déjà été victimes d'actes de violence dans la rue (42% d'entre elles sont intervenues contre 32% en moyenne).

Les victimes d'actes de violence dans la rue : une agression par les insultes

Lorsque l'on demande, cette fois, aux personnes interrogées, si elles ont été victimes d'actes de violence dans la rue au cours des douze derniers mois, seuls les insultes, propos grossiers, obscènes ou racistes représentent des proportions importantes. 15% en ont été personnellement victimes et 17% connaissent un proche à qui l'agression est arrivée. Au total, plus d'un quart (27%) ont ainsi été victimes de cet acte, soit au niveau strictement personnel, soit au niveau de leur entourage proche.

Même tendance que celle observée auprès des témoins d'agressions, les jeunes sont les plus touchés par ce type d'acte de violence (26% des 15-24 ans), ainsi que les habitants de l'agglomération parisienne (22%).

Toutes les autres agressions représentent des proportions beaucoup plus faibles mais ne doivent évidemment pas être négligées. C'est ainsi que 3% ont été victimes de ces autres agressions et 7% déclarent qu'un proche en a été victime. En considérant l'environnement de la personne **au sens large**, c'est à dire l'ensemble des actes subis en tant que victime directe ou victime indirecte – par l'intermédiaire d'un proche à qui l'agression est arrivée – on note que 9% ont été victimes de gifles ou autres brutalités physiques, 7% de racket ou de contacts physiques rapprochés comme du pelotage et 6% de menaces avec un couteau ou une autre arme et d'avances sexuelles verbales insistantes.

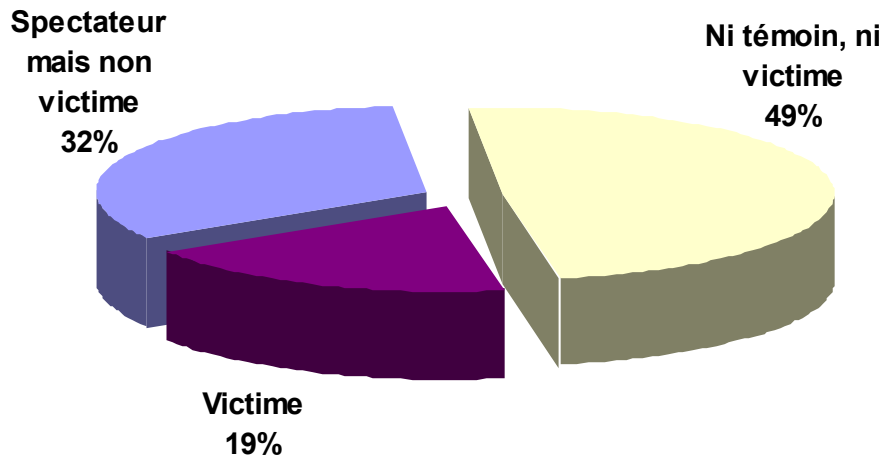
La proportion des personnes déclarant avoir subi de tels actes au cours des douze derniers mois est évidemment en soi un chiffre faible mais en cumulé sur plusieurs années cette proportion deviendrait rapidement significative et surtout elle conduit à une estimation de victimes en nombre absolu comprise entre 720 000 et 1460 000.

Ainsi l'ensemble de ces chiffres dénotent-ils une réelle existence d'actes violents commis dans la rue.

Indicateur synthétique de victimation : un Français sur cinq victime d'au moins un acte de violence dans la rue au cours des douze derniers mois

Finalement, si pris séparément, les actes de violence subis ne semblent pas si fréquents, en construisant un indicateur synthétique de victimation, on comprend mieux l'importance et la fréquence des violences subies dans la rue. Ainsi, un Français sur cinq (19%) a été victime d'au moins un acte de violence au cours des douze derniers mois. Ceux qui ont été seulement témoins de violence mais jamais victimes représentent près d'un tiers (32%) des personnes interrogées. Reste donc seulement la moitié (49%) qui n'a été ni témoin ni victime dans la rue au cours des douze derniers mois.

Graphique 8 : Indicateur synthétique de victimation – Témoin ou victime d’actes de violence dans la rue



2. Victime ou témoin d’actes de violence à l’école et sur le lieu de travail

Les insultes et les critiques répétées de son travail : deux violences subies fréquemment à l’école

Les actes de violence subis en milieu scolaire se traduisent avant tout par les insultes et les critiques répétées et injustes du travail fourni par les élèves et étudiants. 10% d’entre eux déclarent avoir été victimes *d’insultes, de propos grossiers, obscènes ou racistes* dans leur établissement scolaire au cours des douze derniers mois et 9% de *critiques répétées de leur travail*.

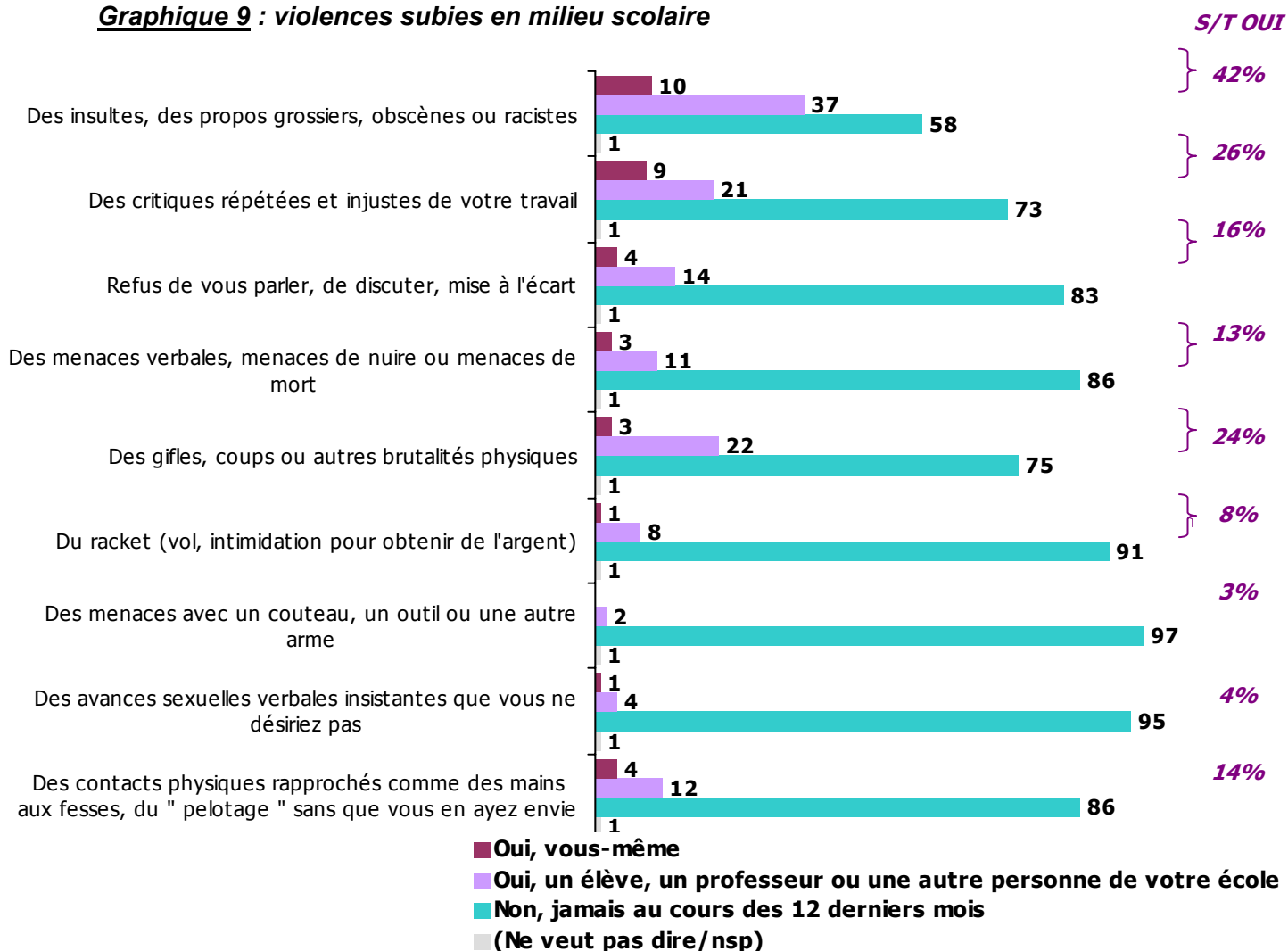
37% des élèves et étudiants ont été témoins d’insultes dans leur collège, lycée ou université et 21% de critiques répétées de leur travail.

Bien entendu, ces actes de violence sont largement plus présents dans les établissements secondaires, et plus particulièrement dans les collèges.

Moins présents dans les établissements scolaires, quatre autres types d’actes de violence restent importants à mentionner. Le *refus de parler, la mise à l’écart de la personne* (4%), les *menaces verbales, menaces de nuire ou menaces de mort* (3%), les *giffles ou autres brutalités physiques* (3%) ou encore les *contacts physiques rapprochés comme du pelotage ou des mains aux fesses* (4%) sont des actes subis par 3 à 4% des élèves et étudiants interrogés.

Comme pour les insultes ou les critiques répétées, les élèves et étudiants sont davantage témoins que victimes de l'ensemble de ces actes : sur les quatre violences énumérées ci-dessus, entre 11% (pour les menaces verbales) et 22% (pour les gifles et autres brutalités physiques) des élèves et étudiants déclarent en avoir été témoins.

Graphique 9 : violences subies en milieu scolaire



Note : le sous-total OUI n'est pas la somme des deux items OUI car certaines personnes cumulent les deux situations

Enfin, si la répétition des actes subis en milieu scolaire semble moins forte que dans la rue, elle reste relativement importante. 80% des élèves ou étudiants ayant été victimes d'au moins un acte de violence au cours des derniers mois en milieu scolaire déclarent n'avoir subi ces violences que *rarement*. Mais ils sont 16% à considérer que ces actes leur sont arrivés *de temps en temps* et 4% *souvent*. Les jeunes qui subissent des violences en milieu scolaire y sont donc sujets fréquemment de façon répétée.

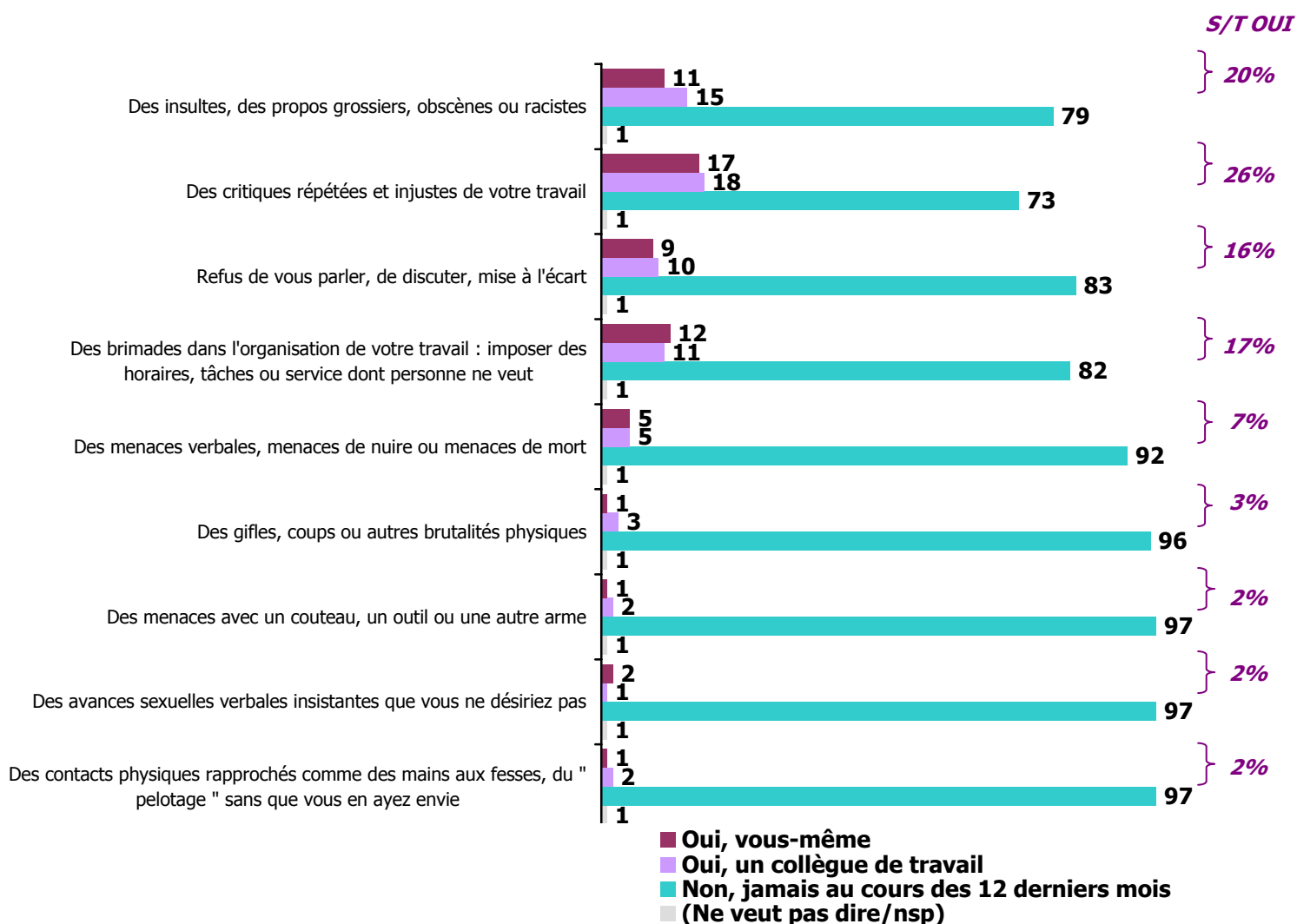
Le harcèlement moral : une violence très présente sur le lieu de travail

Les taux de victimation observés sur le lieu de travail sont, dans l'ensemble, supérieurs à ceux observés en milieu scolaire et traduisent davantage un climat de harcèlement moral. Les quatre actes de violence qui arrivent largement en tête des actes de violence subis sur le lieu de travail relèvent en effet du domaine de l'atteinte psychologique de la personne : les *critiques répétées et injustes du travail effectué* (17%) sont les plus citées, suivies des *brimades dans l'organisation du travail* (12%), des *insultes et propos grossiers* (11%) et du *refus de parler, de la mise à l'écart de la personne* (9%).

Ce climat de harcèlement moral se ressent également par l'importance de ces actes vécus en tant que témoin. Entre 10% (pour le refus de parler à la personne, sa mise à l'écart) et 18% (pour les critiques répétées et injustes du travail effectué) des actifs interrogés en ont également été témoins.

Les employés sont les plus touchés par ces violences au travail, et plus précisément par les insultes et leur mise à l'écart. 22% d'entre eux sont en effet victimes d'insultes et propos grossiers et 13% d'une mise à l'écart, contre respectivement 17% et 9% en moyenne. Phénomène assez peu surprenant compte tenu de leur statut qui ne leur confère, généralement, que peu de liberté dans l'exécution de leur tâche.

Graphique 10 : Violences subies sur le lieu de travail



Note : le sous-total OUI n'est pas la somme des deux items OUI car certaines personnes cumulent les deux situations

Comparé aux actes subis dans la rue ou en milieu scolaire, le lieu de travail est l'endroit où les violences subies sont les plus répétées. Seuls 56% des actifs victimes de violence déclarent n'en avoir subi que *rarement*. Près d'un tiers (27%) en a subi *de temps en temps* et 15% en ont même subi *souvent*.

Les violences subies au travail ne sont donc pas ponctuelles et font réellement partie du quotidien d'un nombre non négligeable d'actifs. Les actifs sont d'ailleurs, au final, près d'un tiers à être concernés par ce climat de violence qui règne dans certaines entreprises : 29% ont, en effet, subi au moins un acte de violence sur leur lieu de travail au cours des douze derniers mois.

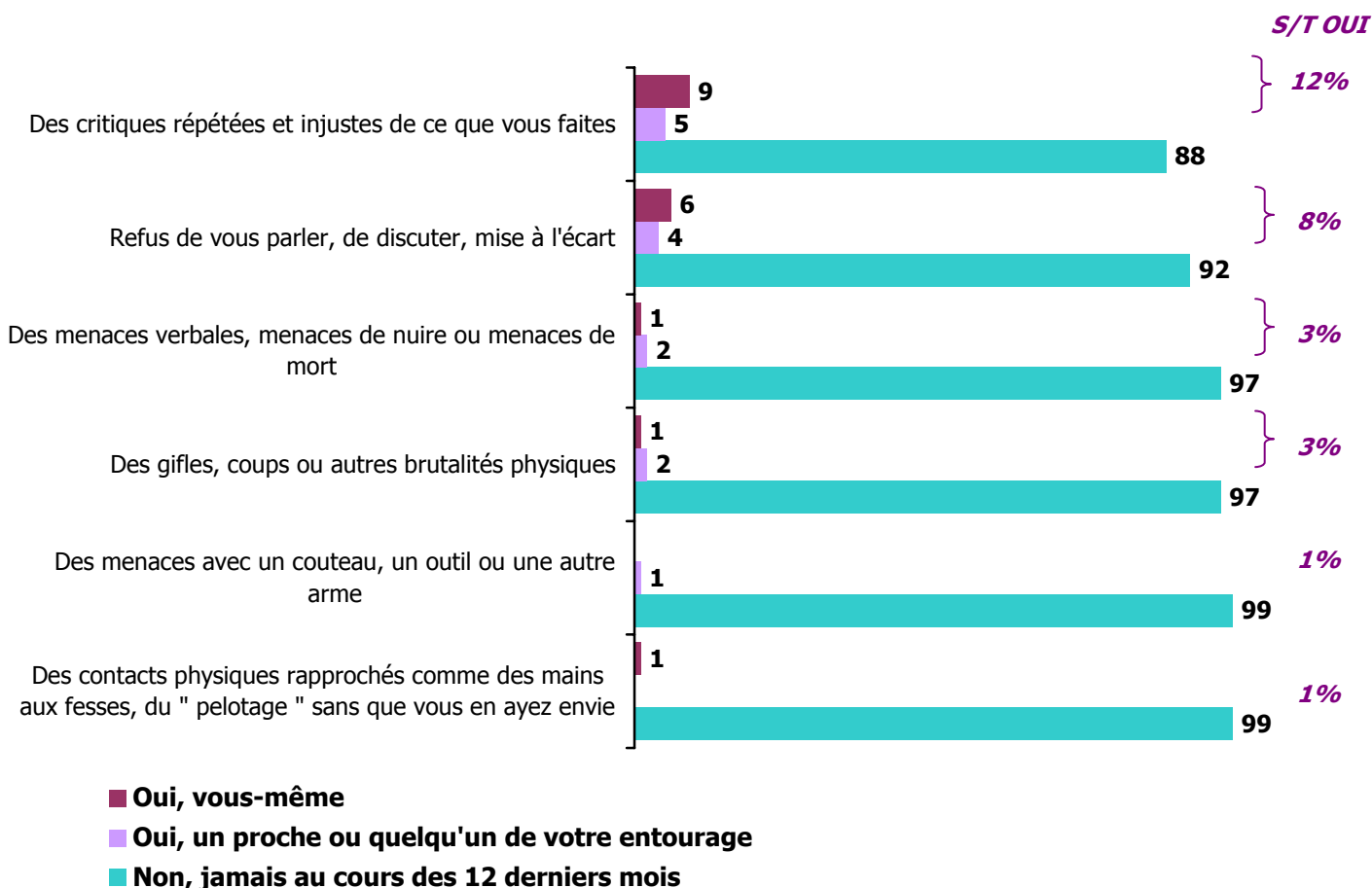
3. Victime ou témoin d'actes de violence chez soi, en famille

La famille : un environnement protecteur qui n'échappe cependant pas complètement à la violence

Au regard des résultats observés sur le lieu de travail ou en milieu scolaire, la violence semble peu régner dans le cercle familial. Il ne faut néanmoins pas négliger le fait qu'oser déclarer un acte de violence que l'on a subi chez soi est loin d'être évident pour les personnes interrogées. Il est donc fort probable que les violences subies en famille sont sous-déclarées.

Près d'un Français sur dix (9%) déclare avoir été victime de *critiques répétées* au cours des douze derniers mois dans sa famille et 6% déclarent avoir été *mis à l'écart*, un membre de leur famille refusant de parler, de discuter. Et respectivement 5 et 4% ont été témoins, dans leur foyer, de ces actes de violence.

Graphique 11 : Violences subies dans la famille



Note : le sous-total OUI n'est pas la somme des deux items OUI car certaines personnes cumulent les deux situations

Toutes les autres violences beaucoup plus graves, telles que des *menaces verbales, des gifles ou autres brutalités physiques, des menaces avec un couteau ou une autre arme ou encore des avances sexuelles physiques* semblent être moins présentes dans le milieu familial : la quasi-totalité (entre 97 et 99%) n'a jamais connu de telle situation dans le foyer.

Reste néanmoins que, globalement, 10% des personnes interrogées ont été victimes d'au moins un acte de violence dans leur foyer. Si ce taux de victimation dans le foyer est, bien entendu, non négligeable, il doit être mis en perspective avec le type de violence subie. En effet, il apparaît clairement qu'être victime de violence chez soi est davantage lié à des actes de violences verbales – et surtout des critiques répétées ou une mise à l'écart - que physiques : parmi ces 10% de victimes d'actes de violence au sein de la famille, 1% ont subi des violences physiques (*gifles, coups ou autres brutalités physiques et contacts physiques rapprochés comme des mains aux fesses ou du pelotage*) alors que 9% ont été victimes de violences verbales (*critiques répétées, refus de parler, menaces verbales, menaces avec un couteau*).

Remarque méthodologique : les taux de victimation dans la famille sont à interpréter avec précaution

Si, au vu des chiffres énoncés ci-dessus, on pourrait conclure à un climat relativement serein dans l'environnement familial, il faut cependant nuancer cette affirmation. La taille de l'échantillon de 2 000 personnes âgées de 12 ans et plus permet de donner une vision globale de l'opinion des Français à l'égard des phénomènes de violence et de donner des **résultats approchés** des violences subies dans la rue, en milieu scolaire et professionnel et dans l'environnement familial.

En effet, deux raisons principales nous poussent à considérer l'ensemble des résultats de victimation, et surtout de ceux observés dans la famille, avec certaines **précautions** :

- Les résultats des violences subies dans la famille posent le problème de leur fiabilité statistique. Les faibles taux observés concernant les actes de violence graves (1% se déclarant victime, 2% se déclarant témoins) nous conduisent à considérer ces résultats avec prudence compte tenu de la taille de l'échantillon retenue.

Il faudrait, en effet, augmenter énormément la taille de l'échantillon pour savoir comment ce chiffre, aussi faible soit-il sur un échantillon de 2000 personnes, évoluerait.

Attention cependant à ne pas minorer ces taux de victimation dans la famille : 2% de personnes victimes de *gifles ou coups répétés* dans leur foyer ou 1% de personnes victimes de *menaces avec une arme* peuvent, comme précisé précédemment, donner l'impression d'une proportion très faible. Pourtant, ramenés à l'ensemble de la population française concernée, ces chiffres représentent plusieurs centaines de milliers de personnes. Des résultats à ne pas sous-estimer, d'autant plus que les indicateurs de victimation mesurés se limitent aux douze derniers mois passés.

- L'enquête *Violences et santé* a pour principal objectif de mesurer l'appréhension des phénomènes de violence. Elle ne prétend donc pas estimer, de manière très fine, l'exposition réelle à des actes et phénomènes de violence.

Une telle mesure, détaillée et précise, suppose un questionnaire plus long et plus approfondi.

4. Réaction face aux actes de violence subis et conséquences

Alcool et drogue : deux produits souvent consommés par l'agresseur au moment des faits

Sur l'ensemble des personnes interrogées ayant été victimes, témoins ou ayant eu un proche victime d'au moins un acte de violence dans la rue, à l'école, sur le lieu de travail ou dans la famille au cours des douze derniers mois, 18% estiment que leur agresseur avait pris de l'alcool et 11% de la drogue.

Ces deux taux, basés sur la seule impression des victimes ou témoins de ces violences, dénotent l'effet violent et non négligeable que peut avoir la consommation de ces produits sur une personne.

Attitude adoptée après les faits subis : une démarche active auprès des professionnels de santé malgré un besoin de communication limité au cercle familial et personnel

Aller voir un professionnel de santé est la démarche adoptée le plus fréquemment par les victimes d'actes de violence : 20% d'entre elles ont en effet consulté un professionnel de santé. Le médecin généraliste ou spécialiste (15%) ou le médecin scolaire (15%⁹²) sont les plus consultés, devant le psychologue, psychothérapeute ou médecin psychiatre (7%), les urgences (3%) ou l'hôpital (3%).

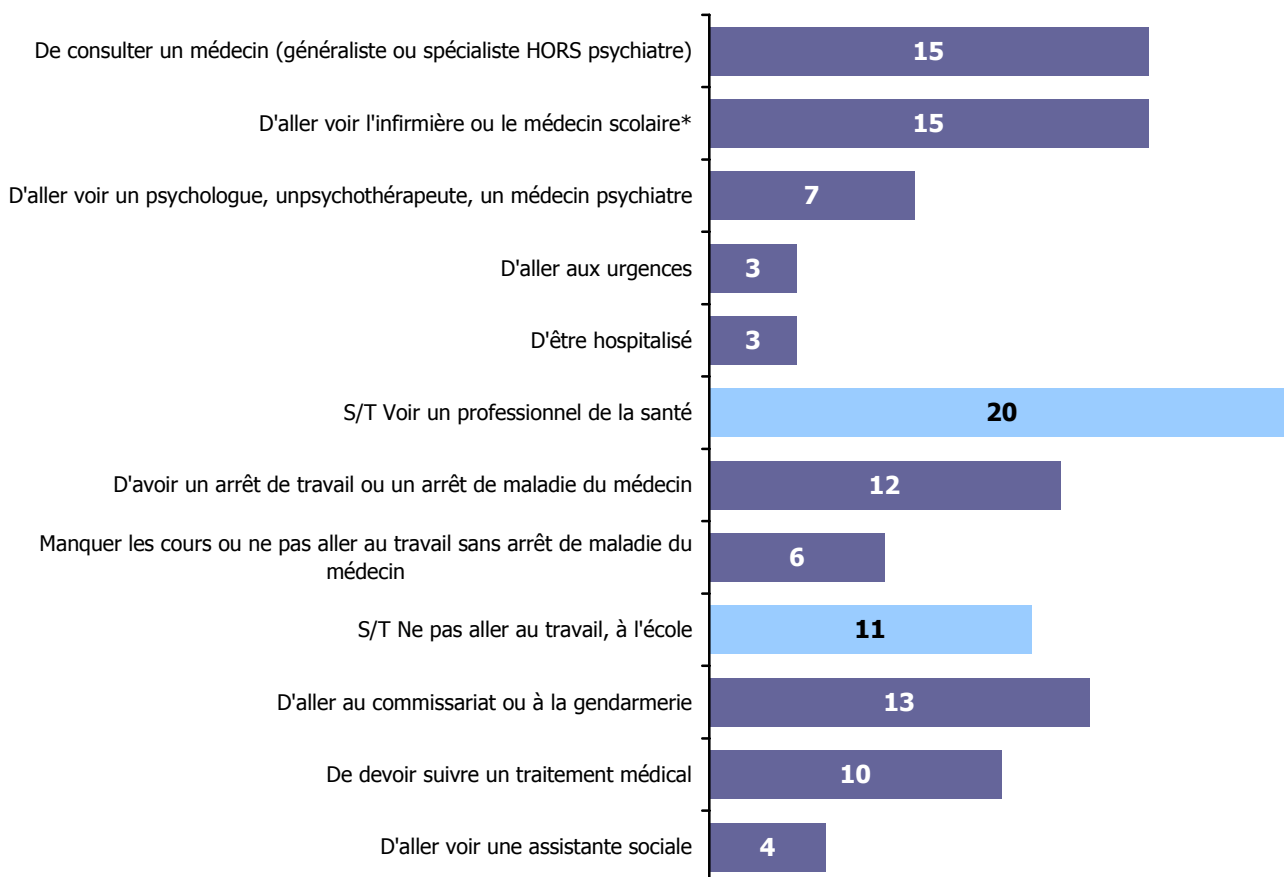
Quant à l'arrêt de travail ou l'arrêt de maladie du médecin, il a été prescrit à 12% des victimes et une victime sur dix a même dû suivre un traitement médical. Enfin, 13% sont allées au commissariat ou à la gendarmerie, témoignant de la gravité d'un nombre de faits non négligeables.

Mais finalement, il est intéressant de constater que l'ensemble de ces démarches ont souvent été effectuées par les mêmes personnes : presque les deux tiers des victimes (63%) déclarent n'avoir adopté aucune des démarches proposées.

92 Item proposé seulement aux élèves et étudiants victimes d'au moins un acte de violence (152).

Graphique 12 : Attitudes adoptées et conséquences après les faits subis

Q20. A la suite de ce ou ces faits, vous est-il arrivé...



Les personnes victimes d'actes de violence dans la rue, en milieu scolaire, sur le lieu de travail ou au sein de la famille ressentent, de manière assez logique, un réel besoin de parler et d'échanger avec autrui sur les faits subis : 62% d'entre elles en ont en effet parlé à quelqu'un.

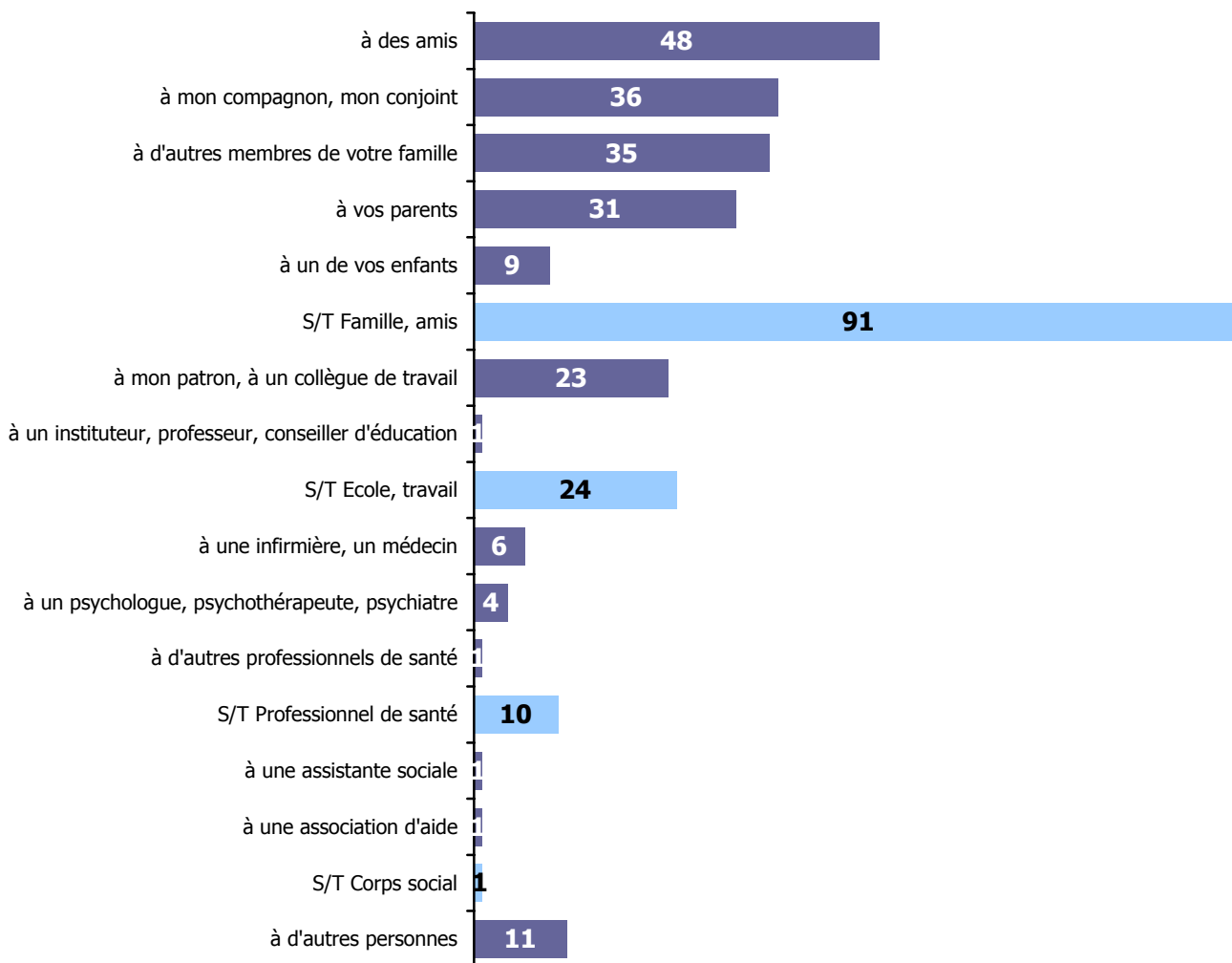
Pourtant, si les démarches entreprises après les faits subis consistent, en premier lieu, à aller voir un professionnel de la santé, les victimes ressentent avant tout le besoin de se confier à leurs amis et leur famille : 91% des victimes ayant parlé des violences vécues à quelqu'un se sont confiées à leur famille ou à leurs amis. Ce sont d'ailleurs aux amis que l'on se confie en priorité (48%), suivis du compagnon ou du conjoint (36%), des parents (31%) ou encore d'autres membres de sa famille (35%).

L'univers professionnel est également important pour échanger sur ses problèmes puisque 23% ont parlé des violences subies à leur collègue de travail ou leur patron.

Les professionnels de santé ne sont donc pas vraiment des confidents aux yeux des victimes de violences : seules 6% se sont tournées vers une infirmière ou un médecin pour en parler et 4% vers un psychologue, psychothérapeute ou médecin psychiatre.

Graphique 13 : Confidants après les faits subis

Q22. A qui avez-vous parlé de ce ou ces faits ?



Note : parmi les victimes ayant parlé des violences subies à quelqu'un, c'est-à-dire 62% de l'ensemble des victimes

Les violences subies : une atteinte psychologique forte

A la suite des actes de violence subis, l'ensemble des victimes, si elles se sont senties soutenues pour 60% d'entre elles, se sont senties déprimées pour près d'un tiers (29%) et seules ou isolées pour 23%. L'atteinte psychologique des violences subies est donc bien réelle. Les femmes semblent être les plus vulnérables face à ces actes subis : elles ressentent une certaine déprime et un sentiment d'isolement plus fort que les hommes (35% contre 22% pour le sentiment de dépression et 28% contre 18% pour le sentiment de solitude).

III – Données générales sur le vécu, les attitudes et les comportements des Français

1. Situations difficiles vécues dans le passé

Graves tensions et climat de violence dans la famille au cours de l'enfance ou de l'adolescence : un phénomène loin d'être rare

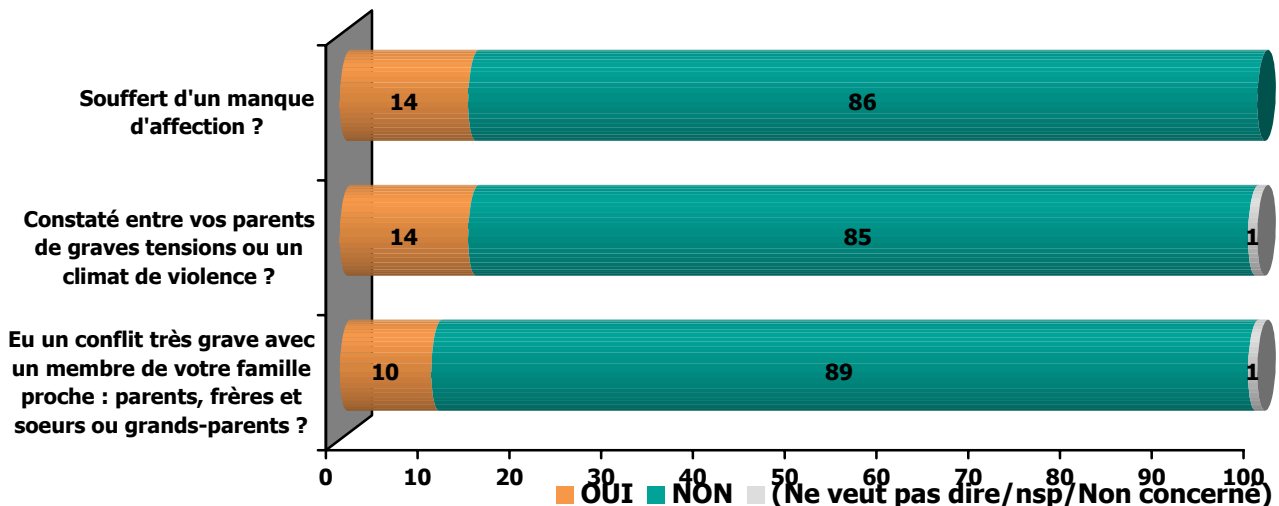
L'enfance et l'adolescence des Français sont loin de toujours se passer dans les meilleures conditions. 14% des personnes interrogées ont en effet constaté de graves tensions ou un climat de violence entre leurs parents et un Français sur dix (10%) a eu un conflit très grave avec un membre de sa famille proche, parents, frères et sœurs ou grands-parents.

Ce passé parfois chargé de tensions familiales, évoque donc, pour un certain nombre de personnes, de réels problèmes relationnels au sein de la famille. D'ailleurs, 14% ont également souffert d'un manque d'affection au cours de leur enfance.

Fort heureusement, l'ensemble de ces problèmes familiaux ne touche pas exclusivement les mêmes personnes puisque seuls 4% ont vécu ces trois problèmes simultanément.

Graphique 14 : Situations difficiles vécues dans l'enfance et l'adolescence

Q24. Nous allons évoquer des situations que certaines personnes ont vécues au cours de leur enfance et adolescence. Vous-même avez-vous...



L'alcoolisme du père : un des principaux problèmes vécus dans l'enfance

Près d'un Français sur dix (9%) déclare avoir eu un père alcoolique au cours de son enfance ou de son adolescence. Des problèmes d'alcoolisme bien présents au sein de la famille puisque 4% ont également eu un frère ou une sœur qui souffrait de ce problème.

Si les problèmes de drogue semblent être moins répandus que les problèmes d'alcoolisme au sein de la famille, 3% ont tout de même connu ces difficultés au travers de leur frère ou de leur sœur.

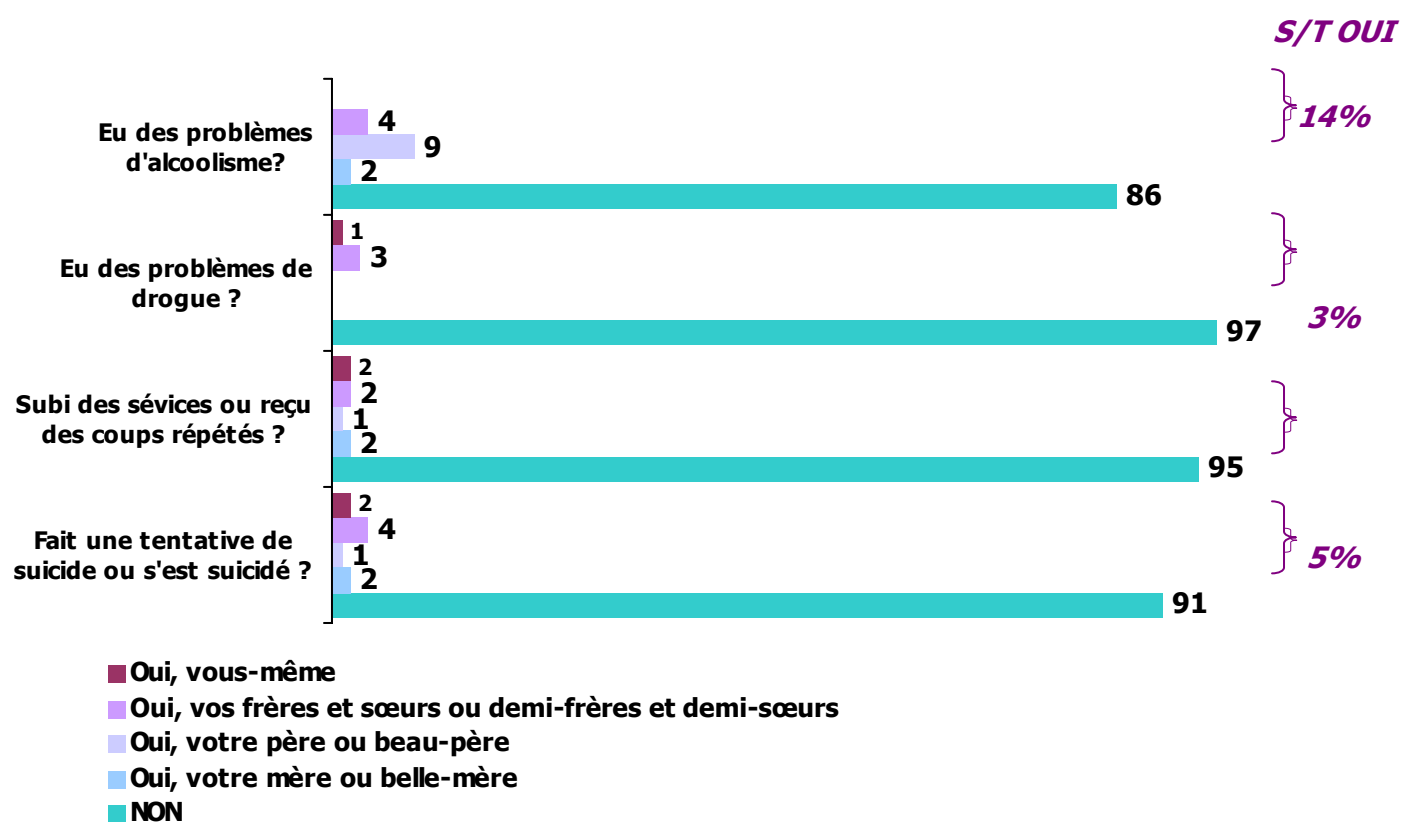
Le suicide est également un phénomène que les Français ont connu au cours de leur enfance ou adolescence : 4% des personnes interrogées ont un frère ou une sœur qui a fait une tentative de suicide ou qui s'est suicidé et 2% ont elles-mêmes fait une tentative.

Enfin, les rapports sexuels forcés subis au cours de la vie touchent 3% des personnes âgées de 15 ans et plus.

Ici encore, si l'ensemble de ces résultats peuvent paraître faibles, il faut garder à l'esprit que, ramenés à l'ensemble de la population française, ces problèmes vécus au cours de l'enfance ou de la vie concernent chaque fois plusieurs centaines de milliers sinon plusieurs millions de personnes.

Graphique 15 : Situations difficiles vécues dans l'enfance et l'adolescence

Q25. Nous allons parler de problèmes qui ont pu vous affecter vous-même et votre famille au cours de votre enfance et de votre adolescence. Quelqu'un de votre famille a-t-il...



2. Éléments sur la perception de la santé, certains comportements à risque et sur la santé mentale

Les données qui suivent doivent être considérées comme des données de contexte pour éclairer les autres résultats de l'enquête. Elles ne doivent pas être utilisées comme source d'information concurrente des enquêtes spécialisées quant à la connaissance de la consommation de tabac, d'alcool ou encore de santé mentale.

Par rapport aux personnes de leur âge, les Français se sentent en bonne santé...

Les Français ne semblent pas se faire de souci pour leur santé : la quasi-totalité (92%) sont en effet satisfaits de leur état de santé et 38% en sont même *très satisfaits*.

De manière assez logique, les personnes *très satisfaites* de leur état de santé sont davantage les jeunes (58% des 15-24 ans et 48% des 25-34 ans contre 38% en moyenne).

...mais semblent pourtant nombreux à avoir des comportements à risque sur la santé

Si les Français se sentent en bonne santé, les indicateurs de comportements à conséquences négatives pour la santé laissent à penser que nombre d'entre eux ne doivent pas être aussi bien portants qu'ils le déclarent.

Consommation de tabac, d'alcool et de drogues :

Même si plus de la moitié des Français (55%) pratique une activité sportive *au moins une fois par semaine*, dont 34% *plusieurs fois par semaine*, près d'un Français sur trois (31%) ne fait *jamais* de sport.

En outre, le tabac, important problème de santé publique, est toujours largement consommé : près d'un quart des Français (24%) fument actuellement le tabac, la pipe ou le cigare et une personne sur cinq (19%) fume *tous les jours ou presque*. Les quantités de tabac consommées semblent aussi importantes que leur fréquence de consommation : 40% des fumeurs ou anciens fumeurs ont déjà eu l'impression de trop fumer.

Quant à la consommation d'alcool, elle est également forte mais surtout fréquente : 21% des personnes interrogées déclarent avoir bu des boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois *plusieurs fois par semaine* et une personne sur dix (10%) boit même *tous les jours ou presque*. 10% des personnes consommant ou ayant consommé des boissons alcoolisées dans le passé ont déjà eu l'impression qu'ils en buvaient trop alors que 90% n'ont pas ressenti de consommation abusive.

Il faut, bien entendu, ne pas négliger le fait que 22% ne boivent qu'une *fois par semaine* et qu'un quart des Français (24%) ne consomment *jamais* de boissons alcoolisées. Il est cependant évident que la consommation d'alcool et de tabac chez les Français reste forte. Enfin, 6% déclarent consommer du haschich dont 4% qui en consomment moins d'une fois par semaine. Si ce chiffre peut paraître faible, il faut le considérer avec précaution : d'une part, 5% de fumeurs de cannabis couvrent une proportion importante de la population, d'autre part, il est fort probable que ce chiffre est sous-estimé. En effet, l'interdit judiciaire n'incite pas à avouer fumer du haschich. Surtout, les fumeurs déclarés sont concentrés parmi les jeunes et de ce fait les proportions dans ces tranches d'âges y deviennent importantes : 17% pour les 15-24 ans et 13% pour les 25-34 ans.

État de fatigue, déprime et prises de médicaments :

La fatigue et le stress sont deux phénomènes ressentis par de nombreux Français : plus des deux tiers (64%) déclarent avoir eu l'impression d'être fatigués au cours des huit derniers jours et plus de la moitié (52%) se sont sentis nerveux ou tendus.

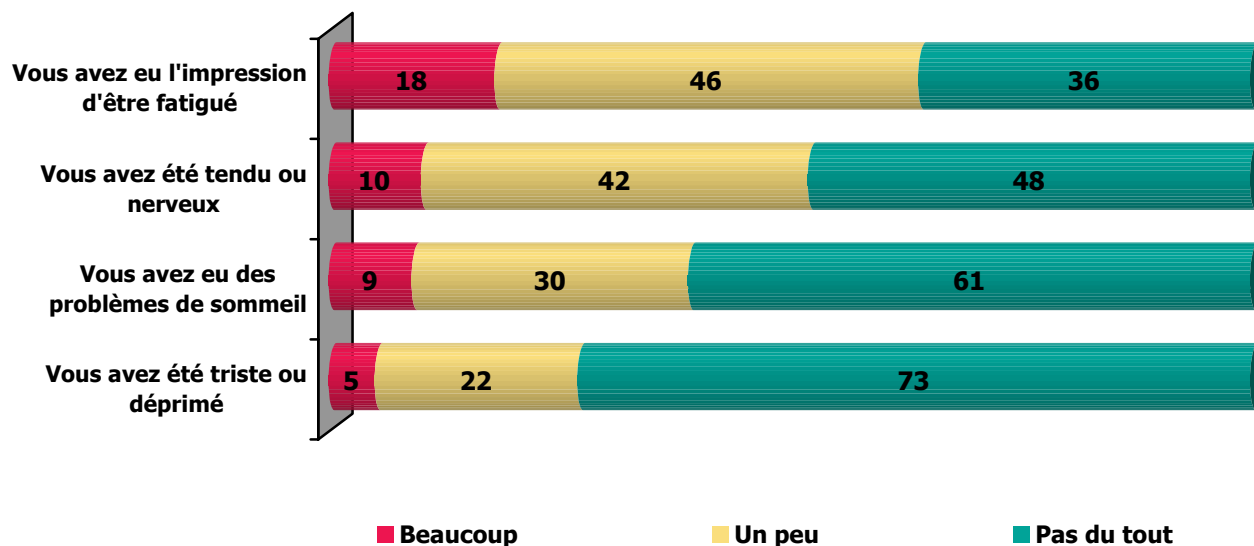
Un état de fatigue confirmé par la proportion de Français ayant des problèmes de sommeil : quatre sur dix (39%) déclarent en avoir eu au cours des huit derniers jours. Quant à la déprime, elle est ressentie par plus d'un quart des personnes interrogées.

Stress, fatigue et déprime sont donc des problèmes largement répandus et partagés par de nombreux Français. Un ensemble de phénomènes d'autant plus forts que 14% des personnes interrogées ont vécu tous ces problèmes au cours des huit derniers jours.

Il est nécessaire de préciser ici que le terrain d'enquête a été effectué en décembre 2003, au début de l'hiver. Cette période de fin d'année, propice à la fatigue et au besoin de repos, vient donc expliquer en partie la tendance observée.

Graphique 16 : Fatigue et stress au cours des 8 derniers jours

Q38. Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours...



Si les Français sont nombreux à se sentir fatigués, tendus ou déprimés, ils sont dans le même temps et de manière connue, les champions de consommation de somnifères ou d'anti-dépresseurs. En moyenne, un Français sur 10 déclare avoir pris des médicaments au cours des douze derniers mois pour dormir, pour lutter contre un état dépressif ou encore pour pallier ses angoisses : tranquillisants (11%), somnifères (10%) ou anti-dépresseurs (9 %). État de déprime et de fatigue à mettre en relation avec les pensées suicidaires qui traversent l'esprit des Français : 5% ont en effet pensé au suicide au cours des douze derniers mois⁹³, dont moins de la moitié (44%) qui ont partagé leur mal-être en en parlant à quelqu'un de leur entourage.

Force est de constater que, malgré le sentiment fort de la part des personnes interrogées d'être en bonne santé, les Français n'adoptent pas les comportements les plus sains. D'ailleurs, si d'un côté, les personnes *très satisfaites* de leur état de santé sont davantage celles qui n'ont pas de problème de stress, de fatigue et qui ne prennent pas d'anti-dépresseurs ou de somnifères, de l'autre, les personnes qui en sont simplement *satisfaites* sont aussi davantage des personnes fatiguées, stressées et consommatrices de médicaments.

Cette tendance montre donc clairement que l'opinion à l'égard de son état de santé personnel est bien une donnée subjective finalement surestimée au regard des indicateurs de comportement à risque sur la santé observés.

Des comportements à risque sur la santé que les Français adoptent même parfois intentionnellement : 5% déclarent en effet *avoir fait quelque chose de risqué pour le plaisir ou par défi au cours des douze derniers mois*.

93 Bien entendu toute personne fatiguée ou déprimée n'a pas de telles pensées

IV – Typologie des Français à l'égard des phénomènes de violence

1. Objectifs de la typologie : constituer des groupes d'individus homogènes

La problématique : quel lien entre les opinions à l'égard des phénomènes de violence et le fait d'avoir été victime ou témoin d'actes de violence ?

La typologie ou classification a pour objectif de **dégager, parmi les personnes interrogées, des types d'individus selon la proximité de leurs réponses**. La typologie revient donc à classer des individus qui se ressemblent étroitement de façon à constituer des **groupes les plus homogènes possibles**.

Pour la présente enquête, l'intérêt d'une telle méthode statistique est de constituer des groupes d'individus qui se ressemblent en termes d'opinions et de perceptions à l'égard des phénomènes de violence pour comprendre si une liaison significative existe entre ces opinions et perceptions et le fait d'avoir été victime ou témoin d'actes de violence.

Les variables ou questions prises en compte dans l'analyse

Compte tenu de la problématique exposée ci-dessus, l'ensemble des **variables dites « actives »** prises en compte dans l'analyse sont toutes relatives à l'opinion générale et à la perception des Français à l'égard des phénomènes de violence :

- Q1. Perception de l'évolution de la violence en France depuis 3 ans
- Q2. Préoccupation vis-à-vis de la violence en général
- Q3. Les causes des phénomènes de violence en France :
 - Le chômage
 - Certaines émissions ou films diffusés à la TV
 - La diminution de l'autorité et de la discipline à l'école
 - La consommation d'alcool
 - De mauvaises conditions de logement
 - Le manque de présence des policiers dans la rue
 - La présence d'immigrés en France

- Q5. Sentiment d'insécurité
- Q12. Sentiment d'exposition à la violence :
 - Sur la route en voiture

- Dans la rue, en journée
- Dans les lieux publics
- Dans son voisinage, quartier

Les **variables dites « illustratives »** sont celles qui ne contribuent pas à la construction des classes mais qui viennent décrire de manière plus riche les groupes obtenus. Elles correspondent ici aux variables socio-démographiques (sexe, âge, profession, etc.) mais aussi et surtout aux **questions de victimation** : a-t-on été témoin ou victime d'actes de violence dans la rue ?

Remarque méthodologique : le choix des variables actives à intégrer dans l'analyse et des variables illustratives qui viennent décrire le profil de chacun des groupes doit également prendre en compte des **contraintes techniques**. Il est en effet **nécessaire que les questions intégrées soient posées à toutes les personnes interrogées**. Cette précaution permet d'obtenir des résultats statistiques pertinents et par suite, exploitables.

2. Les 6 groupes d'individus obtenus : qui sont-ils ?

La typologie effectuée sur l'enquête Violences et santé a permis de dégager **six grands groupes d'individus** identifiables essentiellement par deux aspects :

→ Le fait d'être très, assez, **peu ou pas du tout préoccupés à l'égard des phénomènes de violence en général**. La présentation des six groupes prend d'ailleurs en compte cet ordre de préoccupation : le premier groupe exposé rassemble les individus les plus préoccupés, le dernier groupe, les individus les moins préoccupés.

→ **Le fait d'avoir été victime ou témoin d'actes de violence dans la rue** : a-t-on été victime d'actes de violence ? A-t-on été spectateur mais non victime ? A-t-on été ni témoin, ni victime ?

Les SECURITAIRES...18% de l'échantillon

Ce groupe rassemble des individus **très préoccupés** par les phénomènes de violence en général (56% de *très préoccupés* contre 38% en moyenne) **alors même qu'ils font davantage partie des personnes ni victime, ni témoin d'actes de violence** au cours des douze derniers mois.

Quelle que soit la question abordée, les **sécuritaires** expriment ainsi, autant qu'ils le peuvent, leur préoccupation forte à l'égard de la violence en général. Ils estiment, par exemple, que ces **phénomènes de violence ont beaucoup augmenté depuis trois ans** (61% contre 39% en moyenne). Quant aux **causes** qui pourraient expliquer ces phénomènes de violence – causes sociales, économiques, politiques ou culturelles -, elles **sont pour eux toutes aussi fondées** : émissions diffusées à la télévision, consommation

d'alcool ou de drogue, chômage, pauvreté, mauvaises conditions de logement mais aussi diminution de l'autorité à l'école, manque de présence des policiers dans la rue, présence d'immigrés en France sont toutes explicatives de la violence à leurs yeux.

Parallèlement, s'ils sont réellement soucieux face aux phénomènes de violence, ils ne sont ni témoin ni victime d'actes de violence dans la rue et, de manière plus forte que la tendance observée sur l'ensemble de l'échantillon, **ne se sentent jamais exposés à la violence**, plus particulièrement *dans la rue, dans les lieux publics ou sur la route*.

Les sécuritaires rassemblent davantage **les personnes âgées de 65 ans et plus et les retraités**. Alors qu'elles ne sont pas victimes ou témoin d'actes de violence, leur vulnérabilité associée à l'ensemble des faits violents véhiculés par les médias les rendent très méfiantes.

Les VICTIMES ANXIEUSES... 6% de l'échantillon

Ce groupe rassemble les individus **les plus préoccupés** par les phénomènes de violence en général (76% de *très préoccupés* contre 38% en moyenne), et ce, en connaissance de cause. S'ils sont très préoccupés c'est **parce qu'ils ont été victimes**, comme le nom de cette classe l'indique, **d'actes de violence** dans la rue ou sur leur lieu de travail au cours des douze derniers mois. Et ces actes de violence les ont d'autant plus marquées que ces personnes en ont été *souvent* victimes.

Le traumatisme engendré par ces actes de violence subis rend ces **victimes** très anxieuses vis-à-vis des phénomènes de violence. Elles estiment, tout comme les **sécuritaires**, que **ces phénomènes de violence ont beaucoup augmenté depuis trois ans** (75% contre 39% en moyenne) et une minorité importante ne se sent *pas du tout en sécurité* (20% contre 3% en moyenne). Quant à leur vie quotidienne, elle est entièrement synonyme de violence : les victimes se sentent, en effet, **souvent exposées à la violence**, davantage dans la rue, dans les lieux publics, sur la route, dans leur voisinage ou dans les transports en commun.

Exprimant leurs opinions au travers de leur vécu personnel, ces **victimes** considèrent avant tout le **manque de sécurité et de répression comme les principales causes de violence**. *Le manque de sévérité de la justice envers les délinquants, le manque de présence des policiers dans la rue ou encore la diminution de l'autorité et de la discipline à l'école* sont autant de raisons qui expliquent, d'après elles, les phénomènes de violence.

Sans surprise, le groupe des **victimes anxieuses** rassemble davantage les femmes, mais aussi les personnes issues d'un milieu moins favorisé (notamment les ouvriers).

Les VICTIMES CONCERNÉES...19% de l'échantillon

Ce groupe rassemble des individus **concernés** par les phénomènes de violence en général car **victimes d'actes violents et très préoccupés** (63% de *très préoccupés* contre 38% en moyenne). Mais contrairement aux **sécuritaires**, ils sont **largement moins alarmistes**.

S'ils sont très préoccupés par les phénomènes de violence et estiment, comme les deux groupes précédents, que **les phénomènes de violence ont beaucoup augmenté depuis trois ans** (61% contre 39% en moyenne), ils ne se sentent pas pour autant en totale insécurité, puisqu'ils ne se sentent que *plutôt pas en sécurité* (37% contre 14% en moyenne).

De même, leur vie quotidienne n'est pas entièrement synonyme de violence : les **concernés** se sentent *de temps en temps* exposés à la violence dans la rue, les lieux publics, le voisinage mais aussi sur la route et dans les transports en commun.

Concerné mais non alarmiste, ce groupe d'individus considère tout de même avant tout le **manque de sécurité et de répression comme les principales causes de violence**. *Le manque de sévérité de la justice envers les délinquants, le manque de présence des policiers dans la rue* mais aussi *la présence d'immigrés en France* sont autant de raisons qui expliquent, d'après eux, les phénomènes de violence.

On retrouve dans le groupe des **victimes concernées** les femmes : si elles sont davantage victimes de violence de manière générale, elles sont dans le même temps et contrairement à celles du groupe des **victimes anxieuses**, moins inquiètes vis-à-vis des phénomènes de violence.

Les MESURÉS...25% de l'échantillon

Les **mesurés** regroupe l'ensemble des **individus modérés**, voire prudents dans la mesure où ils **ne se positionnent pas vraiment de manière ferme** sur leur préoccupation et leur opinion à l'égard des phénomènes de violence.

S'ils **sont assez préoccupés par les phénomènes de violence** (63% contre 31% en moyenne) et estiment que **ces phénomènes ont un peu augmenté depuis trois ans** (44% contre 31% en moyenne), ils se sentent **plutôt en sécurité** (80% contre 61% en moyenne).

De même, la violence ne semble pas être réellement présente dans leur vie quotidienne puisqu'ils ne s'y sentent que **rarement exposés**, que ce soit dans la rue, dans les lieux publics, dans leur voisinage, dans les transports en commun, sur leur lieu de travail ou à l'école.

Enfin, preuve de leur réserve sur le sujet, s'ils considèrent que **les causes des phénomènes de violence sont avant tout liées à l'éducation**, leur positionnement reste « mou » : le manque d'éducation des enfants par leurs parents, la diminution de l'autorité à l'école ou encore la consommation d'alcool et de drogue sont **plutôt** des raisons expliquant les actes de violence.

Les **mesurés** regroupent davantage les individus issus de **milieu favorisé** : cadres supérieurs et personnes ayant de hauts niveaux de diplôme. Ce sont aussi des personnes davantage témoin d'actes de violence dans la rue.

Les NON-ANXIEUX...23% de l'échantillon

S'ils ne sont pas anxieux à l'égard des phénomènes de violence, c'est qu'ils n'en sont que **peu préoccupés** (44% contre 18% en moyenne) **sans pour autant être indifférents**.

Une faible préoccupation qui se traduit nettement au travers de l'absence totale de sentiment d'insécurité exprimé : une forte minorité des **non-anxieux** se sent *tout à fait en sécurité* (35% contre 22% en moyenne). Ils ne se sentent d'ailleurs *jamaï*s exposés à la violence, plus particulièrement dans la rue, les lieux publics, les transports en commun ainsi que sur la route et dans leur voisinage.

Un sentiment qui peut s'expliquer par le fait que ce groupe rassemble davantage d'individus qui n'ont été ni victimes, ni témoin d'actes de violence, et ce, quel que soit le lieu considéré : la rue, l'école, le lieu de travail ou la famille.

Si la violence en général ne les soucie guère, ils ont, dans le même temps, un avis sur la question : considérant plus que la moyenne que les phénomènes de violence *n'ont pas changé* depuis trois ans (35% contre 22% en moyenne), ils estiment toutefois que la violence s'explique principalement par des facteurs économiques et culturels. De mauvaises conditions de logement, le chômage, l'échec scolaire ou la consommation d'alcool et de drogue sont pour eux, davantage que pour l'ensemble de l'échantillon, des raisons valables expliquant les phénomènes de violence.

Ce sont les élèves ou étudiants ainsi que les personnes ayant de hauts niveaux de diplôme qui partagent, davantage que la moyenne, ce sentiment de tranquillité.

Les DETACHÉS...9% de l'échantillon

Les **détachés** semblent totalement **indifférents à la violence en général**. Une indifférence s'observant et s'expliquant à travers deux aspects : ils ne sont **ni victimes, ni témoin d'actes de violence** et, dans le même temps, ne sont **pas du tout préoccupés** par les phénomènes de violence (25% contre 5% en moyenne) ou *peu préoccupés* par ces phénomènes.

Les phénomènes de violence ne sont pas un problème pour les **détachés** : ils n'ont, pour une forte minorité d'entre eux, *pas changé depuis trois ans* (37% contre 22% en moyenne) et aucune des raisons proposées, qu'elle soit économique, sociale ou politique, ne peut les expliquer.

Leur détachement est bien entendu largement lié à la distance avec laquelle ces individus observent la violence en général : ni victimes, ni témoins d'actes de violence, ils ne se sentent, en outre, *jamaï*s exposés à cette violence, ni dans la rue, ni dans les lieux publics, ni dans les transports en commun, ni dans leur voisinage. D'où l'absence totale d'insécurité ressentie : les **détachés** se sentent *tout à fait en sécurité* (33% contre 22% en moyenne).

Élèves, étudiants et jeunes de 15-24 ans sont les personnes les plus représentées parmi ces détachés. La jeunesse serait-elle insouciante, voire plutôt indifférente ?

Les hommes sont également davantage détachés...Une tendance cette fois simple à appréhender : beaucoup moins exposés et victimes d'actes de violence que ne peuvent l'être les femmes, les hommes sont forcément moins concernés. On retrouve d'ailleurs un clivage homme/femme déjà observé auprès du groupe des victimes.

Représentation des 6 groupes obtenus

L'ensemble de ces six groupes peuvent être représentés à partir d'un graphique permettant de **positionner les classes en fonction des opinions et des violences subies**. La méthode statistique multivariée utilisée ici correspond à une AFC (Analyse factorielle des correspondances).

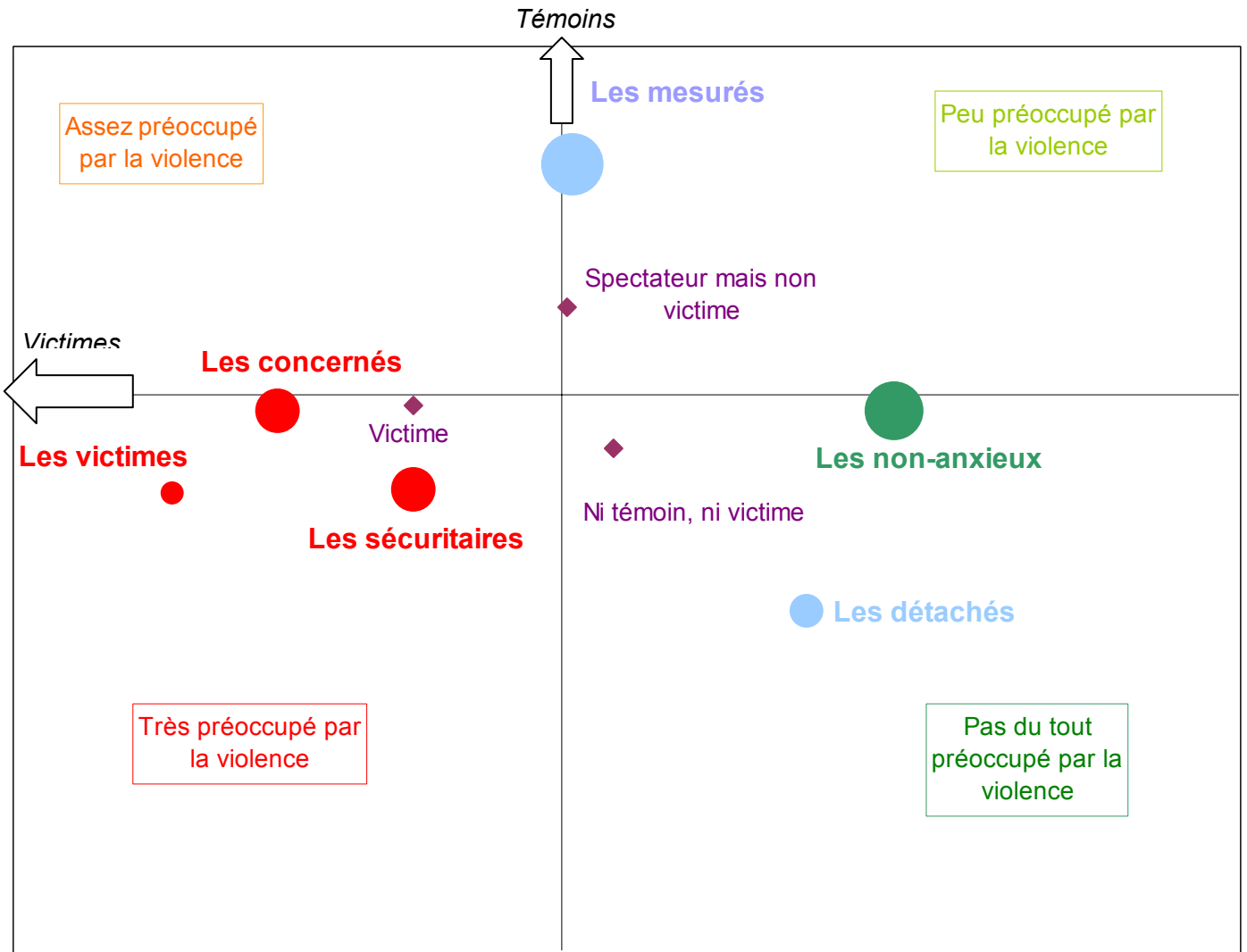
Deux éléments de lecture sont nécessaires pour une interprétation pertinente du graphique :

- **L'interprétation des axes**
 - L'axe horizontal oppose les victimes (à gauche) aux non victimes d'actes de violence
 - L'axe vertical oppose les témoins (en haut) aux non témoins d'actes de violence.

- **La variable de préoccupation apparaît ainsi en quatre zones distinctes :**
 - En bas à gauche se trouve la zone des individus *très préoccupés par les phénomènes de violence*
 - En haut à gauche se trouve la zone des individus *assez préoccupés*
 - En haut à droite se trouve la zone des individus *peu préoccupés*
 - En bas à droite se trouve la zone des individus *pas du tout préoccupés*

La lecture du graphique passe alors par deux étapes :

- ① Le positionnement de l'ensemble des points par rapport aux axes
- ② Le positionnement des items de victimation par rapport aux autres items et leur proximité aux classes.

Graphique 17 : Représentation graphique de la typologie

En considérant, d'un côté, chacune des quatre zones correspondant aux quatre degrés de préoccupation et de l'autre côté, les indications en terme de victimation, la position de chacun des six groupes est facilement interprétable :

- **Les sécuritaires** sont *très préoccupés* alors même qu'ils ne sont *ni victime, ni témoin* d'actes de violence.
- **Les victimes anxieuses** sont, bien entendu, *victimes* d'actes de violence et par conséquent, *très préoccupés* par ces phénomènes de violence.
- **Les victimes concernées** sont également *victimes* d'actes de violence mais moins alarmistes : si elles sont *très préoccupés*, elles le sont de manière moins marquée (positionnement du groupe des concernés entre les zones des personnes très préoccupés et des personnes assez préoccupés).

- **Les mesurés**, seulement *spectateurs mais non victimes* d'actes de violence, sont assez *préoccupés* par les phénomènes de violence.
- **Les non-anxieux**, *ni témoins ni victimes d'actes de violence*, ne sont que *peu préoccupés* par ces phénomènes.
- **Les détachés**, *ni témoin ni victime* d'actes de violence ne sont, quant à eux, *pas du tout préoccupés* par ces phénomènes.

Synthèse de l'enquête « Violences et santé »

De nombreuses études le soulignent : la violence et l'insécurité restent une préoccupation majeure des Français et notre étude confirme bien cet état de fait.

Témoin de ce niveau de préoccupation, une très forte majorité estime que les phénomènes de violence augmentent depuis ces dernières années. Cette appréciation comporte à l'évidence une part de subjectivité : si l'opinion est sensible à la médiatisation de certains faits divers tragiques ou à l'accroissement des risques de menaces terroristes, une forte majorité de Français se sentent globalement en sécurité (83%).

Ce niveau de préoccupation à l'égard des phénomènes de violence s'explique par la multitude des formes que peut recouvrir la notion de violence : violence physique, pression morale, violence routière. La société génère de nouvelles formes de violence qui tendent à s'accroître aux yeux de l'opinion dans un contexte de ralentissement économique qui ne peut que renforcer ces perceptions.

La peur de la violence est élevée en particulier auprès de catégories de la population qui y sont *a priori* moins exposées que d'autres : le groupe des « sécuritaires » composé de personnes âgées vivant en milieu rural et dans des petites villes illustre bien ce propos.

Pour autant, les craintes liées à la violence ne relèvent pas à l'évidence uniquement de facteurs subjectifs voire irraisonnés : près d'un interviewé sur cinq déclare avoir été lui-même victime d'un acte de violence dans la rue ; à cette proportion s'ajoutent 32% des Français qui ont été spectateurs d'actes de violence dans la rue.

Le fait d'avoir été victime d'un acte de violence est en soi un traumatisme qui laisse des traces : près d'un tiers des victimes se sont senties déprimées à la suite de cet acte de violence et près d'un quart seules et isolées. De même, près d'un tiers des victimes n'ont parlé à personne des violences subies, la famille et les amis restant les personnes à qui l'on se confie le plus volontiers.

Autre enseignement de l'étude : l'importance des phénomènes de violence à l'école et sur le lieu de travail.

Sur leur lieu de travail, une forte proportion d'actifs déclarent avoir été victimes ou témoins d'actes de violence : 26% ont été victimes ou témoins de critiques répétées et injustes de leur travail, 20% d'insultes, de propos grossiers, obscènes ou racistes. Cette situation est d'autant plus préoccupante que nombre de personnes hésitent à se confier sur ces phénomènes de harcèlement moral.

Cette violence se retrouve sous des formes quelque peu différentes dans le milieu scolaire : 42% des collégiens, lycéens ont été victimes ou témoins d'insultes, de propos grossiers, 26% de critiques répétées et injustes de leur travail, 24% de gifles ou brutalités physiques. Pour un certain nombre de jeunes, cette violence devient finalement assez banale car s'inscrivant dans leur quotidien, voire moins traumatisante que pour les interviewés plus âgés.

En comparaison, le milieu familial apparaît relativement protégé : un faible pourcentage se déclare victime d'actes de violence dans leur foyer même si ce pourcentage extrapolé à l'ensemble de la population représente plusieurs centaines de milliers de personnes.

La violence au foyer est beaucoup plus perceptible lorsqu'elle se réfère aux situations vécues dans l'enfance ou l'adolescence : 14% ont été confrontés à des problèmes d'alcoolisme dans leur foyer, 14% ont souffert de manque d'affection, 5% ont subi des sévices ou reçu des coups répétés.

L'existence de phénomènes de violence et la confrontation à ces phénomènes s'accompagnent d'un niveau élevé de satisfaction quant à la vie au sein du foyer, sur le lieu de travail ou à l'école.

Cette situation *a priori* paradoxale appelle deux remarques :

- La confrontation à des phénomènes de violence n'entache pas forcément la satisfaction à l'égard de son travail, de sa vie de collégien ou d'étudiant ou de sa vie personnelle. En ce sens, il y aurait donc des types de violences « inévitables », voire peu graves car inhérentes aux relations humaines. C'est particulièrement le cas en milieu scolaire ou dans le milieu familial. En revanche, des violences plus directes, voire insistantes et répétées entachent gravement la satisfaction et le bien-être des personnes concernées.
- Dans certains cas, il existerait donc une sorte d'adaptation voire de résignation à des situations de violence. Être confronté à de la violence signifie dans certains cas s'y habituer.

Au-delà de ces remarques, il est intéressant d'analyser le regard que l'opinion porte sur les causes attribuées aux phénomènes de violences et aux remèdes à y apporter.

- En premier lieu, les causes attribuées aux phénomènes de violence sont multiples : causes éducatives, causes économiques et sociales. L'opinion identifie bien à travers ses réponses la complexité des phénomènes de violence.
- En second lieu et au-delà de ce constat, la violence est davantage perçue par l'opinion comme la conséquence d'un certain laxisme

des parents dans l'éducation de leurs enfants

des professeurs à l'égard de leurs élèves

de la justice envers les délinquants

A cela s'ajoutent les craintes liées aux conséquences de la consommation de drogues ou d'alcool.

L'identification de causes économiques ou sociales de la violence, bien que très présente dans toutes les catégories, est davantage relevée par les catégories les plus diplômées.

En fonction de l'analyse de ces causes, quels types de solutions faut-il apporter pour y remédier ?

Si les causes sont multiples, il n'existe pas aux yeux de l'opinion une solution pour lutter contre la violence mais un faisceau de types d'actions susceptibles d'apporter des réponses :

→ Travail d'information, suivi particulier des élèves : soit un meilleur encadrement des jeunes

→ Plus de sévérité et de contrôle : lutte contre la consommation de drogues et d'alcool, plus de sévérité de la justice

→ Actions à caractère économique et social : l'opinion souligne bien que la création d'emplois (le chômage est, rappelons-le, une préoccupation majeure des Français) est en soi un remède très efficace pour lutter contre la violence.

La réduction du chômage est en effet en soi un facteur de régulation des relations sociales et d'atténuation des tensions et des peurs qui sont celles de l'opinion publique, la violence occupant une place importante dans les peurs ou craintes exprimées par l'opinion.
