

numéro

389

Mai-Juin 2007 - 6 €

LA Santé

de l'homme



Violences et santé : quelles actions éducatives ?

Une clinique
pour les jeunes
au Liban

Infirmier scolaire :
entre soins
et écoute

Dépression :
3 millions de Français
touchés

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<direc@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**
et **Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan**
<christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Jean-Christophe Azorin (centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Laure Carrère** (Crésif), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Fondation de France), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Eric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Élodie Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2007.
Tirage : 11 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Santé mentale, n° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, n° 362.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Prévention des cancers, n° 375.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R⁹/V⁹ de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 389

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 389

Mai-Juin 2007

► International

L'expérience libanaise d'une clinique pour les jeunes

Béatrice Khater 4

► La santé à l'école

Infirmier scolaire : un métier partagé entre soins, écoute et éducation

Mabrouk Nekaa 6

Une équipe de professionnels pour parler sexualité aux élèves de seconde

Mabrouk Nekaa, Cathy Couvert 8

Dossier

Violences et santé : quelles actions éducatives ?

Éditorial

Violences et santé : quelle place pour l'action éducative ?

Zinna Bessa, Alain Douiller 10

Enfants, femmes, personnes âgées, santé mentale, institutions, travail : comment prévenir les violences

« Contre les violences, l'urgence, c'est l'action éducative et la prévention »

Entretien avec Anne Tursz 12

De 0 à 18 ans : protéger l'enfant, responsabiliser l'adulte

François Baudier, Christine Casagrande 15

Un programme pour développer l'estime de soi chez les enfants

Jacques Fortin 18

« Si l'amour leur était conté... »

Alain Douiller 21

À Genève, l'école, lieu central de prévention des maltraitances

Paul Bouvier 22

Éduquer à la santé, pour que genre ne rime plus avec violence

Jacques Lebas, Madina Querre 24

« Comment je forme les professionnels pour faire reculer l'excision »

Nafissatou Fall, avec Manuela Gherib et Danièle

Bugeon 29

Personnes âgées et handicapées : le déni de la maltraitance

Marie-Ève Joël 31

Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées

Françoise Busby 35

Dissocier troubles psychiques et violence dans l'esprit du public

Anne M. Lovell 37

Groupes de parole usagers/soignants à Marseille : une thérapie contre la violence

Anne M. Lovell, Vincent Girard 41

Institutions : désamorcer la violence

Omar Brixi 43

Développer la prévention de la violence en lien avec l'emploi

Yves Géry 47

International : la promotion de la non-violence, vue par l'OMS

« La violence est aussi un problème de santé publique »

Entretien avec Étienne G. Krug 48

Pour en savoir plus

Olivier Delmer, Céline Deroche, Ève Gazzola 50

► Éducation du patient

Patients-soignants : un poster pour faciliter la communication

Entretien avec Françoise Galland 54

« Un véritable acte de soin »

Cécilia Aldenhoff 56

► La santé en chiffres

La dépression touche trois millions de Français

Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, Alain Blanchet, Roland Dardennes, Frédéric Rouillon, Béatrice Lamboy 57

► Débats

Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?

Éric Farges 60



Illustrations : Charlotte Pironet

LA Santé
de l'homme

L'expérience libanaise d'une clinique pour les jeunes

Ravagé pendant quinze ans (1975-1990) par la guerre, le Liban peine à mettre en place des infrastructures de santé et plus encore à développer la promotion de la santé. Dans ce contexte difficile, une université privée de Beyrouth a pourtant montré la voie à suivre en ouvrant une clinique pour les 12-22 ans, offrant un accueil et une prise en charge pluridisciplinaire, médicale et psychologique. Témoignage de Béatrice Khater, médecin impliqué dans cette structure.

La priorité en matière de santé – après la guerre qui a ravagé le Liban entre 1975 et 1990 – aurait dû être de mettre en place un système de santé couvrant les besoins de l'ensemble de la population et de collecter les données épidémiologiques en la matière. Mais la politique des gouvernements successifs a penché plutôt pour la reconstruction, l'assainissement des institutions étatiques... négligeant le domaine de la santé en général. Une population particulière était en dehors de tous les programmes : les adolescents et les jeunes, malgré l'existence d'un ministère de la Jeunesse et du Sport. Les 14 à 25 ans, qui représentent vingt pour cent de la population libanaise, se retrouvaient à la sortie d'un conflit de quinze ans sans repères ni idéaux. Certains avaient combattu avec les milices armées, d'autres avaient fui la dure réalité dans la drogue, d'autres aussi avaient continué leurs études par intermittence, suivant les cessez-le-feu. Mais tous avaient perdu des années cruciales de leur vie et se retrouvaient au sortir de la guerre devant un avenir incertain, de nouveaux repères et une crise économique galopante.

Un centre de santé familiale

C'est dans ce contexte d'absence de véritable politique de santé que l'université Saint-Joseph, fondée en 1875 par les Pères jésuites, a inauguré, en 1999, sur son site de Beyrouth, un centre universitaire de santé familiale et communautaire (CUSFC). Sa mission est d'assurer des soins de santé au sens large du mot santé (selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé) : du curatif à la prévention et l'éducation

à la santé pour hommes et femmes de tous âges.

Peu à peu, le besoin de s'adresser aux jeunes étudiants universitaires, une des populations cibles de ce centre (les deux autres étant la population locale et les employés de l'université avec leurs familles), s'est fait sentir, surtout à cause de l'absence de ce type de service dans le pays. En effet, il n'existait pas encore, au Liban, de centre ou de clinique pour jeunes. Grâce à l'implantation du centre au sein même de l'université, les étudiants s'adressaient au début à nous pour les petits « bobos » quotidiens, en tant que dispensaire de premiers soins. C'est alors que s'est ouverte à l'intérieur du CUSFC, en 2005, la Clinique des jeunes comme service spécialisé, constituée de professionnels de la santé : médecin de famille, psychologue, travailleur social, diététicienne, infirmière. L'appel complémentaire à des experts juridiques (avocat, juge, etc.) se faisant selon les besoins rencontrés.

Travail en multidisciplinarité au quotidien

Les professionnels de l'équipe de la Clinique des jeunes travaillent en étroite collaboration, une gageure car ce système pluridisciplinaire n'existait pas ailleurs. Il a fallu du temps et un contact assidu pour « arrondir les angles », pour que personne n'ait le sentiment que l'autre empiétait sur son champ d'expertise, surtout dans des domaines où les marges ne sont pas bien délimitées. Pour faciliter le bon fonctionnement, nous avons établi un organigramme précisant qui était la personne qui

accueillerait le jeune, comment et vers qui se ferait l'orientation, selon sa problématique, comment assurer le suivi par les différents intervenants.

Autre modalité de fonctionnement retenue : des réunions d'équipe régulières permettent de discuter des cas quand plusieurs professionnels sont concernés. Ainsi, par exemple, une jeune adolescente anorexique suivie par la diététicienne et qui refusait ses « soins » (de peur de grossir) a été prise en charge en relais par le médecin, qui lui semblait moins menaçant, en parallèle avec ses visites chez la psychologue. En respectant la confidentialité, la discussion du cas entre les différents professionnels a permis, grâce à cette mise en commun, une amélioration. Parfois, c'est le travailleur social, perçu comme moins stigmatisant que le psychologue dans notre société orientale, qui suit le jeune. Cette facilité de « circulation » du patient jeune d'un professionnel à un autre est l'un des atouts de notre centre. Ainsi, durant la période allant de janvier à mars 2007, trente-cinq jeunes ont été reçus en consultation dans notre Clinique des jeunes ; pour des motifs allant du problème médical à la consultation chez la diététicienne ou chez la psychologue.

Visite médicale obligatoire

L'idée est venue ensuite de faire passer aux étudiants universitaires de première année à l'université Saint-Joseph, une visite médicale obligatoire. Le caractère confidentiel de l'entrevue permettait une discussion franche – axée sur les conduites à risque et les problèmes mentaux –, ce moment privilégié

d'autres adultes en contact avec les jeunes – ont été créés et se sont réunis mensuellement ; parmi les thèmes développés : la communication efficace avec les jeunes, la sexualité, l'alimentation saine, le jeune dans le groupe, etc.

Progressivement, l'intérêt d'avoir aussi un site Internet répondant aux questions des jeunes s'est fait ressentir ; pour disposer d'un outil de communication consulté par les jeunes et pouvoir atteindre un plus grand nombre d'entre eux. Dans notre pays bilingue, le choix de la langue a longtemps été discuté, finalement le français a été choisi plutôt que le libanais pour faciliter la compréhension des termes scientifiques. Nous avons pu bénéficier du support et de l'expérience de « Fil santé jeunes » ainsi que de l'École des parents et éducateurs – France (EPE).

La création d'une « unité multimedia » est en cours ; c'est un centre ressources qui rassemble toutes les études publiées au Liban portant sur la problématique des adolescents et des jeunes ; brochures, affiches, publications internationales y sont répertoriées pour pouvoir être consultées sur place par le public. Grâce au matériel recueilli, des outils pédagogiques sont en voie de création pour l'éducation à la santé auprès des jeunes et des professionnels qui interviennent auprès d'eux.

En conclusion, il nous faut souligner que la Clinique des jeunes, une première au Liban, connaît un démarrage lent, pour plusieurs raisons. La première – qui agit comme une arme à double tranchant – est sa localisation à l'intérieur du campus universitaire. La seconde est la difficulté d'accès pour les écoliers qui dépendent de leurs parents concernant leurs déplacements et donc n'y viendront pas sans eux. Enfin, dans notre époque de communication, notre clinique n'a pas encore utilisé de l'outil médiatique et publicitaire pour se faire connaître de la communauté. En attendant que le bouche à oreille, coutume orientale par excellence, se mette à fonctionner !

Béatrice Khater

Médecin de famille,
centre de santé familiale et communautaire,
chargée d'enseignement à la faculté
de médecine,
université Saint-Joseph, Beyrouth.

étant mis à profit pour éduquer et conseiller. Nous avons ainsi rencontré mille sept cent cinquante-neuf jeunes durant l'année académique 2005-2006, parmi lesquelles soixante-trois, soit 3,58 %, ont nécessité une orientation vers le service d'aide psychologique, pour des tentatives de suicide, des problèmes d'anxiété et/ou dépression ou bien pour anorexie.

La partie consacrée à l'examen physique par le médecin a été restreinte au strict minimum, à savoir : prise de tension artérielle, poids et taille pour calculer l'indice de masse corporelle et examen du cœur. Sur les mille sept cent cinquante-neuf étudiants, deux cent quatre-vingts ont été envoyés chez des médecins spécialistes pour des problèmes dépassant la médecine de première ligne, tout en assurant le suivi ultérieur.

Les divers volets de l'éducation à la santé

L'autre grand axe de notre action auprès des jeunes était l'éducation à la santé. Dans ce but, nous avons produit des brochures éducatives sur des sujets pouvant les interpeller : les infections sexuellement transmissibles (IST), l'arrêt du tabac, le stress, etc. Un grand bémol est cependant à mettre sur ce genre d'action : l'absence de participation des jeunes eux-mêmes, via un « comité de jeunes » pour choisir les thè-

mes et rédiger les brochures. De plus, une évaluation de l'impact de l'action n'a jamais été réalisée.

Des activités de sensibilisation à la santé à travers des jeux-concours ont été organisées pour les jeunes étudiants de l'université. Lors de la journée prévention du sida, le 1^{er} décembre, un jeu de piste par équipes a été organisé avec des questions, des vignettes portant sur la maladie, ses modes de transmission, mais aussi sur les autres infections sexuellement transmissibles. Le thème du stress a été abordé par un grand jeu dont les étapes consistaient à déterminer les facteurs déclenchants, les aliments antistress, pratiquer les techniques de relaxation, etc.

Dans le cadre des activités auprès des plus jeunes – les adolescents en milieu scolaire –, deux principales cibles ont été définies : les adolescents eux-mêmes, les éducateurs et les parents. Ces derniers ont été invités à une table ronde professionnelle/parents/adolescents consacrée à l'adolescence sous tous ses aspects. Le développement physiologique et les difficultés courantes ont été traités par le médecin de famille, la relation dans le groupe par le travailleur social et l'aspect psychologique par le psychologue. À la suite de cette rencontre initiale, des groupes de discussion thématique animés par un spécialiste – et comportant des parents et

Infirmier scolaire : un métier partagé entre soins, écoute et éducation

Être toujours disponible en cas de nécessité tout en ayant un rôle d'éducateur à la santé des élèves sur le long terme : telle est la double mission – souvent délicate à mener de front – des 6 100 infirmiers scolaires. Mabrouk Nekaa, infirmier scolaire dans deux établissements de Firminy (Loire), souligne l'importance de suivre les élèves en grande souffrance. Un travail d'équipe avec le médecin et les autres professionnels. Un travail polyvalent qui concilie soins, écoute, éducation mais aussi formation des élèves infirmiers. Témoignage.

Infirmier d'internat depuis 1999 dans la cité scolaire Jacob-Holtzer, constituée d'un lycée d'enseignement général scientifique et technologique de quatre cents élèves et d'un lycée professionnel industriel de trois cents élèves, situé à Firminy, dans la Loire, vingt mille habitants, mes missions sont multiples. L'ensemble est un établissement à taille humaine, ce qui permet de bonnes relations et un suivi efficace des élèves. L'établissement se caractérise par une forte mixité sociale, ainsi les deux tiers des élèves du lycée professionnel sont issus de catégories défavorisées.

Un infirmier scolaire soigne, écoute et aide les jeunes. Beaucoup sont en difficulté, certains connaissent de réels problèmes familiaux qui retentissent sur leur motivation et leur concentration scolaire. Le travail en équipe avec le médecin scolaire, l'assistante sociale, les enseignants et le personnel de la vie scolaire est primordial pour une meilleure compréhension de l'élève. Ma présence volontaire à la commission vie scolaire et mon implication au sein du conseil de vie lycéen permettent de suivre certains élèves en grande souffrance.

Ce qui se cache derrière la migraine

La journée commence par l'accueil des élèves – une vingtaine en moyenne – qui viennent pour quelques minutes de « bobologie », pour des certificats médicaux de dispense, à la suite d'accidents... D'autres, plus fatigués voire malades, dans l'attente qu'un parent

vienne les chercher, prennent un temps de repos face à leurs problèmes, qui dépassent largement le cadre du lycée. Des médicaments courants sont distribués pour calmer migraines et douleurs diverses du quotidien ; les cas d'allergies et d'asthme, de plus en plus présents, sont également suivis à partir de l'infirmierie.

Mais certaines migraines cachent un problème autre que physiologique : mal-être de l'adolescent et/ou difficultés familiales, financières, de santé dans la cellule familiale, de dépendance à des produits licites ou illicites. Écoute, discussion, information, relation de confiance sous couvert du secret professionnel permettent aux élèves de régler certains soucis de manière confidentielle en cas de nécessité, sur des sujets tels que leurs relations sexuelles ou la prise de produits. Le besoin de conseils en santé pour les élèves n'est pas négligeable lors des passages à l'infirmierie, conseils personnalisés et répondant tout de suite à leurs attentes.

Mon rôle est aussi d'impulser et de préparer des interventions d'éducation à la santé, adoptées en commission d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc). La validation, la programmation et l'évaluation des actions collectives d'éducation à la santé sont définies en collaboration avec les responsables et les acteurs des projets. C'est dans ce cadre que je participe en tant qu'animateur aux séances d'éducation à la sexualité (*voir article page 8*).

Former les infirmiers à l'éducation pour la santé

Autre fonction qui m'est dévolue : la formation. Outre l'encadrement régulier d'étudiants infirmiers dans le cadre de leur stage de santé publique, l'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne m'a demandé d'accompagner un groupe d'étudiants de 2^e année dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'éducation à la santé : les étudiants doivent identifier les besoins et mènent donc une enquête auprès des élèves internes lycéens sur leurs attentes.

Avant l'élaboration du questionnaire, les étudiants infirmiers sont confrontés à leurs représentations de l'éducation à la santé. À partir de la question « *qu'est-ce qu'éduquer à la santé ?* », ils prennent conscience de différences dans leurs propres conceptions, ce qui permet de clarifier leurs intentions éducatives et l'approche à adopter. La décision d'une approche participative est retenue afin de construire avec les jeunes des réponses adaptées à leurs besoins en leur permettant d'exprimer leurs inquiétudes et demandes. Un questionnaire d'entretien intégrant des règles éthiques – anonymat et secret professionnel, absence de jugement – est élaboré puis testé sur un groupe d'adolescents extérieurs au lycée. Le fait que les étudiants infirmiers soient à peine plus âgés que les internes – et donc proches – facilite le contact et l'investissement des lycéens. Ces derniers identifient sans surprise trois principaux

jet de santé publique : identifier les besoins de santé d'une population avec une méthodologie et une analyse précises permet d'établir une stratégie d'action avec des objectifs clairs, d'identifier les partenaires et d'évaluer la réalisation du projet.

Mabrouk Nekaa

Infirmier à l'Éducation nationale, diplômé d'État en 1993, étudiant au master II « Éducation à la santé en milieu scolaire ».

Concilier quotidien et éducation à la santé : un défi pour les 6 100 infirmiers scolaires

On dénombre actuellement six mille cent infirmiers de l'Éducation nationale en France, ils officient dans les établissements scolaires. Leur mission : promouvoir et mettre en œuvre la politique de santé (prévention, actions sanitaires de portée générale, hygiène et sécurité, bilans obligatoires, soins). Les infirmiers sont plus particulièrement chargés de l'accueil et de l'écoute des élèves, pour tout motif ayant une incidence sur la santé, ils participent aussi, bien évidemment, à l'éducation à la santé.

Le programme quinquennal de la politique éducative de santé à l'école, adopté en 2003 (1), définit plusieurs priorités pour les infirmiers, avec en tête les deux missions suivantes :

- « repérer et suivre les problèmes de santé des élèves ;
 - mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents ».
- Depuis 2003, les modalités de l'information et l'éducation à la sexualité sont précisées dans une circulaire ; cette éducation intervient dans les collèges/lycées « à raison d'au moins trois séances annuelles ».

Au fil du temps, les missions des infirmiers de l'Éducation nationale ont été élargies. L'une des difficultés majeures est de mener à bien deux fonctions : d'un côté, l'infirmier scolaire est « d'alerte », toujours présent et disponible en cas de nécessité, de l'autre, de par ses fonctions d'écoute et d'éducation, on lui demande de travailler sur la durée, de faire de l'éducation pour la santé et, dans ce cas, les infirmiers perdent en disponibilité immédiate. Le défi est donc de parvenir à cumuler ces deux fonctions, d'une temporalité très différente.

(1) Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale n° 46, du 11 décembre 2003.

facteurs de risques pour la santé : le tabac, l'alcool, et les drogues ; globalement ils sont informés sur les risques et favorables à des actions menées par leurs pairs. À la suite de ces résultats, les étudiants infirmiers ont retenu la problématique suivante : en quoi la prise de conscience de sa propre conduite à risque peut-elle permettre un choix, une réflexion ? Ils définissent les objectifs : changer les représentations pour questionner la notion de plaisir et de déplaisir, répondre aux attentes des lycéens sur les consommations via une double réflexion, individuelle et collective. Pour préparer leur intervention, les étudiants infirmiers ont rencontré différents partenaires et acteurs de prévention de santé publique intervenant sur les conduites à risque (l'unité de traitement des toxicomanies du CHU, l'association Anpaa, etc.).

Ils veulent parler alcool

L'action prévue sur deux heures ne permettant pas de traiter les trois thèmes (tabac/alcool/drogues), les élèves choisissent le sujet en début de

séquence, ce qui facilite confiance et échanges. Avant la séance, les étudiants infirmiers ont complété leurs informations sur les produits et conduites addictives, se sont équipés d'outils et de documentation à distribuer aux élèves. L'action se déroule à l'internat. Le besoin d'échanger sur l'alcool – thème choisi à la majorité – amène les intervenants à souligner le respect de la parole de chacun. Il est primordial de ne pas parler de sa propre consommation mais plutôt de partager ses représentations. Un classement des effets du produit alcool est établi et des tests sur le simulateur d'alcoolémie sont proposés afin de faire prendre conscience – d'une façon ludique – du temps nécessaire pour éliminer l'alcool consommé dans une soirée. Enfin, un questionnaire d'évaluation est distribué aux élèves pour apprécier leur ressenti et les informations retenues.

La conduite du projet par les étudiants leur a permis d'évoluer vers une action plus réaliste et d'être confrontés à la difficulté de mener à bout un pro-

Une équipe de professionnels pour parler sexualité aux élèves de seconde

Depuis six ans, une équipe de professionnels de l'ensemble scolaire Jacob-Holtzer – infirmier(ère)s, assistante sociale, professeur de sciences et vie de la Terre, conseillères d'éducation – à Firminy (Loire) conçoivent et animent des séances d'éducation à la sexualité pour les élèves de seconde. La conseillère d'éducation et l'infirmier scolaire interviennent en binôme dans ce cadre.

L'équipe d'intervenants a été formée à l'éducation à la sexualité par le rectorat de Lyon. L'éducation à la sexualité prend en compte plusieurs aspects éthiques bien connus : poser les limites entre les espaces public et privé, afin que le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée soit garanti. Les objectifs de cette action sont :

- de faire connaître les dimensions relationnelles, juridiques et sociales de la sexualité ;
- d'accompagner leur réflexion sur les relations fille/garçon, le rapport à l'autre, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi ;
- d'apporter des informations objectives et des connaissances susceptibles de répondre à leurs interrogations ;
- de permettre une meilleure perception des risques (grossesse précoce, infections sexuellement transmissibles) et de favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective ;
- d'informer sur les structures d'accueil, d'aide et de soutien face à des situations individuelles qui le nécessitent.

Bousculer les idées préconçues

Dans l'année, les élèves ont deux séquences d'une heure trente, organisées par demi-classes. Les thèmes traités sont la première relation, la pornographie, le viol, l'inceste, la prostitution, l'homosexualité. En première séquence, au lycée d'enseignement général et technologique, l'outil pédagogique utilisé est l'abaque de Régnier¹ sur les thèmes : la prostitution, le viol, l'inceste. Cet exercice permet le débat à partir d'affirmations préconçues et d'a priori, mais

aussi des vérités reconnues (exemple : le métier de prostituée est autorisé par la loi). Cela amène le groupe à l'échange des représentations. Au lycée d'enseignement professionnel, on utilise plus facilement l'échange, le débat ouvert à partir de l'association de mots et d'idées, une technique intéressante pour libérer l'énergie d'une classe un peu trop vive. Prendre en compte les diversités culturelles et sociales (population masculine et d'origine étrangère de milieux défavorisés) permet d'adopter une approche pédagogique adaptée. Partir d'un langage individuel parfois choquant et le reformuler ensemble facilite la bonne compréhension collective et recentre le groupe sur la réflexion.

La dynamique de la première séance instaure la confiance et permet de choisir des outils d'animation avec lesquels les élèves deviennent acteurs : ils préparent et jouent des mini-sketchs improvisés sur les sujets tels que l'homosexualité, la pornographie, la première relation. À l'issue de chaque scène, le groupe échange et, à la fin de la séquence, une évaluation écrite est

demandée aux élèves sur : ce que j'ai aimé/pas aimé ; ce qui m'a gêné/pas gêné ; ce que cela m'a apporté/appris/rien ; le souhait ou non de renouveler ces actions d'éducation à la santé. Les résultats indiquent que la majorité est satisfaite et demande d'autres séquences... en partie tout simplement parce ce type d'animation change des cours dispensés tout au long de l'année ! Mais l'aspect éducatif utile n'en est pas moins présent.

Mabrouk Nekaa
Cathy Couvert

Conseillère principale d'éducation.

1. L'abaque est un outil de mise en valeur des opinions de chacun. L'animateur propose aux participants un ensemble d'affirmations ; ces affirmations induisent des positions tranchées, des représentations basées sur des opinions, voire des préjugés ; elles doivent être construites et utilisées pour faciliter le dialogue et le débat. Item par item les participants informent l'animateur de leur position en indiquant la couleur du nuancier qui y correspond (rouge = pas d'accord, vert = d'accord, jaune=sans opinion) ; une fois les réponses saisies, l'animateur reprend chaque item en proposant un commentaire général sur la répartition des couleurs et demande à chacun d'expliquer les raisons de sa position.

Violences et santé : quelles actions éducatives ?

Dossier coordonné par **Zinna Bessa**, médecin, adjointe au chef de bureau santé des populations, précarité et exclusion, sous-direction Santé et société, direction générale de la Santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris, et **Alain Douiller**, directeur du comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse, Avignon.

Violences et santé : quelle place pour l'action éducative ?

La violence est une question dont se saisissent jusqu'à présent en tout premier lieu la justice et les forces de l'ordre. En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport mondial sur la violence et la santé, interpellait les pouvoirs publics sur l'urgence à agir pour prévenir un problème qui tue chaque année près de deux millions de personnes dans le monde. La première des recommandations émises dans ce rapport était l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans d'actions au niveau national.

Agir en amont des phénomènes de violence paraît un enjeu de société majeur. Cette conviction renvoie à la perception d'une responsabilité collective vis-à-vis de ces phénomènes et non pas seulement à des responsabilités individuelles et familiales, et à l'utilité de démarches éducatives.

Cette recommandation a été reprise dans son principe, en France, dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui a décidé de travailler sur cinq plans stratégiques parmi lesquels un plan visant à limiter l'impact de la violence sur la santé.

À la demande du ministère de la Santé et des Solidarités et sous la présidence d'Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm, six commissions préparatoires ont produit une somme de réflexions, d'analyses mais aussi de débats particulièrement intéressants dont *La Santé de l'homme* voulait vous rendre compte. Si le plan Violence et Santé n'a pas encore été adopté par les pouvoirs publics, ces travaux ont eu le mérite de porter un autre regard sur cette thématique, en l'abordant comme un véritable déterminant de la santé, au même titre que l'alcool, le tabac ou la nutrition. Une part importante de ces réflexions est consultable sur le site du ministère : www.sante.gouv.fr

Six commissions de travail thématiques se sont donc réunies : périnatalité, enfants et ado-

lescents ; personnes âgées et personnes handicapées ; genre et violence ; violence et santé mentale ; institutions, organisations et violence ; violence, travail, emploi et santé. Ce dossier de *La Santé de l'homme* est ainsi l'occasion de se faire l'écho d'un certain nombre de leurs conclusions. Les présidents de chacune de ces commissions ainsi qu'Anne Tursz, présidente de l'ensemble de cette mission préparatoire, nous livrent ici leurs analyses et les points qui ont pu leur paraître les plus marquants.

À la lecture du rapport général d'Anne Tursz, les recommandations les plus fortement mises en avant en matière de prévention nous semblaient beaucoup relever de mesures de repérage, d'information, de formation des intervenants, ou d'amélioration des capacités de recueil et de traitements des données. L'éducation – et particulièrement l'éducation pour la santé – paraissait plus discrètement évoquée et surtout de façon moins concrète et moins précise. C'est pourquoi nous avons posé la question suivante aux présidents des commissions et à Anne Tursz, auteur du rapport final : « *La prévention et l'éducation pour la santé ont-elles une place dans la lutte contre les violences ?* »

En réponse à cette question, et bien que travaillant dans des champs très différents, les auteurs s'accordent sur un certain nombre de points :

1. l'ampleur du problème : la violence n'est pas un phénomène nouveau et son éventuelle augmentation n'est pas scientifiquement étayée. Les médias et les débats politiques jouent ainsi un rôle important dans la sensibilité des publics et dans la perception de l'importance de cette question ;
2. la violence ne paraît pas constituer une fatalité absolue. Chaque commission promeut l'utilité et l'efficacité de la prévention, des interventions précoces, pour agir en amont de la violence ;
3. les actions d'éducation et de promotion de la



santé sont des volets incontournables de la prévention. Elles paraissent toutefois insuffisamment développées, examinées et évaluées. Des mesures comme la consultation du quatrième mois de grossesse ou un travail sur l'incitation à l'expression verbale sont pourtant à mettre en avant et devraient faire l'objet de recherches et de soutien ;

4. les acteurs du champ de l'éducation pour la santé ont donc, dans cette perspective, toute leur place. Mais les rapports des commissions montrent aussi qu'il leur reste beaucoup à inventer, à imaginer : les exemples d'actions proprement éducatives sont en effet peu nombreuses, souvent confidentielles... Par ailleurs, la non-publication à ce jour du plan Violence et Santé ne permet pas aux Régions d'inscrire cette thématique comme prioritaire dans leurs plans régionaux de santé publique (PRSP), limitant ainsi les crédits qui pourraient être alloués à des actions relevant de ce champ.

Agir en amont des phénomènes de violence paraît, pour la grande majorité des membres des commissions, un enjeu de société majeur. Cette conviction renvoie à la perception d'une responsabilité collective vis-à-vis de ces phénomènes et non pas seulement à des responsabilités individuelles et familiales. Elle renvoie aussi à l'utilité de démarches éducatives – les mesures répressives ne pouvant constituer l'unique réponse – qui nécessitent pour cela :
– d'identifier les différentes formes de violence

afin de ne pas amalgamer des réalités très différentes sous ce même vocable ;

– de travailler sur les représentations et sur la verbalisation des tensions, des difficultés, pour prévenir les « passages à l'acte » ;

– d'oser poser la question de nos propres organisations et des formes de violences qu'elles peuvent engendrer ;

– d'admettre et de percevoir la part de violence qui anime chacun d'entre nous : la violence, ce n'est pas seulement celle des autres ! ;

– de prendre davantage en compte la question des rapports de genre et de domination masculine.

Les analyses et actions présentées dans ce dossier sont donc centrées sur les démarches éducatives ; elles en soulignent le formidable potentiel. Autant d'éléments concrets qui, nous l'espérons, seront utiles aux professionnels confrontés à cette problématique dans leur pratique.

Alain Douiller

Directeur du comité départemental
d'éducation pour la santé de Vaucluse,
Avignon.

Zinna Bessa

Médecin, adjointe au chef du bureau Santé
des populations, précarité et exclusion,
sous-direction Santé et Société,
direction générale de la Santé,
ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.

Entretien avec Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm, auteur du rapport préparatoire au plan national Violence et Santé.

« Contre les violences, l'urgence, c'est l'action éducative et la prévention »

Pendant six mois, Anne Tursz a coordonné les travaux des experts sur le thème « Violence et santé » avant de rédiger un rapport qui contient un état des lieux et des propositions d'actions. Elle souligne que c'est autour de l'action éducative et de la prévention qu'il faut agir sans attendre. Elle met en avant le rôle des médecins généralistes dans le repérage des risques, insiste sur la nécessité d'accompagner des parents dès la grossesse. Enfin, elle s'insurge contre les idées reçues. Non, la violence n'augmente pas dans la société, c'est la résonance qu'en font les médias qui s'accroît. Non, il n'y a pas de lien présumé entre violence et précarité, toute la population est concernée par la maltraitance.

La Santé de l'homme : Vous êtes pédiatre, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm. Aviez-vous, avant d'être sollicitée pour piloter ce rapport, une approche particulière sur le thème « Violence et santé » ?

Anne Tursz : Je mène, depuis environ cinq ans, des travaux de recherche sur la maltraitance des enfants et plus précisément sur les morts suspectes des nourrissons. J'ai été amenée, au cours du temps, à faire le constat de plusieurs idées fortes qui ont, naturellement, bordé le travail collectif que nous devons mener sur la thématique « Violence et santé ». D'abord, ce phénomène est complètement sous-estimé en France. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne l'est pas ailleurs. Mais, dans notre pays, c'est réellement un problème. Ensuite, toutes les classes sociales sont concernées par une réalité extrêmement grave comme l'homicide d'un enfant de moins d'un an. Enfin, je refuse ce présumé éternel qui dit « Violence égale précarité, précarité égale violence », ce qui est faux.

S. H. : Les médias donnent souvent le sentiment que nous vivons dans une société de plus en plus violente. Partagez-vous cette idée ?

Non. Les exemples d'horreur, par le passé, n'ont pas eu besoin des médias

pour exister. La guerre de Cent Ans, l'Holocauste, etc. La société humaine est très violente, c'est comme ça. Nous avons l'impression, artificielle à mon avis, que la violence est de plus en plus fréquente. Rien ne l'affirme scientifiquement. Les enquêtes de victimologie faites par téléphone et menées par l'Insee ne montrent pas d'augmentation importante de la violence. Elles ont un grand avantage par rapport aux enquêtes institutionnelles, celles de la justice ou de la police, qui sont nécessairement biaisées, elles témoignent d'un regard direct. Ce qui augmente, en revanche, ce sont les violences verbales et particulièrement dans les classes sociales élevées.

S. H. : Ne pensez-vous pas que l'action du professionnel de santé se limite trop souvent à la prise en charge des conséquences de la violence, et n'est pas assez « préventive » ?

Effectivement, il n'y a pas que les conséquences sanitaires de la violence puisque des situations sanitaires sont aussi génératrices de violence. Nous pensons immédiatement à la santé mentale. Évidemment quand un fou assassine une infirmière, on parle de cela pendant six mois, mais c'est un événement extrêmement rare. C'est d'ailleurs l'exemple même de l'effet média. Il augmente le volume d'un événement qui

n'est, en fait, que marginal. Nous savons très bien que les malades dangereux existent. Il n'y en a pas énormément et, j'insiste là-dessus, ils ne doivent pas être placés en prison. Quand ils sont placés dans des établissements appropriés et qu'il n'y a pas de rupture de soins, ils ne représentent plus de danger pour la société. Il y a quand même des états psycho-pathologiques qui peuvent être à l'origine de violences. L'alcoolisme aigu, par exemple, de nombreuses addictions, notamment certains produits toxiques. Et puis, la littérature scientifique internationale le démontre, il y a un lien statistique entre les violences subies dans la petite enfance et les violences perpétrées ensuite à l'adolescence ou à l'âge adulte.

S. H. : Vous avez organisé la concertation autour de six commissions. Comment s'est fait ce choix et de quelle façon chacune des commissions a-t-elle travaillé ?

Je n'ai pas organisé toute seule ce travail. J'ai été très aidée par la direction générale de la Santé (DGS)¹. Il a fallu, dans un premier temps, débroussailler. Au départ, je ne partageais pas le choix de l'intitulé initial proposé par le ministère où il était question de conduites addictives (« Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la vio-

lence, des comportements à risques et des conduites addictives », Ndlr). Cela restreignait le sujet et donnait une connotation culpabilisante qui me paraissait inappropriée. J'ai eu la chance de rencontrer à la DGS beaucoup de compréhension, notamment de la part de William Dab, à l'époque directeur. Nous avons ensuite décidé que partout où il y avait déjà des initiatives en cours, nous devions réfléchir à la création de liens entre celles-ci, plutôt que de tout recommencer. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), par exemple, avait déjà publié des rapports sur les addictions. Idem pour d'autres institutions sur la violence routière, sur les accidents domestiques des enfants, sur le suicide. Nous avons recensé ce qui existait déjà et mis en exergue les liens qui pouvaient être créés.

S. H. : Pourquoi ne pas avoir organisé vos travaux par catégories ? Par exemple l'âge, le sexe, etc.

Il est vrai que nous aurions pu avoir une approche par âge – des bébés aux

personnes âgées –, par lieux de survenue de la violence, par types de violence, etc. Finalement, nous nous sommes mis d'accord sur un certain nombre de thématiques avec une règle commune : faire en sorte de croiser dans chaque commission – un tiers de chercheurs, un tiers d'institutionnels et un tiers de gens de terrain – des personnes qui se comprennent entre elles et qui ont des pratiques complémentaires. Par exemple, il ne nous a pas paru pertinent d'étudier la violence à l'école dans une commission qui s'occuperait plus spécifiquement des institutions, alors que nous avions dans le groupe qui travaillait sur le thème de l'enfance et de l'adolescence des praticiens de la santé scolaire, des professionnels de la PMI, des personnes qui parlent le même langage. Nous avons arrêté six thématiques qui finalement ont bien fonctionné. Nous avons privilégié la transversalité, et évité au maximum les recoupements. J'ai alors établi un système de réunions régulières des six présidents de commissions. Nous avons échangé de quatre à six fois entre septembre 2004 et avril 2005.

S. H. : Qu'est-ce qui vous a le plus frappée pendant le déroulement de votre mission ?

La qualité d'écoute et de dialogue de l'ensemble des participants. Il y a des mots très importants, des signes forts qui ont parfois entraîné des débats difficiles entre nous. Par exemple, nous avons ajouté le mot « emploi » dans la commission qui traitait de la violence et du travail car cela nous permettait de parler du non-emploi. Christophe Dejourné (psychiatre, professeur de psychologie du travail, Ndlr) a d'ailleurs fait un rapport tout à fait remarquable sur les conséquences du chômage des parents sur la violence des jeunes. Mettre les personnes âgées avec les personnes handicapées dans la même commission a, vous vous en doutez, suscité des débats. Cela nous permettait de réfléchir sur la potentialité de la dépendance. C'est, enfin, le mot « genre » qui a provoqué les discussions les plus fournies. Nous étions partis, au début, sur le thème « Violence envers les femmes », ce que je trouve absurde. Bien sûr, quantitativement, c'est là que le phénomène est le plus important. Mais, poser la problématique en ces termes, c'est oublier ce qui, à mon avis, préside dans la violence envers les femmes. C'est-à-dire les rapports de pouvoir, les rapports sociaux instituant les règles pour chaque sexe. Je peux dire la même chose concernant la violence homophobe.

S. H. : Parmi les conclusions relevées dans la synthèse finale de votre rapport, vous notez « une connaissance scientifique insuffisante sur la problématique violence et santé ». Vous parlez même « d'ignorance et d'urgence ». Que faire pour remédier à cela ?

Il ne faut pas être trop ambitieux et savoir rester réaliste. Je ne souhaite pas que l'on construise une sorte d'usine à gaz type « Observatoire de la violence ». Nous ne parvenons déjà pas à collecter des données fiables, pertinentes. Vous imaginez ce que serait alors un observatoire de ce genre ? Commençons modestement, en faisant déjà le bilan de ce que l'on sait, en allant à la rencontre de ceux qui sont en possession de ces informations. Savez-vous qui sont les personnes qui sont le plus confrontées aux résultats de la violence,

à part la police ? Ce sont les urgentistes et les médecins généralistes. Organisons au mieux la quête de ces données, ce qui n'est pas facile à faire. Et simplifions les indicateurs. Rendons ces données accessibles aux professionnels de la santé. Nous avons des dispositifs qui fonctionnent bien, une réglementation béton. Mais elle est souvent incompréhensible. La commission Personnes âgées a proposé une idée que je trouve formidable : fabriquer des outils pédagogiques pour les personnels de santé, expliquant les textes de loi. Voilà une piste.

S. H. : L'action éducative comme lien possible contre les violences fait-elle partie des recommandations fortes de votre rapport ?

Oui. Elle est essentielle. Nous évoquons l'urgence, précédemment. Je pense que c'est autour de l'action éducative, de l'éducation à la santé et de la prévention que nous devons mener nos actions. Tout est lié. Les mesures les plus urgentes, et sans doute les plus simples à mettre en place, sont celles qui ont le mérite d'être, entre elles, cohérentes. Comment utiliser, au mieux, les compétences professionnelles pour dépister les êtres fragiles, les signes précurseurs qui peuvent porter un diagnostic fiable sur le risque de violence ? Il y a là matière à recherche. Par exemple, la périnatalité. Il existe un plan Périnatalité, un plan Psychiatrie et

Santé mentale, des recommandations de la Haute Autorité en matière de périnatalité, la réforme de la loi de protection de l'enfance... Toute une panoplie de mesures réglementaires, cohérentes entre elles, j'insiste là-dessus. Le rapport préparatoire préconise qu'il y ait un entretien systématique au quatrième mois de grossesse avec toutes les femmes enceintes et si possible avec le père afin de dépister les gens fragiles susceptibles d'avoir du mal à s'attacher à leur enfant dès sa naissance, soit par ce qu'ils n'en voulaient pas, soit pour des raisons personnelles, psycho-affectives, etc. Il y a là tout un champ d'accompagnement et aussi de réflexion et d'action en termes d'éducation à la santé. Le dépistage de cette vulnérabilité ouvre les perspectives à un enseignement pour les professionnels de santé. Il est complémentaire d'une éducation à la sexualité qui doit s'ouvrir aussi à l'éducation à la parentalité. Il offre un soutien à la personne. Il permet toute une panoplie d'actions.

S. H. : N'êtes-vous pas, à travers l'exemple de la périnatalité, en train de souligner le rôle déterminant des éducateurs de santé, des associations de prévention, des professionnels de santé publique ?

C'est exact. Notre réflexion sur la violence et la santé a mis l'accent sur le fait que nous avons besoin de tout le monde, de chaque talent, pour com-

prendre et prévenir ce phénomène. De plus, le rôle principal de ces praticiens est, en priorité, à exercer auprès des enfants et des jeunes. Pour moi, tout ce qui tourne autour de la grossesse est très important. Car un ratage de naissance, et cela existe, est vraiment une catastrophe. L'enfant, en général, ne s'en remet pas.

S. H. : Y a-t-il une idée forte de cet important travail de réflexion et de propositions que vous souhaitez relever ?

Oui : la violence n'est pas inéluctable à condition, d'abord, que la prévention soit très précoce. S'occuper des enfants me paraît fondamental. Ensuite, nous devons nous adresser à toute la population, qu'elle soit riche, pauvre, précaire, blanche, noire, etc. Car toute la population, sans exception, est concernée par la maltraitance. Enfin, et cela découle de mon précédent propos, nous devons faire la peau à un certain nombre de dogmes établis : « précarité et violence », « la famille est toujours bonne... » Il faut une sorte de courage philosophique pour s'attaquer à ce problème.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. À la DGS, ont collaboré avec Anne Tursz : Véronique Mallet, Bernard Basset, Chantal Froger, Zinna Bessa... et d'autres.

De 0 à 18 ans : protéger l'enfant, responsabiliser l'adulte

Agir le plus tôt possible et développer l'ouverture de lieux d'accueil temporaire pour les victimes de violence, comme les femmes pendant la grossesse ou après l'accouchement ; rendre obligatoire la réflexion sur les facteurs de violence et les moyens de la résoudre dans la formation des enseignants ; mettre en œuvre des programmes développant les compétences psychosociales des enfants. Telles sont quelques-unes des pistes d'action préconisées par la commission qui a travaillé sur « Périnatalité, enfance et adolescence ».

La violence est souvent présentée à travers des batailles de chiffres « accrocheurs » ou d'évolutions « catastrophiques ». Or, il y a, dans l'appréciation de ce phénomène, une forte dimension idéologique, politique, médiatique, une perception souvent subjective, et qui varie suivant les contextes sociétaux. Pourtant, la préoccupation majeure des professionnels qui agissent dans ce champ est d'abord d'avoir une approche qualitative de cette question. Cette démarche permet de formuler des constats éclairés et surtout des recommandations constructives concernant aussi bien la période périnatale que l'enfance ou l'adolescence.

Un être en développement dans son environnement social

Il est important de rappeler que l'appréciation de la violence ne doit pas porter uniquement sur l'acte commis mais aussi sur les conséquences qu'elle génère en termes de souffrance et de développement somatique, social et cognitif de l'enfant. En effet, il y a une vraie particularité de la violence exercée sur un être en devenir. Il est donc essentiel de définir la violence au regard de ses conséquences sur l'individu victime et, pour un jeune, au regard de ses potentialités. Dans les premières situations de socialisation et d'échanges, où est l'intentionnalité ? Où est l'apprentissage de la frustration au cours de ces situations de découverte et d'exploration du monde environnant ?

Le rapport d'inégalité existant dans le cadre de la violence des adultes sur les enfants ou d'adolescents entre eux doit être intégré dans la définition de la violence. Il convient de distinguer les

contraintes portant atteinte au développement immédiat et futur des enfants, des tensions apparaissant dans les conditions normales d'apprentissage de soi et des autres. La violence ne se définit pas seulement au regard de l'intentionnalité mais aussi de ses conséquences. Les omissions affectives ou éducatives, ainsi que les actes réellement caractérisés comme violents, pourraient être définis comme ceux ayant des conséquences relativement importantes sur le développement d'un être en devenir.

La position de l'éducateur (parent, enseignant...) et l'intentionnalité

La violence non délibérée, de l'ordre de l'omission, de l'imprudence ou de l'absence de connaissances doit également être prise en compte. Tous les parents maltraitants ne le sont pas de manière délibérée mais plus par incapacité ou par manque de savoir. Deux enfants pourront réagir différemment à une même méthode éducative et pédagogique. Les intentionnalités peuvent en outre être « négatives » ou « positives », c'est-à-dire relevant d'une démarche punitive ou d'encouragement. L'identification d'une situation violente individuelle nécessite la prise en compte de plusieurs paramètres relativement complexes, avec une approche différente du repérage de problèmes de violence liés aux organisations (*voir l'article d'O. Brixi p. 43*). Dans les modes de garde (en collectivité au sein d'une crèche, à domicile par une assistante maternelle...), les niveaux de qualification des violences sont très variables selon les professionnels et les tempéraments. Il est parfois compliqué de clarifier la frontière entre un acte violent et un acte autoritaire.

Le curseur semble donc difficile à placer pour l'institution judiciaire, dont les sanctions peuvent être très différentes dans des affaires relativement semblables, ce qui prouve la complexité à trancher, notamment sur des questions liées à l'intentionnalité. Il faut considérer de quel point de vue on se place, à savoir du côté de l'auteur (intentionnalité) ou du côté de la victime (interprétation des conséquences d'un acte).

La position parfois complexe du témoin de la violence

Outre l'acteur et la victime, le témoin, tierce personne adulte, doit être pris en compte. Sa position face à des situations quotidiennes et banales est déterminante dans la manière dont l'enfant va se positionner et réagir (normaliser ses réactions). La situation des enfants est d'ores et déjà inégalitaire dans la mesure où les parents peuvent adopter des réactions éducatives très différentes. Il est donc intéressant, avec l'enfant, de sortir du schéma acteur/victime pour prendre en compte la notion d'adulte témoin. Elle permet de donner du sens à une situation qui est importante et de la distance par rapport à des événements très forts sur le plan affectif, tant pour la victime que pour l'auteur. Reste toute la question de la gestion de cette position de témoin, qui est souvent très délicate à gérer.

Par ailleurs, cette question du « témoin » pose celle de l'enfant spectateur de violence domestique (conjugale souvent) mais non directement maltraité. En termes de répercussion sur sa santé et son développement, c'est une situation que l'on peut considérer comme comparable à celle d'enfants

victimes directes de violence et de maltraitance. Cette dimension serait alors prise en compte par les services sociaux et sanitaires comme une cinquième catégorie de maltraitance, les autres étant physique, psychique, sexuelle et par négligence.

La non-application des lois : une violence supplémentaire faite aux plus faibles

Un des constats souvent faits est qu'il existe des lois, des textes, des règlements, des circulaires, des plans remarquables. Le problème majeur est trop souvent la non-application de ces décisions. De ce point de vue, elle pénalise essentiellement les plus faibles, les plus fragiles, les plus exposés à la violence et correspond donc à une véritable violence institutionnelle de la part de ceux qui sont en charge de faire respecter la loi et qui n'assurent pas toujours le suivi de son application.

Les lois de décentralisation ont transformé de manière profonde les responsabilités dans le domaine de la protection de l'enfance, donnant aux collectivités territoriales un rôle majeur. L'application très diversifiée sur le territoire français de ces textes a entraîné une situation contrastée qui nuit à une prise en charge efficiente de ce problème. Ces transferts de compétences de l'État vers les collectivités locales, auraient nécessité de la part de celui-ci un travail de suivi qui n'a pas toujours été fait. Il importe donc que l'État veille davantage à la bonne application de ces textes.

Le « droit d'intervention » face aux faits de violence

Les programmes d'intervention les plus efficaces dans le champ de la violence sont ceux qui agissent le plus tôt possible (périnatalité, petite enfance). Il est donc essentiel de privilégier ces populations, d'où l'importance de la mise en œuvre actuelle du plan Périnatalité.

Il est aussi nécessaire de souligner d'emblée que « le droit d'intervention », face à un fait avéré de violence, a vocation à s'appliquer aux institutions dont les pratiques sont susceptibles d'engendrer des risques pour les enfants et les jeunes. Il faut d'ailleurs se poser la même question pour les familles. Cette démarche n'a pas uniquement une vocation de contrôle ou de sanction, elle

doit avoir une visée éducative. En effet, la littérature internationale et les expériences françaises (en particulier au niveau des centres de protection maternelle et infantile) montrent toutes que les visites à domicile sont très efficaces pour prévenir ou prendre en charge les questions de violence.

Agir dès le début de la grossesse

L'entretien du quatrième mois, mis progressivement en place à travers le plan Périnatalité permettra certainement de donner aux parents des conseils de l'ordre de l'aide à la parentalité. Cette notion de parentalité se définit comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permet à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) sur trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, et la vie psychique ; ces recommandations concernent la mère mais également le père, elles ont un rôle valorisant pour les deux. L'entretien du quatrième mois doit aussi servir au repérage des situations de violence ou de vulnérabilité périnatales et à l'orientation vers des professionnels ou des institutions pour une prise en charge éventuelle. Dans cette perspective, il est indispensable que tous les dispositifs de suivi durant la grossesse ne négligent pas les mères socialement insérées qui sont parfois très isolées et souvent oubliées par les dispositifs existants.

S'il est nécessaire de développer des espaces d'information et de socialisation, il est également indispensable de mettre en place des lieux de vie temporaires. Couples en grande exclusion sociale, femmes sans papiers, isolées, exclues... se retrouvent trop souvent en déshérence pendant la grossesse et après l'accouchement. Ce problème requiert donc, pour être résolu, le développement de résidences sociales, de maisons maternelles ou d'appartements thérapeutiques. Ceux qui existent aujourd'hui sont vite saturés par rapport à la demande. Aucune alternative n'est alors proposée.

Enfance et maltraitance : rétablir la cohérence des approches

Sur le sujet de la maltraitance, il y a une absence de culture commune – notamment entre magistrats et pro-

fessionnels du secteur médical – ainsi qu'un manque de coordination entre les acteurs médico-psycho-sociaux, judiciaires et éducatifs. Il en résulte des réponses mal adaptées, parfois violentes et des stratégies de contournement des procédures (informations excessives ou insuffisantes) qui se développent aussi parmi les professionnels. Les enfants victimes de violence dans les populations plus favorisées échappent encore trop souvent au repérage par les circuits médico-sociaux, alors que les phénomènes de violence y sont sans doute tout aussi importants. Cette situation est préoccupante et fait rarement l'objet de démarches spécifiques de la part des institutions. De plus, ces publics, socialement privilégiés, développent souvent des stratégies de contournement qui minimisent les risques de repérage par les acteurs sociaux, comme par exemple à l'école (changement fréquent d'établissement).

Il est donc impératif de déterminer les circuits conduisant le plus facilement à un signalement dans un certain type de situation ou pour des populations particulières. La démarche de protection doit passer par une évaluation plurielle (médicale, psychologique, sociale, éducative) indépendante de l'étape de décision des mesures de protection. La responsabilisation et la prise en compte de l'avis des parents sont le plus souvent possibles et nécessaires (démarche participative). L'élaboration du signalement et la préparation de la séparation, si elle est envisagée, méritent un travail de collaboration pour éviter des violences supplémentaires. De même, toute démarche de protection doit inclure d'emblée le traitement de la pathologie du lien pour l'enfant et les parents.

Violence en milieu scolaire : agir en profondeur

À partir des expériences et programmes réalisés aujourd'hui en milieu scolaire (voir l'article de J. Fortin p. 18), plusieurs constats et recommandations peuvent être faits. Il faut inscrire, de façon obligatoire, dans la formation initiale et continue des enseignants une réflexion sur les facteurs (internes et externes à l'école) favorisant la violence et sur les principes de résolution des situations conflictuelles. La formation des maîtres orientée vers des savoir-faire et des savoir-être doit notamment contribuer à favoriser une approche positive

de l'enfant et des parents mais aussi permettre aux enseignants d'être attentifs aux signes de mal-être manifestés par les élèves, et favoriser le travail en réseau avec d'autres professionnels.

Il est donc indispensable de mettre en place des programmes associant le développement des compétences psychosociales des élèves, notamment la gestion des conflits, l'implication des parents et la réflexion des enseignants sur leurs pratiques éducatives. Dans tous les cas, l'accueil des familles lors de la première rentrée est un moment clé. Il permet une écoute des parents, des difficultés avec les enfants, l'exploration des lieux et des personnes... Ce moment d'échanges peut les aider à devenir pleinement « parents d'élève » et à se réappropriier l'école.

Le sport intensif en cause

Chez l'enfant et l'adolescent, il est essentiel de différencier l'entraînement sportif intensif classique – qui concerne un faible nombre d'enfants – et l'entraînement sportif intensif en quelque sorte « dissimulé », qui touche un nombre plus important de sujets avec un cumul d'éducation physique et sportive en milieu scolaire, des pratiques dans de petits clubs plus ou moins « sauvages » ou avec les parents, les copains... Si les risques les plus courants et les plus visibles sont ceux d'origine traumatologique, l'entraînement sportif intensif peut également engendrer des conséquences psychologiques et avoir des répercussions sur la croissance de l'enfant. À l'extrême, le dopage, les entraînements abusifs et la maltraitance peuvent être des effets néfastes de cet entraînement intensif.

Il est donc fondamental d'accorder un droit d'intervention, pour les parents ou les professionnels, dans l'univers clos de la performance sportive. Parfois, la famille se rend complice des violences de certains entraîneurs. Les parents deviennent agresseurs pour ne pas sacrifier la carrière qu'ils projettent à la place de leur enfant. Il faut dispenser une information claire des risques d'entraînement sportif intensif auprès de toutes les personnes concernées : enfants et jeunes sportifs eux-mêmes, mais aussi parents, éducateurs et entraîneurs, dirigeants, médecins, responsables d'établissement et les municipalités.

Violence à l'adolescence : sortir des sentiers battus

La spécificité des adolescents – en particulier les « transgressifs » – est qu'ils dérangent continuellement une société qui a du mal à accepter leurs comportements, souvent qualifiés de déviants. Cette situation engendre une perpétuelle remise en question des pratiques des professionnels. Devant une certaine difficulté à agir, un souci constant doit être d'apporter de la considération aux professionnels, notamment au vu des difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent.

Pour décoder cette violence, il faut tenir compte d'un parcours antérieur à l'acte chez l'auteur adolescent. Les échecs scolaires, l'absentéisme... ne sont pas toujours identifiés comme souffrances psychologiques mais ce sont pourtant des signes avant-coureurs. Il est difficile de reconnaître, dans les comportements violents, la vulnérabilité, pourtant bien présente. Ces facteurs qui entraînent vers l'acte de violence sont bien connus : états carenciels, dysfonctionnements familiaux, etc. Dans cette perspective, la souffrance de l'auteur de violence (dépression, idées suicidaires, etc.) est une dimension encore peu explorée. Au sein du système scolaire, l'auteur est puni mais sa souffrance n'est pas prise en compte. Il paraît donc nécessaire de sortir de la logique dichotomique auteur/victime.

Trouver, aux côtés des jeunes, des adultes cohérents

Les adolescents se heurtent à l'absence (ou l'insuffisance) de liens entre les partenaires adultes intervenant auprès d'eux. D'ailleurs, les adolescents qui ne vont pas vers les structures sont ceux qui n'en sentent pas la cohérence. Il existe alors des problèmes de rupture dans le suivi du jeune. Il faut donc observer comment l'adolescent va se saisir du partenariat car il en teste très bien la cohérence.

Il y a une vraie nécessité de campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents, qu'ils soient témoins ou confidents. Ces derniers doivent savoir ce qu'il faut faire et à qui s'adresser. Il importe également d'être attentif à l'affichage du problème à l'échelle des institutions. Ce traitement peut avoir un impact positif ou négatif important sur le reste de la collectivité. L'anticipation et la prévention à froid

permettent certainement de prévenir les situations d'urgence.

S'appuyer sur la richesse des personnes et le droit au rêve

Il faut réhabiliter le jeu gratuit, le plaisir et le droit au rêve. Cette recommandation n'est pas seulement une volonté « angélique » ou « utopique ». Elle est une préconisation importante. En effet, comme cela a été rappelé concernant la pratique sportive, cette activité peut être la meilleure et la pire des choses. Alors, ne transformons pas ce jeu et ce plaisir en un instrument supplémentaire de combat, d'affrontement et de violence...

Dr François Baudier

Président du groupe « Périnatalité, enfance et adolescence », travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Christine Casagrande

Chef de projet, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté, Besançon.

Cet article est inspiré du rapport rédigé à l'occasion de la préparation du Plan Violence et Santé. Nous remercions pour leur précieuse collaboration Anne Tursz (Inserm), Véronique Mallet et Chantal Froger (direction générale de la Santé) ainsi que les présidents des trois groupes de travail Claude Lejeune (périnatalité), Jacques Fortin (enfance) et Patrice Huerre (adolescence). Un grand merci aux dizaines de spécialistes, experts ou professionnels qui ont travaillé avec nous durant plusieurs mois pour proposer des recommandations dont nous attendons toujours la mise en œuvre.

Un programme pour développer l'estime de soi chez les enfants

Dans les années quatre-vingt, le pédiatre Jacques Fortin a conçu, avec des enseignants, le programme « Mieux vivre ensemble » au profit des élèves de maternelle et primaire. Cette démarche éducative a pour objectif de faire reculer la violence en développant les compétences psychosociales des enfants. L'évaluation de ce programme conclut à des effets bénéfiques avérés : violence et agressivité reculent et les élèves développent une meilleure estime de soi, y compris dans les classes les plus défavorisées. Une démarche pédagogique de refus du déterminisme social et de l'exclusion. Ce programme continue à être mis en œuvre dans plusieurs régions de France.

Depuis une trentaine d'années, les recherches ont montré que la violence des adolescents se construisait tout au long de l'enfance (1) et que, pour la réduire, il fallait intervenir précocement (2). Nos propres observations dans les collèges et lycées de l'académie de Lille dans le cadre du groupe de soutien Gaspar (3) (*voir aussi encadré ci-dessous*), créé en 1986, témoignent des limites des interventions d'amélioration du climat scolaire. Une minorité d'élèves a déjà acquis une pratique de la violence

comme « meilleur moyen pour obtenir ce que l'on veut », comme ils disent. Les caractéristiques personnelles de ces adolescents conduisent à penser qu'ils n'ont pu développer depuis leur plus jeune enfance un certain nombre de compétences qui permettent à d'autres de savoir gérer les situations de frustration, de stress ou d'agressivité auxquelles chacun est habituellement confronté.

Aussi, en 1993, avec l'appui d'un groupe d'enseignants volontaires, nous

avons élaboré une démarche de développement de compétences psychosociales en école maternelle et élémentaire, formalisée dans un didacticiel publié sous le titre : « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » (4). Cet intitulé témoigne à la fois du souci de créer les meilleures conditions possibles d'apprentissage dans la classe et d'éduquer les élèves à la vie en société à partir de l'expérience quotidienne de cette microsociété qu'est l'école.

Plus qu'une méthode de prévention de la violence, la démarche vise le développement de compétences génériques, mobilisables à chaque instant de la vie sociale. Habituellement acquises depuis la naissance et tout au long de l'enfance au sein des familles, elles apparaissent déficitaires chez certains jeunes compte tenu de leur environnement éducatif. Stimuler les compétences dans la classe est donc redondant pour beaucoup d'écopiers et permet de les ancrer davantage ; d'autres découvrent qu'ils ont certaines compétences, apprennent à les mobiliser et en développent de nouvelles.

Quelles compétences développer ?

Une dizaine de compétences psychosociales sous-jacentes à la détermination de nos comportements ont été décrites par l'Organisation mondiale de la santé en 1999. Le développement d'une conscience positive de soi est essentiel : les personnes qui n'ont pas confiance en elles ont des difficultés à faire des choix, des projets, changent

Gaspar : une structure d'aide aux enseignants pour gérer la violence

Il y a vingt ans, des professeurs de collège et lycée étaient confrontés à des actes de violence dans leur classe, dans et aux abords de leur établissement, dans l'indifférence, sinon le mépris de leurs collègues et de l'institution. Pour répondre à la souffrance que toute agression engendre, nous avons mis en place dans l'académie de Lille une structure rectorale d'aide collective aux personnels confrontés à des comportements traumatisants. Le Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risques (Gaspar)¹ poursuit aujourd'hui son travail en allant dans les établissements, à la demande d'enseignants et chefs d'établissement qui sont en difficulté pour résoudre les problèmes, notamment de violence. Écoute empathique des différents personnels et d'élèves, facilitation de l'expression en groupe de la souffrance, démarche systémique conduisant à des réponses collectives qui engagent la direction, les enseignants et les élèves, mise en place de formations sur place et suivi des décisions mises en œuvre. Un protocole d'intervention a été validé et permet d'assurer les conditions indispensables pour une amélioration du climat dans l'établissement, au premier rang desquelles l'engagement effectif du chef d'établissement et la cohérence des conduites et décisions des personnels. Autant on peut espérer une amélioration de la gestion et de la prévention des actes de violence, autant il est difficile de modifier en profondeur des réactions agressives individuelles chez des adolescents qui en ont la pratique depuis la petite enfance ; aussi plaidons-nous pour des interventions collectives très en amont.

J. F.

1. Gaspar : rectorat de Lille - Cité académique Guy-Debeyre - 20, rue Saint-Jacques, BP 709 - 59033 Lille Cedex.

peu leurs comportements par peur de l'échec. Une estime de soi négative forgée dès la petite enfance par la répétition de remarques dévalorisantes entretient ce manque de confiance, favorise des sentiments de frustration, d'anxiété et d'agressivité. En lien avec cette compétence, l'aptitude à communiquer avec l'autre, à établir des relations interpersonnelles, à savoir résoudre des problèmes ou des conflits et à savoir prendre des décisions en sachant faire preuve d'esprit critique constitue le socle d'une capacité à vivre en société de manière épanouie et enrichissante.

Une démarche intégrée à la pédagogie au quotidien

Les compétences ne s'apprennent pas dans des textes mais se vivent au quotidien. Aussi notre démarche se définit comme expérientielle et transactionnelle, c'est-à-dire que les compétences s'ancrent dans les échanges sociaux. Expressions orale, écrite, corporelle, artistique telles que décrites dans les missions de l'école, et qui sont l'ossature de la pratique pédagogique, sont autant de voies pour aborder le champ des compétences psychosociales de manière active et participative, sans qu'il soit nécessaire d'ajouter une discipline supplémentaire à un programme déjà chargé.

Un temps fort hebdomadaire de quinze à quarante-cinq minutes selon l'âge des élèves permet d'introduire une notion nouvelle (la colère, les qualités des autres, les disputes, la liberté de choisir, etc.) à partir de la lecture d'un texte. La discussion qui suit permet d'acquérir du vocabulaire (préciser le sens et l'usage des mots du texte qui se rapportent au sujet, recherche de synonymes), de susciter des réflexions personnelles (qu'est-ce qui me met colère, comment je l'exprime verbalement et physiquement, comment elle se calme, quel rôle jouent les autres quand je suis en colère ; puis-je mettre une qualité en face de chaque nom d'élève, comment les repère-t-on, pourquoi je ne connais pas les qualités de certains, etc.) ; cette discussion permet ainsi d'évoquer l'expérience, le vécu individuel exprimés dans un cadre discipliné de libération de la parole (intégration première de règles) ; le mime, les jeux de rôle permettent de mieux repérer les émotions, de vivre une situation et expérimenter différentes solutions à un problème,

d'en analyser les conséquences et développer un esprit critique pour l'ensemble des apprentissages, notamment cognitifs.

Souligner les progrès réalisés

Mais l'essentiel du travail se fait dans l'utilisation au quotidien des notions abordées antérieurement. Au cours d'une séquence de calcul ou de grammaire, on peut évoquer l'intérêt de respecter l'expression de l'autre en ne lui coupant pas la parole ni en se moquant de lui, de souligner les progrès réalisés et qui inscrivent l'élève dans une spirale de réussite, de susciter un travail de recherche en commun qui permet d'apprécier la complémentarité des compétences de chacun, de rappeler des règles de vie de la classe auxquelles chacun a souscrit. Une bagarre dans la cour de récréation est rapportée en classe : agresseur et agressé expriment les émotions perçues, essaient de dire pourquoi les mots n'ont pas suffi à régler le conflit ; les élèves témoins expriment leur indifférence ou, au contraire, leur intervention à plusieurs pour mettre un terme au différend. Pour illustrer son enseignement, l'enseignant pensera à chercher les exemples positifs dans le quotidien de ses élèves, valorisant un environnement habituellement décrit comme « pourri », « nul » et qui accède ainsi au statut « d'objet pédagogique » !

Des résultats rapides

Une évaluation quantitative a été menée en 2000-2002 à partir d'un questionnaire (5) d'évaluation de quatre types de comportements des élèves de grande section de maternelle au CM2 : hyperactivité, agressivité, retrait, pro-socialité. Dans chaque classe, le questionnaire a pu être rempli pour chaque élève par les enseignants de trois écoles de quartiers en difficulté, durant trois années, la première passation se situant avant la mise en œuvre. Les enseignants ont bénéficié d'une formation théorique et pratique de deux jours, puis d'un suivi trimestriel la première année, annuel et par école les années suivantes. Dans chacune des sections, on a observé une amélioration des scores comportementaux, surtout la première année où des différences statistiquement significatives ont été enregistrées.

Du point de vue qualitatif, on constate un intérêt unanime des élèves (« *On parle de la vraie vie !* »), qui acquièrent un vocabulaire permettant de verbaliser leurs émotions, de réfléchir en groupe sur leurs comportements de transgression en recherchant et en expérimentant des solutions alternatives. Le groupe, plus solidaire, intervient dans les bagarres et les rackets de manière efficace. Certaines classes ont formé des élèves à la médiation pour faciliter la résolution des conflits. Les enseignants

rapportent une amélioration du climat de la classe après quelques semaines de pratique régulière. Si des bagarres persistent, elles sont isolées, vite conclues symboliquement par une poignée de main. Les transgressions sont perçues et acceptées comme telles, et vont en diminuant. Le moteur de ce changement est avant tout le souci de l'enseignant de souligner auprès de chacun des élèves ses réussites, dans quelque domaine que ce soit, cognitif, artistique, moteur, relations sociales. L'effort pour progresser est tout autant valorisé que le résultat, afin d'inscrire l'élève dans une spirale de motivation à réussir. Le deuxième élément est la connaissance réciproque des compétences au sein du groupe, ce qui donne des repères dans la communication et la compréhension des comportements, et par là-même contribue à réduire l'agressivité née de malentendus non éclaircis faute d'habitude de verbalisation des émotions. Enfin, la cohérence des règles de vie au sein de la classe et la constance de leur application procurent un sentiment de sécurité.

Changer pour faire changer : une formation indispensable

Après une douzaine d'années de pratique, on se rend compte que la démarche de « *Mieux vivre ensemble* » est à la fois simple et exigeante. Simple car elle rejoint les pratiques séculaires de pédagogues, et notamment tous ceux qui se réclament de Freinet et des pédagogies institutionnelles, qui posent le souci éducatif de l'élève comme condition de la réussite des apprentissages. Exigeante, car l'enseignant n'y apparaît pas comme un simple transmetteur de savoir mais comme une personne dont la manière d'être et de faire (modèle identificateur) conditionne grandement les comportements de ses élèves. Cette exigence est jugée intolérable par bon nombre d'enseignants, qui refusent notre démarche ou l'abandonnent dès que les élèves utilisent leurs compétences pour exprimer, par exemple, leur émotion d'être dépréciés par le « maître », (le « *t'es nul* », toujours vécu comme violence verbale extrême par les élèves) ou souligner les incohérences dans l'application des règles.

Les activités décrites dans le manuel ne sont qu'un support et n'ont en soi aucun effet sur les comportements des

élèves si l'expérience quotidienne reste à distance des principes abordés. C'est pourquoi nous insistons pour que, avant de se lancer dans la démarche, les enseignants puissent bénéficier d'une formation qui souligne la dimension interactive des comportements et les prépare aux réactions des élèves. C'est là que nous nous heurtons au peu de soutien de la part de l'institution. Rares sont les inspecteurs de l'Éducation nationale qui s'intéressent suffisamment à la démarche et accordent un temps de formation aux enseignants volontaires. Dans le département du Nord, à Paris, près de Clermont-Ferrand, où une évaluation dans cinquante-sept classes est conduite durant quatre ans sous la direction de l'IUFM, nous avons trouvé des interlocuteurs convaincus par les résultats observés ; les enseignants qui ont intégré les principes de la démarche en sont les meilleurs diffuseurs. Des initiatives similaires sont menées en Belgique, en Suisse, au Québec et conduisent aux mêmes résultats ; en Grande-Bretagne, le développement des compétences sociales est inclus dans la formation des futurs enseignants.

Cohérence éducative école/famille

L'articulation du travail scolaire avec la famille est un des points importants en cours de recherche. Si tous les parents sont tenus régulièrement informés de la démarche et individuellement des progrès de leur enfant, la recherche d'une cohérence éducative entre milieu scolaire et familial pose problème dans les foyers où la violence s'exerce au quotidien. Des résultats positifs ponctuels ont pu être enregistrés lorsque l'enseignant a pu dialoguer avec les parents à partir de la discordance entre le comportement positif observé en classe et le comportement très négatif rapporté par les parents. La démarche repose sur les mêmes principes : témoigner aux parents qu'on entend leur souci d'avoir un enfant le meilleur possible, suggérer des initiatives éducatives qui réussissent en classe, tels la notification systématique de la réussite de tâches ménagères banales et le plaisir qu'elle apporte aux parents, renoncer aux châtiments corporels en se cantonnant à la signification d'un mécontentement, stimuler et écouter de manière empathique l'expression des émotions, etc. Plus accessible est le fait d'associer d'au-

tres lieux éducatifs, récréatifs, sportifs ou artistiques à cette démarche. Soulignons l'expérience positive de formation en commun des enseignants et des animateurs municipaux du temps périscolaire dans le XI^e arrondissement de Paris.

Jacques Fortin

Pédiatre, professeur honoraire en sciences de l'éducation à la faculté de médecine de Lille.

► Pour en savoir plus

- Démarche « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » contact : jfortin@univ-lille2.fr

Initiatives voisines

- Beauragard L.A., Bouffard R., Duclos G. *Estime de soi et compétence sociale : recueil d'activités pour les 8-12 ans*. Montréal : Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, coll. Estime de soi, 2000.
- Lapointe Y., Bowen F., Laurendeau M.-C., Guay S. *Contes sur moi, programme de promotion des compétences sociales*. Montréal : hôpital Rivière-des-Prairies, 2003.

Plus spécifiquement par rapport à la violence

- *Face au conflit : spécial guide de ressources sur la gestion non violente des conflits*. Non-violence Actualité, n° 288, septembre-octobre 2006. www.nonviolence-actualite.org.

► Références bibliographiques

- (1) Côté S.M., Vaillancourt T., Le Blanc J.C., Nagin D.S., Tremblay R.E. *The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: a nation wide longitudinal study of canadian children*. J. Abnorm. Child Psychol. 2006; 34(1): 71-85.
- (2) Tremblay R.E., Mâsse L.C., Pagani L., Vitaro F. *From childhood physical aggression to adolescent maladjustment: The Montreal Prevention Experiment*. In: Peters R.D., McMahon R.J. (dir.) *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks (CA), Sage, 1996: 268-98.
- (3) Fotinos G., Fortin J. *Une école sans violence ?* Paris : Hachette-Éducation, coll. Pédagogies pour demain, 2000 : 383 p.
- (4) Fortin J. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris : Hachette-Éducation, coll. Pédagogie pratique, 2001 : 144 p.
- (5) Weir K., Duveen G. *Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers*. J. Child Psychol. Psychiatry 1981; 22(4): 357-74.

« Si l'amour leur était conté... »

Dans la région de Carpentras, éducateurs et enseignants mettent en œuvre depuis 2005 un programme d'éducation pour la santé et de prévention des violences sexuelles, en travaillant sur les relations garçons/filles. Des conteurs interviennent dans les établissements scolaires et d'autres structures, comme les missions locales, puis les enseignants amènent les jeunes à réfléchir collectivement et à s'exprimer sur la relation à l'autre. Un programme initié par le comité départemental d'éducation pour la santé.

À l'origine de ce programme, le constat en 2003-2004 de violences entre garçons et filles sur le territoire de Carpentras dans le Vaucluse, dont plusieurs viols collectifs de la part de jeunes, mineurs pour beaucoup d'entre eux. La population est en émoi, les médias locaux titrent toujours en première page sur ces événements. Les acteurs sociaux et éducatifs partagent largement ce désarroi.

C'est ainsi que deux éducateurs, chefs de service de la Prévention spécialisée et de la Protection judiciaire de la jeunesse viennent solliciter notre association, le comité d'éducation pour la santé (Codes) de Vaucluse, pour réfléchir au phénomène et les aider à élaborer une action éducative plus collective et plus en amont qu'ils ne peuvent le faire dans leur pratique habituelle. Un projet sur ce même thème avait été élaboré sur le Territoire de Belfort, avec une intervenante conteuse illustrant lors d'une même séance d'animation quatre situations de violence entre filles et garçons. C'est le point de départ du programme.

Un comité de pilotage se constitue dès février 2005, il associe outre ces trois partenaires initiaux (Codes/prévention spécialisée/PJJ), le Mouvement français du Planning familial, des conteurs, un psychologue. Des constats communs sont posés :

– dans de nombreux lieux de vie, les relations entre garçons et filles sont tendues, voire violentes, les discours discriminatoires sont fréquents, les rapports au permis et à l'interdit, à la loi, à la règle parfois très confus pour certains jeunes ;
– le rôle des médias est trop rarement

débatu avec les jeunes : les représentations de la femme et plus généralement des corps, véhiculées par la mode, la publicité, la télévision, Internet, etc., viennent percuter des enfants à un moment essentiel de leur évolution. Le développement psychologique et cognitif de l'enfant se construit ainsi de plus en plus avec les images fournies par la télévision et par les autres médias ;
– le conte peut être un outil de communication original. Le conte est à la fois un genre littéraire et une pratique culturelle et sociale qui fascine : pas une époque, pas une civilisation, pas une tranche d'âge ne semblent échapper à sa magie. Les contes sont inscrits dans une tradition orale : ils voyagent à travers les pays, les époques, les cultures et revêtent ainsi un caractère souvent universel. La parole, et notamment celle suscitée à l'issue des contes, doit pouvoir faire sens, pacifier, aider à une inscription dans la différence des sexes et dans le lien social ;

– un travail dans la durée est essentiel pour un impact éducatif réel. Ce programme privilégie une démarche s'étalant sur plusieurs mois et sur plusieurs séances de conte et d'animation.

Deux premières années d'expérimentation

« Si l'amour leur était conté... », programme d'éducation pour la santé et de prévention des violences sexuelles entre filles et garçons dans le Vaucluse, démarre en 2005-2006 dans cinq structures scolaires (collèges) mais aussi hors scolaires (centre social, école ouverte), puis dans dix en 2006-2007 (en s'étendant à des lycées et à une mission locale et une maison familiale), soutenu tout d'abord par le conseil général de Vaucluse, la Ddass, la Fondation de France,

puis aussi par le conseil régional de Paca. L'objectif général est de prévenir les violences – dont les violences sexuelles – dans les relations entre garçons et filles, pour des jeunes de 11 à 20 ans. Et, de façon plus spécifique, nous cherchons à amener les jeunes à réfléchir collectivement et à s'exprimer sur la relation à l'autre, la relation amoureuse, le respect de l'autre et de soi, l'existence et le sens des lois, des règles.

Une formation initiale de trois jours prépare les enseignants (français, SVT, histoire-géographie) de ces dix structures à intervenir sur les représentations des relations garçons-filles, de la sexualité et des violences à partir des contes utilisés. Il s'agit essentiellement de contes merveilleux.

Trois séances de contes espacées de quinze jours environ sont organisées auprès de chaque groupe de quinze à trente jeunes, puis trois autres rencontres basées sur l'échange à partir du décodage de trois contes différents. Les séances de contes sont animées par trois conteurs professionnels différents pour chaque conte, et les temps de débats et d'échange par l'enseignant référent de la classe.

Le conte et les côtés obscurs de l'être humain

De nombreux ajustements ont eu lieu depuis le démarrage du programme :

– les conteurs ne sont plus seulement deux femmes, mais deux femmes et un homme (dont la présence masculine et l'origine marocaine renforcent l'impact du projet auprès des jeunes) ;
– les animations n'ont plus lieu immédiatement après les séances de contes

mais dans les jours qui suivent afin de permettre aux jeunes de cheminer de façon personnelle avec l'impact du récit et de faciliter une première prise de recul ;

– la fonction d'animation de la réflexion et des débats à la suite des contes est explicitement dévolue aux enseignants, désormais formés et préparés à cela et seuls en capacité à être dans une attitude d'écoute, de suivi et d'attention au quotidien auprès des jeunes. Leurs qualités relationnelles et pédagogiques sont essentielles ;

– les contes sont moins sélectionnés pour leur illustration directe de faits de violence que pour leur évocation de relations amoureuses et de leurs difficultés ;

– les initiatives des enseignants permettant une appropriation et un prolongement plus importants encore de ces sujets par les jeunes sont davantage

encouragées : des débats, poésies, théâtre, ateliers d'écriture, études d'œuvres littéraires ou cinématographiques, etc.) sont ainsi organisés.

Reste l'essentiel : la force d'impact du conte ! Non, le conte n'est pas seulement fait « pour les petits », comme certains nous en ont confié la crainte au démarrage du projet : des séances auprès de jeunes adultes en mission locale ont été parmi les plus réussies. Le conte et la relation aux conteurs constituent un mélange de fascination et de transport dans les univers inconscients, personnels mais aussi sociaux de chacun. Par eux-mêmes, les contes signifient qu'il y a des choses à respecter si l'on veut grandir, ils posent la question de la règle et de la loi. La civilisation repose sur la contrainte et le renoncement (à ses pulsions, à ses désirs immédiats...) : le conte rappelle cela. Mais il

ne nie pas pour autant les côtés obscurs, haineux, repoussants ou violents de l'être humain. Il aide à les identifier, à les dépasser et à les transcender. Ce programme permet ainsi d'interroger les différentes formes de l'amour, le désir, les pulsions, mais aussi les tensions, les violences, le respect ou le consentement. Les jeunes nous confient n'avoir habituellement aucun lieu ou interlocuteur pour parler de ces questions difficiles. Si le conte rend cette réflexion possible, c'est parce qu'il nous plonge non pas dans des réalités sordides, mais dans des univers métaphoriques, qui permettent à la fois la distanciation, mais aussi l'appropriation et la réflexion sur ces questions difficiles.

Alain Douiller

Directeur,
comité départemental d'éducation
pour la santé de Vaucluse, Avignon.

À Genève, l'école, lieu central de prévention des maltraitances

Dans le canton de Genève, en Suisse, les services de santé publique des enfants et adolescents ont mis en place un dispositif en milieu scolaire pour prendre en charge les maltraitances dont les enfants sont victimes. La systématisation des cours d'éducation sexuelle permet d'ouvrir la réflexion, l'action repose sur une forte implication du médecin et de l'infirmière scolaire, qui sont déchargés de leurs tâches traditionnelles. Plutôt que de se baser sur le dépistage et le signalement systématique, qui génèrent des abus, ce dispositif privilégie la promotion de la santé globale et le droit de l'enfant.

Comment prévenir les violences et maltraitances envers les enfants et adolescents ? Quel est le rôle de l'école et des services de santé et sociaux pour les élèves ? L'approche développée à Genève se fonde sur le respect et les droits de l'enfant, la promotion de la santé et de la résilience.

La prévention des violences et maltraitances ne va pas de soi. Depuis que ces problèmes sont reconnus, d'importants efforts de prévention se sont développés. Ils ont surtout montré les difficultés, une efficacité relative ou douteuse, et parfois des dérives éthiques (1). Pour faire court, retenons qu'un dépistage actif doit être évité, que

des programmes de prévention primaire ne diminuent pas le risque d'abus et peuvent engendrer un sentiment d'invulnérabilité inadéquat. Cependant ces programmes peuvent favoriser la demande d'aide auprès d'un professionnel compétent, ce qui est un effet positif en lien avec la résilience. Cette base nous a permis de poser pour la prévention en milieu scolaire les objectifs suivants :

- éduquer à la santé et aux droits de la personne ;
- renforcer les compétences pour demander de l'aide en cas d'abus ;
- mettre à disposition dans l'école des professionnels compétents ;
- organiser le réseau professionnel avec

l'école, la santé scolaire, la protection des mineurs, les hôpitaux, les médecins, la police et la justice, pour une prise en charge coordonnée.

Une telle action cohérente et articulée pourra prendre du sens pour l'enfant, dans son évolution.

Éducation contre les abus sexuels

Éduquer à la santé et aux droits de l'enfant : la sensibilisation aux maltraitances et abus sexuels doit s'intégrer dans l'éducation sexuelle, à partir des notions de droit de l'enfant, de risques et de résilience. Les cours d'éducation sexuelle réguliers, dans toutes les clas-

ses, permettent d'ouvrir une réflexion sur les abus sexuels, le respect et la protection. Dans le programme « Avec prudence, avec confiance », nous abordons avec les élèves de 2^e année (7 ans) les notions d'intimité, de risques, et l'importance de se confier à une personne compétente en cas de problème (2). Réorienter la médecine scolaire : traditionnellement, son rôle se centrait sur le contrôle de la santé et le dépistage de maladies. Nous avons remplacé ces activités en partie désuètes par des visites de santé menées par l'infirmière scolaire (3). Le but est un dialogue avec l'enfant et sa famille sur ses besoins de santé pour sa vie scolaire et sociale et d'identifier l'infirmière comme une ressource au service de l'enfant.

Prise en charge socio-éducative précoce

La détection et l'intervention précoce découlent ainsi de l'écoute de l'enfant, sans aucun activisme. Si l'infirmière détecte une maltraitance, ou si une situation lui est signalée par un enseignant ou un enfant, elle avise le médecin scolaire référent. Ensemble, ils font une première évaluation du cas, dans l'école, pour voir quelle suite devrait être donnée. Cette évaluation initiale permet de voir si le cas doit être signalé aux services de protection des mineurs ou de police, si une audition enregistrée est nécessaire, ou d'autres mesures. Si une suspicion de maltraitance demeure, l'enfant est adressé immédiatement au service de protection des mineurs, pour des mesures de protection et une évaluation ; au besoin la situation est

dénoncée pour des suites pénales. Dans les cas moins graves, un appui éducatif est mis en œuvre.

Cette approche différenciée permet de donner une réponse adaptée au cas, et surtout une prise en charge précoce de situations par un soutien socio-éducatif. L'adéquation de cette approche par rapport aux besoins des enfants se vérifie par la réponse de ces derniers et l'augmentation très forte du nombre de situations prises en compte par les infirmières et médecins scolaires. En 1989, le service de santé scolaire avait pris en compte 12 cas de maltraitance à Genève ; ce chiffre passait à 113 en 1995, 328 en 2000, 527 en 2005 ! À cela s'ajoutent plus de 1300 situations d'enfants en risque ayant fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi par les infirmières et médecins scolaires.

Signalements infondés

Ce dispositif basé sur la santé scolaire est préférable à un signalement automatique à la justice par l'école. Cela conduit en effet à des signalements infondés entraînant, pour les familles, un sentiment d'injustice et de méfiance, et pour les services administratifs et judiciaires un encombrement et une surcharge ; en retour les professionnels de première ligne tendent à retenir des situations...

La conjugaison des actions d'éducation aux droits de l'enfant et à la santé et la présence de professionnels de la santé disponibles, à l'écoute de l'enfant, créent dans les écoles un dispositif

cohérent, pertinent, respectueux des enfants et de leurs demandes. Ce changement de pratique a inscrit la santé scolaire dans une authentique démarche de promotion de la santé et des droits de l'enfant.

Paul Bouvier

Pédiatre et médecin de santé publique, directeur du Service de santé de la jeunesse du canton de Genève, Suisse.

Contact

Service de santé de la jeunesse, 11 Glacis-de-Rive, case postale 3682, CH-1211 Genève 3, Suisse. Contact e-mail : paul.bouvier at imsp.unige.ch

► Références bibliographiques

- (1) Mounoud R.L., Bouvier P. *La difficile prévention des abus sexuels d'enfant*. In : Halpérin D.S., Bouvier P., Rey-Wicky H. *À contre-cœur, à contre-corps. Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfant. Une enquête épidémiologique auprès d'adolescents*. Genève : Médecine et Hygiène, 1997 : 180 p.
- (2) Bouvier P. « Avec prudence, avec confiance » : l'apport de la résilience pour la prévention des abus sexuels en milieu scolaire. *Rev. française Psychiatrie Psychol. Médicale* 2004 ; 7 : 47-51.
- (3) Bouvier P. Postface. In : Zottos E. *Santé, jeunesse ! Histoire de la médecine scolaire à Genève : 1884-2004*. Genève : Service de santé de la jeunesse et La Criée, 2004 : 221 p.

Éduquer à la santé, pour que genre ne rime plus avec violence

Il faudra des générations pour modifier les rapports sociaux fondés sur la domination de l'homme sur la femme, qui nourrit les actes de violence. Violences conjugales, mutilations sexuelles, prostitution, violences homophobes sont culturellement ancrées. Mais les représentations et les pratiques évoluent. Les experts qui ont travaillé sur la thématique « Genre et violence » proposent de placer les personnes victimes de violence au cœur du système de soin, de sensibiliser et surtout de former les professionnels de santé, de soutenir davantage encore les associations, qui font un travail irremplaçable de proximité. Ils citent des initiatives exemplaires prises à Clermont-Ferrand, Toulouse, Bordeaux et dans le Pas-de-Calais. Ils soulignent combien l'impact des violences conjugales sur l'enfant qui en est témoin doit être pris en compte.

La commission « Genre et violence » a abordé les violences qui s'expliquent spécifiquement par les « rapports de genre », c'est-à-dire par la division historique des rôles entre hommes et femmes, basée sur des justifications philosophiques, politiques, biologiques ou sociales, qui ont varié au cours de l'histoire. La question du « genre » s'est inscrite dans une problématique située au croisement de réalités physique et psychique concernant la santé, et de réalités sociales concernant les violences. Cela suppose d'abord de comprendre et de combattre les violences, en faisant abstraction des caractéristiques des personnes qui exercent ou subissent les violences, et plus particulièrement de la variable « sexe de la victime » et « sexe de l'agresseur », qui fait partie de l'explication fondamentale de certaines violences.

Les hommes et les femmes sont à la fois pris dans des rapports sociaux existants et acteurs de la reproduction/transformation des modalités de ces rapports. Les rapports sociaux se réélaborent à chaque génération dans les processus de socialisation et les interactions quotidiennes. Plusieurs générations sont probablement nécessaires pour modifier et démocratiser réellement une inégalité aussi profondément inscrite dans l'histoire de l'humanité. Et ce travail ne peut se faire sans une action éducative qui sera plus particulièrement développée dans cet article.

Aborder les relations entre la santé et les violences en termes de « genre » permet d'expliquer plusieurs types de mécanismes que l'on peut problématiser sous la forme des questions suivantes :

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

Outre l'examen de ces questions, nous avons centré nos travaux sur plusieurs autres thématiques :

- identifier des violences qui sont des-

tinées à « punir » ceux ou celles qui s'écartent du modèle hétérosexuel basé sur la domination masculine virile ;

- aborder la prostitution, en tant que marchandisation de la sexualité et du corps de femmes et d'hommes qui s'inscrivent dans la même relation ;
- analyser des pratiques de domination qui peuvent être exercées par des femmes quand elles croient de leur devoir d'imposer à leurs filles les normes qu'elles ont elles-mêmes subies : cas des mutilations sexuelles et autres « pratiques traditionnelles néfastes ».

L'ensemble de nos réflexions avait pour but d'ouvrir de nouvelles possibilités d'intervention en s'attaquant à la source des problèmes : affronter directement les systèmes de valeurs et leurs pratiques. Pour cela, il faut aussi agir auprès des auteurs de violences et engager des actions de prévention auprès de jeunes des deux sexes.

Violences intrafamiliales

Parmi les principales formes de violence à prévenir, l'une est dominante, il s'agit des violences intrafamiliales. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)¹ dont les résultats ont été présentés en 2001, a mis en avant l'importance des violences faites aux femmes dans leur foyer. Elle a révélé qu'elles y sont plus souvent en danger que dans un espace public. Tous les types de violence y sont retrouvés, qu'il s'agisse de violence

physique, de violence sexuelle, de violence économique ou psychologique.

Le récent constat réalisé par le Haut Comité de la santé publique intitulé « Violences et santé »² rappelle que la famille constitue le lieu où la loi intervient le moins et où s'observent les violences les plus fréquentes envers les femmes.

Cette violence sévit dans toutes les classes sociales, presque dans la même proportion, quoique certains facteurs associés puissent apparaître, comme le chômage ou, d'un autre point de vue, les convictions religieuses, qui conditionnent certaines représentations de la famille. Quant à l'alcoolisme du conjoint, il multiplie par cinq les situations de violences globales et par dix les situations de violences très graves.

Des violences occultées par les femmes

Second enseignement de l'enquête Enveff : les femmes occultent les violences qu'elles subissent... et nombre d'entre elles en ont parlé pour la première fois lors de cette enquête. Les raisons pour lesquelles les femmes ne quittent pas leur compagnon violent sont multiples et associées : elles espèrent tout d'abord pouvoir changer le comportement de leur compagnon, en l'aidant et le soutenant ; elles souhaitent aussi préserver l'unité familiale ; le manque de ressources économiques et les obstacles à une séparation peuvent leur sembler insurmontables. Elles peuvent également subir des menaces portant sur elles-mêmes, leurs enfants ou des membres de leur famille, et ces menaces anéantissent tout espoir d'échapper à la situation. À tous ces motifs s'ajoutent souvent une méconnaissance de leurs droits ainsi que celle des lieux qui pourraient les accueillir. Lorsque ces femmes parlent de ces violences, près d'une fois sur quatre, c'est au médecin qu'elles s'adressent.

Les mutilations sexuelles

Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences immédiates et à long terme sur la santé des femmes. En France, on estime à environ soixante mille le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être. Les populations concernées par ces violences sont essentiellement concentrées dans quelques régions : Ile-de-France,

Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Provence – Alpes – Côte d'Azur, Poitou-Charentes, Pays de Loire, Nord – Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne et Picardie³ (voir à ce propos l'article de N. Fall p. 29).

Une violence particulière : la prostitution

La prostitution de rue révèle de nouveaux contours :
– plus mobile, plus clandestine et moins accessible (notamment aux actions de prévention) ;
– avec une présence accrue des proxénètes (réseaux) et des forces de l'ordre ;
– faisant appel à de nouvelles technologies (pour la prise de rendez-vous, pour le contrôle exercé par les proxénètes), sur de nouveaux territoires et à de nouveaux horaires.

La prostitution de rue se précarise administrativement, économiquement et socialement. Cette dégradation est naturellement liée à la situation de personnes prostituées issues de groupes particulièrement vulnérables, de la saturation du marché alors que la demande est aujourd'hui moins forte, ce qui a naturellement entraîné une baisse des tarifs.

Les violences homophobes

À l'initiative prise par Michael Polak⁴, à partir de 1985, une enquête conduite dans la presse gaie fut diffusée en France. Elle a commencé par un questionnaire de quatre pages inséré jusqu'en 1992 dans *Gai Pied hebdo*, puis a été proposée dans six revues homosexuelles, lors de la disparition de la première. Cette enquête a reçu plus de huit mille réponses sur une période allant jusqu'en 2000.

Il ressort de ces enquêtes que la dimension santé est éminemment présente dans la perspective d'une amélioration de la connaissance des attitudes et des comportements de la population homosexuelle et bisexuelle face au risque du sida, avec une évidente visée préventive.

En matière de genre, on peut trouver des données concernant les rapports sociaux de sexe. Les questions de pouvoir et d'interaction entre hommes et entre hommes et femmes y sont effectivement présentes. Cette question de la violence est abordée dans une étude suisse réalisée par l'institut de médecine sociale et préventive de l'université de Zürich et l'association Dialogai⁵ qui

rapporte que les hommes gais auraient trois fois plus de risque d'être agressés qu'un homme hétérosexuel (35 % des hommes gais interrogés auraient subi une forme de violence durant les douze derniers mois contre 10 % dans la population masculine en Suisse).

Recommandations pour prévenir ces violences

Après avoir dressé ce constat, la commission a formulé un ensemble de recommandations dont voici l'essentiel.

Placer les personnes victimes de violence au cœur du système de soin

Chaque établissement hospitalier, public et privé, devrait être chargé d'organiser l'accueil, la prise en charge, éventuellement pluridisciplinaire, de définir et mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et de suivi des personnes victimes de violence, en lien avec la certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS). Ce dispositif doit être mis en place en tenant compte de l'historique et des spécificités de chaque établissement. Cet objectif concerne aussi la médecine de ville.

Des équipes mobiles hospitalières devraient être créées afin que les établissements hospitaliers soient un relais et un point de coordination pour la prise en charge des victimes, voire des auteurs (sur le modèle des équipes mobiles de prise en charge des patients alcooliques ou toxicomanes, des équipes mobiles de gériatrie ou de psychiatrie).

Nous préconisons aussi la constitution de réseaux ville-hôpital expérimentaux sur le thème Santé et violence, dans deux ou trois régions volontaires. La prise en charge de personnes victimes de violence concerne en effet chaque professionnel de santé, qui peut être amené dans le cadre de sa pratique soit à recevoir des victimes, soit à en assurer le suivi.

Sensibiliser et former les professionnels de santé

L'information systématique de l'ensemble des acteurs⁶ amenés à intervenir dans le cadre du dispositif sanitaire d'accueil des personnes victimes de violence mis en œuvre au niveau local est indispensable : professionnels de santé,

services sociaux, services de police, de gendarmerie, justice, secteur associatif, etc. Plusieurs outils sont à disposition :

- des *fiches techniques* mises en ligne sur le site Internet du ministère de la Santé et des Solidarités⁷ : elles concernent le contexte des violences, le dépistage, les signes d'alerte, l'évaluation, le dossier médical et le certificat médical, l'orientation de la personne victime de violence et un rappel de la législation ;
- des *brochures*⁸ destinées à informer les praticiens et les professionnels amenés à prendre en charge les victimes de violence ;
- un *guide* intitulé « Le praticien face aux violences sexuelles »,⁹ destiné aux médecins, qui décrit les modalités d'accueil, d'examen médical, de traitement et de suivi des personnes victimes ;
- un *Site Internet* (www.violences.fr) a été créé par l'Institut de l'humain en 2000. Il s'adresse principalement aux professionnels de santé et a pour objectifs de fournir des informations sur la violence conjugale, ses impacts sur la santé des victimes et de leurs enfants.

La formation initiale et la formation continue des professionnels de santé doivent évoluer en :

- introduisant dans chaque cursus initial, médical et paramédical un module sur l'impact de la violence sur la santé ; chaque formation devra comporter un module « violence » ;
- concernant la formation médicale continue, il faut saisir le Conseil national de la formation médicale continue (FMC), qui est chargé de définir les orientations nationales. Ce conseil comporte le Conseil national de la FMC des médecins libéraux, des médecins non salariés, des formations médicales et paramédicales. Une formation au sein du cursus universitaire en droit et médecine dès le premier cycle ainsi qu'une formation spécifique aux médecins libéraux est déjà en place localement à Clermont-Ferrand. Cette initiative doit être étendue. Former les professionnels qui suivent les femmes enceintes à repérer des situations de violence, afin de généraliser le repérage systématique des violences lors des consultations prénatales et périnatales. Le repérage et la prise en charge des mutilations sexuelles doivent faire partie du programme des formations continue et initiale des professionnels

de la santé, notamment des gynécologues, des obstétriciens, des sages-femmes et des médecins généralistes.

Sensibiliser et informer les personnes

L'information doit être véhiculée par les professionnels qui sont acteurs dans le repérage ou la prise en charge des violences. Mais il est aussi nécessaire que l'information sur la définition de la violence et sur les recours possibles soit accessible au grand public. Il faut mobiliser et éduquer les relais d'opinion au niveau national et local, en menant des campagnes en direction des professionnels de santé, de la population et des décideurs, des élus, etc.

Former les acteurs des structures que fréquentent les personnes en situation de migration à leur arrivée sur le territoire, pour donner les informations sur le droit et les contacts en cas de situation de violence. Ces personnes n'auront peut-être plus, par la suite, d'accès à l'information, sauf via les médias.

Des affiches et des brochures détaillées ont été réalisées dans plusieurs villes de France (Clermont-Ferrand, par exemple), en partenariat généralement avec la Délégation aux droits des femmes. Celles-ci sont visibles dans des lieux de santé, dont les cabinets médicaux des médecins libéraux, mais peuvent aussi l'être dans des espaces publics concernés par la question.

Des conférences d'information organisées dans les entreprises, les institutions scolaires et d'apprentissage sont aussi un moyen éducatif sur les outils de prise en charge aux victimes.

Les programmes télé et radio sont des outils d'information nécessaires, d'autant plus dans le cas de violences intrafamiliales, où la victime est isolée.

Éduquer les associations qui mènent des actions préventives car elles ont un rôle fondamental dans l'accès à l'information, particulièrement auprès des femmes en situation de précarité et/ou migrantes. Elles ont un mode de fonctionnement double : lieux fixes d'accueil et équipes mobiles. Elles assurent ainsi :

- un travail de proximité ;
- un langage et une culture communs ;
- l'absence de tabous ;
- un rôle de veille sur les questions

de santé en l'absence d'autre « observatoire ».

Concernant la lutte contre les mutilations sexuelles, si la prévention et la loi française constituent de sérieux atouts pour les femmes africaines, ces associations sont un relais primordial pour les informer (*voir l'article de N. Fall p. 29*).

Là où des actions de terrain ont été menées au cours des années précédentes, il a été constaté une diminution parfois très importante des pratiques de mutilations sexuelles. Lors du colloque organisé sur ce thème¹⁰, de nombreuses associations ont témoigné de l'efficacité incontournable de cette présence associative continue sur le terrain.

Éduquer les enfants et les jeunes

L'impact des violences conjugales sur les enfants est souvent peu appréhendé par les parents mais aussi par les professionnels de santé alors qu'ils sont victimes directement de ces actes de violences, qu'ils en aient subis directement ou en aient été témoins. Il est nécessaire d'envisager les violences

conjugales en tant que violences intrafamiliales et d'informer les professionnels dans cette optique. Il faut aussi informer et éduquer les enfants.

L'inspection académique et le conseil général du Pas-de-Calais, en collaboration avec la responsable du pôle de référence régional « Enfance en danger », ont réalisé un programme de prévention de la maltraitance et un programme d'éducation à la sexualité et à la prévention des abus sexuels pour les classes de CM2 du département¹¹. Cette information a aussi pour objectif d'éduquer de futurs acteurs de liens familiaux et sociaux.

Initier des structures de prise en charge des auteurs de violences

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs est entrée en vigueur en mars 2001. Elle instaure un suivi socio-judiciaire novateur dans lequel s'inscrit éventuellement une injonction de soins. Une politique de formation et d'information des professionnels de santé a été mise en œuvre sur la prise en charge

des auteurs d'agression sexuelle, organisée par la Fédération française de psychiatrie en 2001¹².

Quelques rares initiatives (treize associations), rassemblées en Fédération nationale des associations de prise en charge des auteurs de violences conjugales et familiales¹³, ou encore Bordeaux avec l'Association de réponses éducatives et sociales dans le champ judiciaire et le vice-procureur, Sophie Arnaud, proposent une prise en charge des auteurs de violences. Les premières ont initié des groupes de parole, auxquels les auteurs de violences peuvent participer en étant orientés par la justice ou de leur propre initiative. L'auteur s'engage à suivre une série de séances (quatre à l'Avac à Toulouse, par exemple, ou huit à SOS Femmes, à Périgueux) qui peut être renouvelée à volonté. Les séances sont dirigées par un binôme (un psychocomportementaliste et un éducateur spécialisé). D'autres, comme l'association de lutte contre les violences, à Paris, complètent cette formule par des interventions individuelles de psychothérapie ou analytiques. La seconde formule (Bordeaux) consiste en un « stage citoyen » financé par l'auteur de violences, après que le magistrat le lui a proposé comme une alternative à la sanction pénale.

Un auteur de violences interrogé dans le cadre d'une étude-action menée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes)¹⁴ a insisté sur l'absence de structures de soins pour prendre en charge les auteurs. Cet homme a cherché, dès 1997, un lieu qui s'intéresse spécifiquement à cette problématique via le Net, des médecins, des psychiatres, etc., pour finalement découvrir une initiative à sa création en 2005. Il parle d'une nécessaire pluriprise en charge : au niveau médical immédiatement après les faits de violence, au niveau thérapeutique en groupe et en individuel, mais aussi d'un accompagnement éducatif par l'intermédiaire d'activités artistiques et culturelles afin de « rééduquer » ou éduquer autrement ces personnes. Cette prise en charge des auteurs de violences est aussi l'une des préoccupations majeures des femmes qui en ont été victimes.

En conclusion, nous formulons plusieurs grandes orientations éducatives

Informer et former systématiquement les professionnels... et les enfants dès le plus jeune âge

Que faire pour prévenir les violences dues au genre, donc essentiellement au fait d'être une femme ? Voici un petit résumé des grandes orientations éducatives exposées dans l'article ci-contre et proposées par la commission ad hoc qui a nourri le rapport Tursz :

- l'information systématique de l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans le cadre du dispositif sanitaire d'accueil des personnes victimes de violence, mis en œuvre au niveau local est indispensable : professionnels de santé, services sociaux, services de police, de gendarmerie, justice, secteur associatif, etc. ;
- la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé doivent évoluer en introduisant un module sur l'impact de la violence sur la santé et sur la prise en charge des victimes ;
- former les professionnels qui suivent les femmes enceintes à repérer des situations de violence ;
- éduquer le grand public en lui apportant l'information (via les médias, des conférences, des affiches, les associations, les relais d'opinion nationaux et locaux qui doivent eux-mêmes être éduqués) ;
- éduquer les enfants via le système scolaire, car ce sont eux les futurs acteurs sociaux-sanitaires mais aussi de leurs futures relations intrafamiliales. Ce sont aussi de potentielles victimes qui doivent être formées sur la reconnaissance et la prise en charge de la violence sous toutes ses formes, mais aussi de possibles auteurs de violences qui peuvent déjà être éduqués sur les conséquences du passage à l'acte et des possibilités de prise en charge de l'auteur ;
- initier des structures de prise en charge des auteurs de violences et former les acteurs impliqués dans leur prise en charge à les orienter et offrir un suivi.

J. L. et M. Q.

(voir encadré ci-dessus) : informer et former les professionnels mais aussi le grand public et les enfants.

Jacques Lebas

Praticien Hospitalier,

Hôpital Saint-Antoine (AP-HP), Credes.

Madina Querre

Anthropologue, chercheur contractuel,

laboratoire ADES-SSD UMR 5185 CNRS-Univ.

Bordeaux 2, laboratoire CRECSS/IFEHA

Univ. P. Cézanne Aix-Marseille 3, Credes.

1. Consultable sur le lien : http://www.ciced.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF

2. Rapport « Violences et santé ». Haut Comité de la santé publique sous la présidence de Pierre Guillet, préface par le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Éditions ENSP, mai 2004 : 160 p.

3. Source : Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS).

4. Michael Pollak (1948-1992), sociologue et historien, va marquer notamment la lutte contre le sida en France en étant l'initiateur d'une réflexion sociologique empirique sur le sida, à partir du cas des homosexuels. Pour plus de détails voir : http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero_1/articles/pollack.htm

5. Projet Santé gai : les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève, 2003. <http://www.dialogai.org/pdfs/brocb-resultats-2eme-edition05.pdf>

6. Cf. le rapport du P. Henrion. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris : La Documentation française, 2001 : 47 p.

7. www.sante.gouv.fr dans la rubrique « thèmes » « Violences ».

8. Accessible auprès des délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité (par exemple dans celle du Tarn-et-Garonne, d'Auvergne et du Puy-de-Dôme).

9. Disponible auprès de la direction générale de la Santé.

10. Ministère de la Santé et des Solidarités. Colloque « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines », 4 décembre 2006, Institut Pasteur.

11. Il consiste en une formation des personnels de l'Éducation nationale du premier degré, dont le but est d'améliorer les connaissances des signes d'alerte, du cadre légal de la protection de l'enfance et des rôles respectifs des professionnels impliqués ; d'améliorer les aptitudes pratiques d'évaluation et de signalement des situations de maltraitance et de violences sexuelles ; d'éclairer sur les attitudes défensives fréquemment observées chez les adultes confrontés à des situations d'enfants victimes de mauvais traitements et de violences sexuelles. D'autre part, deux programmes vidéo : un film « Face à la maltraitance » et un programme « Cet autre que Moi », de Bernard Bétrémieux, pour les préadolescents.

Contacts : D. D. Pierron, IUFM académique du Pas-de-Calais, et D. Chautard, IUFM Nord-Pas-de-Calais.

12. Conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », décembre 2001. Fédération française de psychiatrie avec la direction générale de la Santé.

13. Fédération qui fonctionne depuis octobre 2006 et fédère treize associations : « Association Lutte contre les violences » à Paris, « Parentbèse à la violence » à Belfort, le CIDF à Châteauroux, « AFVV » à Compiègne, « SOS violences en privé » à Lens, « Maux pour mots » à Limoges, « Adurance » à Marseille, « Via Voltaire » à Montpellier, « SOS Femmes » à Périgueux, « Vivre en famille » à la Seyne-sur-Mer, au sein du CHRS à Saint-Étienne, « Avac » à Toulouse, « Remaid » à Valence. Président de la fédération : Alain Legrand. Site Internet accessible fin mai 2007.

14. Étude-action « Améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital », menée par le Credes pour le ministère de la Santé et des Solidarités, de janvier 2006 à janvier 2008.

« Comment je forme les professionnels pour faire reculer l'excision »

D'origine sénégalaise, de mère peule sénégalaise et de père wolof sénégal-mauritanien, Nafissatou Fall est née au Cameroun et y a vécu jusqu'à l'âge de 14 ans tout en étant profondément imprégnée des cultures peules et wolof. Elle est arrivée en France à l'âge de 15 ans, mariée, et a obtenu la nationalité française en 1982. Nafissatou Fall, interprète et médiatrice dans une association au Havre, forme les professionnels et informe les femmes africaines pour prévenir les mutilations sexuelles féminines. Ce travail de proximité et de dialogue en binôme avec un médecin a permis de faire reculer l'excision. Témoignage.

En février 1988, j'ai suivi une formation, avec cinq autres interprètes-médiatrices, axée sur la prévention santé. Je faisais et fais encore à l'heure actuelle des permanences quotidiennes au pavillon mère/enfant, dans les différents services de l'hôpital Jacques-Monod, à Montivilliers, et dans un centre de PMI. Je suis salariée de l'Association havraise pour l'accueil, la médiation et l'insertion (AHAM) depuis presque vingt ans et, pendant quinze ans, j'ai travaillé avec toute l'équipe de professionnels d'un centre de PMI du quartier nord de la ville du Havre. La population originaire de l'Afrique noire subsaharienne représentait environ 30 % du public accueilli en consultation.

Le premier travail avec ce public a été axé sur les problèmes de santé des mères et des enfants, l'équilibre alimentaire et ce, en partenariat avec les travailleurs sociaux, caisse d'allocations familiales ; le dépistage de la drépanocytose (très fréquente chez les personnes africaines) ; le paludisme ; la préparation avant les départs en vacances. Tout ce travail de prévention et d'information a permis d'établir une relation de confiance entre les mamans et nous, et ce lien privilégié a permis d'aborder le problème de l'excision.

Une fillette sur deux excisée

En 1989, dans le cadre de mes permanences au pavillon mère/enfant, j'ai vu des mamans excisées souffrant le martyre après leur accouchement (déchirure, hémorragie, etc.). C'est à ce moment-là que j'ai vraiment pris cons-

science que l'excision n'apportait rien de bon aux femmes mais au contraire beaucoup de souffrance. À ce même moment, le docteur Bugeon, pédiatre de PMI, constate qu'une petite fille sur quatre est excisée avant l'âge de 4 ans et une sur deux en CP.

Nous décidons donc d'allier nos compétences et de travailler ensemble sur la prévention des mutilations sexuelles féminines lors de mes permanences au centre de PMI. Le docteur Bugeon demande au Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (Gams) une formation destinée aux professionnels de PMI, du pavillon mère/enfant, de l'Éducation nationale..., axée uniquement sur les mutilations sexuelles féminines et en particulier comment aborder la prévention.

Les réticences des professionnels

Très rapidement, en 1995, nous constatons que les petites filles âgées de 0 à 6 ans ne sont plus excisées (hors enfants nés au pays). Le travail de prévention a fonctionné mais a eu un effet pervers du fait que l'excision se pratique tout de même mais à l'âge où les contrôles médicaux ne sont plus obligatoires, donc à l'adolescence. À chaque consultation, nous parlions de l'excision et des risques pour la santé, et le docteur Bugeon faisait un rappel de la loi française et montrait le texte de loi qui l'interdisait aussi au Sénégal.

Nous avons continué à faire de la prévention pendant quinze ans, notre binôme était complémentaire, l'une

représentait la santé, le juridique, et l'autre, la culture d'origine et la culture du pays d'accueil. Nous organisons alors des réunions où l'on conviait les mamans qui venaient en consultation mais aussi toutes les femmes qui étaient intéressées par notre travail de prévention. On regardait des cassettes sur l'excision, il y avait des débats, des échanges, des informations, etc. Souvent, nous nous retrouvions à plus de cinquante femmes.

Beaucoup de professionnels de santé n'ont pas osé à cette époque travailler sur la prévention des mutilations sexuelles, c'était délicat et très peu d'informations étaient données à ce sujet. C'est dommage parce que nous aurions pu avancer beaucoup plus rapidement et surtout éviter beaucoup d'excisions.

On me reprochait de trahir ma culture

Mon investissement m'a posé beaucoup de problèmes au quotidien. J'ai été rejetée par la communauté, insultée au téléphone mais aussi dans la rue. J'ai eu souvent très peur pour moi et mes enfants. Des pères de famille sont venus m'agresser verbalement et me menacer dans le centre de PMI où je faisais mes permanences. Fréquemment, je me suis sentie très seule, certaines femmes africaines ne comprenaient pas mon engagement, elles pensaient que je trahissais le gage donné aux femmes dans notre culture. J'ai gardé les gages que je ne trahirais jamais, ils ne portent pas atteinte à l'intégrité de la femme et des enfants. Ce qui m'a donné la force

de continuer, c'est l'encouragement de beaucoup d'autres femmes africaines qui n'osent pas s'exprimer par peur des représailles mais qui me soutiennent dans ma mission. Ma mère aussi m'a beaucoup soutenue et encouragée, elle a lancé appel auprès de la communauté pour qu'elle cesse ses attaques contre moi. Si je suis encore une militante aujourd'hui, c'est pour elle et pour toutes les femmes du monde entier. Je suis convaincue que ce que je fais est bien pour la santé des femmes et des enfants ; mon souhait serait qu'il n'y ait plus de petites filles et de jeunes excisées dans le monde.

Vers une « gestion » des traditions

Il y a environ quatre ans, à son départ à la retraite, le docteur Bugeon a proposé à l'AHAM de continuer le travail de prévention par le biais d'interventions planifiées auprès de professionnels de la santé, du social et de l'édu-

cation mais aussi auprès du public. Le projet intitulé « Prévention des pratiques culturelles » a donc été élaboré par l'AHAM et financé par le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (Fasild).

Notre travail permet de sensibiliser les professionnels sur les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés, de mieux appréhender ces deux traditions, d'informer sur les organismes capables de gérer ces deux traditions : Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (Gams) et autres pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants et de contribuer à la diminution et/ou à l'arrêt de ces pratiques.

Nous avons constaté que l'information donnée par des professionnels leur permettait d'avoir une meilleure approche culturelle mais aussi de ne plus se sentir démunis face à ce problème.

Quant au public informé, il prend conscience des risques encourus lors de ces pratiques (problèmes de santé et juridiques). Tout ce qui touche les organes génitaux féminins est souvent un sujet tabou au sein de la cellule familiale, de ce fait nos interventions auprès de jeunes lycéens suscitent beaucoup d'intérêt et de questionnement.

Je rends hommage à toutes les femmes, d'ici ou d'ailleurs, qui veulent que les mutilations cessent. La femme a été créée avec sa beauté, n'enlevez rien à son corps, elle est aussi belle ainsi !

Nafissatou Fall

Interprète, médiatrice,
avec la participation de **Manuela Gherib**
et du **D^r Danièle Bugeon**,
Association havraise pour l'accueil,
la médiation et l'insertion (AHAM),
Le Havre.

Personnes âgées et handicapées : le déni de la maltraitance

Une personne âgée ou handicapée sur dix serait victime de maltraitance. Les experts qui ont travaillé dans le cadre du rapport Tursz préconisent plusieurs mesures sans attendre : informer ces personnes de leurs modes de recours ; prendre en charge les victimes ; mieux former les professionnels et les aidants de l'entourage, repérer les plus vulnérables, améliorer le signalement des violences, instaurer des espaces de parole... Et s'attaquer au déni qui entoure la maltraitance. Pour Marie-Ève Joël, qui a piloté ces travaux, ces changements représentent une « révolution culturelle » qui exige un travail pédagogique à tous les niveaux.¹

En France, la question de la maltraitance des personnes âgées est apparue sur la scène publique à la fin des années quatre-vingt, grâce à l'association Alma et à son président, Robert Hugonot. En 2001, à la demande de Madame Guinchard-Künstler, un groupe de travail présidé par le professeur Michel Debout a présenté des propositions. Hubert Falco, ministre délégué aux Personnes âgées, a installé, dès 2002, le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. Un programme d'action a été publié, en mars 2003, et il privilégie trois dimensions : la formation des aidants, la gestion des risques de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux et les violences financières. Depuis, cette préoccupation de lutter contre la maltraitance a été largement portée par les pouvoirs publics. La loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique prévoit un plan stratégique Violence et Santé qui inclut un volet concernant les personnes âgées.

La réflexion sur les phénomènes de violence et d'abus envers les personnes handicapées n'a été engagée qu'en 1999, dans la dynamique impulsée par l'Année internationale du handicap. Si la description qui est faite des violences aux personnes âgées dans les revues spécialisées rejoint celle des violences à l'égard des personnes handicapées, il convient de noter deux spécificités relatives au handicap. Les violences les plus fréquemment évoquées par les asso-

ciations reçues par la commission, autant que par la presse et la littérature, concernent le respect des droits des usagers en établissement (intimité, vie affective et sexualité) et l'absence d'accessibilité des services. Les professionnels sont préoccupés du risque de violence, en particulier des violences sexuelles encourues par les femmes ayant un handicap mental et les mineurs accueillis en établissement, les pratiques abusives en matière de stérilisation et de contraception, et la prévalence du VIH dans les populations handicapées vivant en institution.

C'est dans ce contexte d'une problématique émergente dans un environnement sensibilisé que se sont situés les travaux de la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », qui s'est réunie fin 2004 et début 2005.

La définition de la maltraitance retenue est ouverte et plurielle. Les personnes âgées et handicapées sont victimes de plusieurs sortes de maltraitements : les maltraitements physiques, qui portent atteinte à l'intégrité physique de la personne ; les maltraitements psychologiques, affectives et morales ; les maltraitements financiers, qui constituent une forme particulièrement répandue dont sont victimes les personnes âgées ; les atteintes aux droits des personnes ; les maltraitements médicamenteux ; les négligences actives, qui consistent à ne pas répondre sciemment aux besoins de la personne : privations de nourriture,

de boissons, des nécessités de la vie quotidienne ; les négligences passives, qui proviennent de l'ignorance ou du manque d'intérêt et d'attention aux besoins de la personne et sont le plus souvent dissimulées, banalisées, méconnues.

La très grande dépendance et les déficiences qui l'accompagnent, notamment l'incontinence urinaire et fécale, les chutes à répétition, les dyspnées avec l'expectoration chronique, caractérisent les victimes âgées. Des études de terrain menées par les services de soins à domicile² ont mis en évidence les liens étroits entre certaines pathologies des personnes âgées et les risques de survenance de maltraitance : troubles du comportement de type démentiel ou apparenté, avec des symptômes d'absence de communication verbale, hémiplégie, maladie de Parkinson, troubles sévères du comportement. Les troubles cognitifs liés à des syndromes démentiels, la chronicité de troubles du comportement avec déambulation, agressivité ou apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violence familiale et favoriser les actes de maltraitance des aidants, naturels ou professionnels.

Il semble, enfin, que la maltraitance touche toutes les catégories socioprofessionnelles, avec des modalités toutefois différentes selon les situations économiques.

Il n'existe pas actuellement de système organisé et cohérent de données relatives à la maltraitance des personnes âgées et handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux ou vivant à leur domicile, et d'estimation fiable de l'ampleur du phénomène. Les estimations relatives aux personnes âgées varient de 5 % de maltraitance chez les plus de 65 ans, soit 600 000 personnes environ, à 15 % chez les plus de 75 ans, soit 680 000 personnes en France³.

Les recommandations de la commission

La commission a retenu un certain nombre de principes pour guider ses travaux.

Il est nécessaire de permettre l'énonciation de la violence, ce qui est rarement le cas concernant les personnes âgées où la violence est le fait de l'aidant principal, familial ou professionnel. Pour cela, l'introduction d'un tiers dans le face-à-face auteur/victime de la violence est indispensable, en sortant du registre usuel de la plainte et de la « victimisation ».

Pour limiter les comportements violents, il importe d'identifier les cibles prioritaires et les conditions d'exposition aux risques, de promouvoir une démarche intégrée de gestion du risque violence et de ne pas réduire la question de la violence à un déficit de moyens.

En termes de prévention, les nombreuses propositions de la commission (plus de soixante-dix) peuvent être résumées de la façon suivante :

• prévention primaire

- développer la communication et la sensibilisation ;
- former et soutenir les aidants professionnels ou informels ;
- repérer les personnes ou institutions particulièrement exposées ;
- développer des travaux de recherche sur les différentes dimensions de la maltraitance et les différents types de comportements ;

• prévention secondaire

- améliorer le signalement de la violence des personnes âgées ;
- permettre l'accès « aux bons soins » des personnes maltraitées. Mais il faut noter que toutes les formes de violence

n'ont pas forcément un impact en termes de santé ;

- introduire des « tiers » et des espaces de parole ;
- renforcer les contrôles des différentes structures de soins du point de vue de la maltraitance et développer une culture de la gestion de ce risque psychosocial. Actuellement, les outils de contrôle existent mais sont peu appliqués ;

• prévention tertiaire

- prendre en charge les victimes, tant du point de vue des soins que des suites judiciaires ;
- prévenir la récurrence des personnes maltraitantes ;
- faciliter la résilience des personnes et des organisations.

Les recommandations d'ordre éducatif

La perspective « éducative » (sous ses différentes modalités : communication, sensibilisation, formation, mise au point d'outils pédagogiques ou de guides, etc.) a été présente tout au long des travaux de la commission, qu'il s'agisse des personnes vulnérables elles-mêmes, des professionnels ou de l'opinion publique.

- *Communiquer sur les maladies chroniques et le handicap, la complexité de la prise en charge, pour sortir du déni de la maltraitance et susciter un « autre regard » sur les personnes vulnérables.*

Une enquête qualitative récente réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁴ sur la perception qu'ont les personnes âgées de la maltraitance met en évidence le fait que les personnes âgées interrogées ne se reconnaissent pas comme des victimes de la maltraitance. Outre le déni qui entoure les situations de maltraitance, déni par les victimes et par les aidants, la peur des représailles, la crainte que la plainte ne soit pas considérée comme crédible incitent les personnes âgées, les témoins et les familles au silence. Les victimes âgées ignorent qu'elles peuvent porter plainte auprès de toute unité de gendarmerie, de tout service de police ou de tout tribunal de grande instance. Elles sont souvent dans l'incapacité de se déplacer. La situation est identique pour les personnes handicapées.

Pour lutter contre cette situation, il est nécessaire d'abord de sensibiliser le grand public en renforçant les campagnes de communication suscitant « un autre regard » sur les personnes âgées et handicapées et prévenant les violences.

Le moment de la sortie de l'hôpital d'une personne conservant un fort niveau de handicap et de dépendance est particulièrement difficile pour les proches, qui doivent mettre en place les ressources humaines et techniques nécessaires. La commission recommande d'informer et d'accompagner les proches dans ce retour de l'hôpital au domicile et d'élaborer une documentation *ad hoc* remise aux proches concernés (livret sortie d'hôpital et retour à domicile d'une personne devenue handicapée, livrets traitant de la vie quotidienne de personnes présentant différentes formes de handicaps fonctionnels ou de maladies invalidantes, etc.) en s'appuyant sur les outils réalisés par les associations spécifiques de malades et de familles.

- *Sensibiliser les professionnels à la dimension juridique de leurs pratiques.*

Du point de vue des professionnels, la commission a mis en avant la prise de conscience difficile de la question de la violence faite aux personnes âgées et handicapées en dépit de l'existence d'un support juridique suffisant.

Le ou les auteurs de maltraitance au domicile sont le plus souvent des proches, membres de la famille, relations de voisinage, intervenants professionnels, acteurs sociaux et économiques. Il n'est pas toujours aisé de les identifier, la victime étant souvent dans une attitude de soumission, de silence et parfois même de protection vis-à-vis de sa famille et de son entourage proche. L'aidant naturel (et en particulier l'aidant principal) peut être dépassé par la prise en charge de la personne âgée ou handicapée, écrasé par la charge matérielle, physique et psychique que constituent les soins et l'aide constante qu'il apporte à une personne lourdement dépendante. L'épuisement est un facteur de risque élevé de sévices ou de négligences.

En établissement, c'est le personnel qui est le plus fréquemment incriminé. Les défaillances patentées peuvent être

liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompétence, etc. Elles sont le plus fréquemment liées à l'usure professionnelle des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées ou handicapées. Les personnels sont confrontés quotidiennement à des situations ou événements éprouvants : dégradation, souffrance physique et psychique, décès, découverte d'une personne suicidée, violence des relations et des comportements, réalisation de gestes qui provoquent douleurs et souffrances, etc. Ce sont ces circonstances de stress, d'épuisement, qui vont provoquer l'usure et l'émoussement de la tolérance des soignants, et qui, conjuguées à des dysfonctionnements institutionnels, vont permettre l'irruption de la violence, l'agressivité, les abus, les négligences et les mauvais traitements.

Le système de prise en charge dans son ensemble peut lui aussi être source de maltraitance, faute de places en établissements ou dans des services de soins à domicile, faute de référents compétents pour organiser les prises en charge.

En dépit des formations qui se multiplient, la règle générale chez les professionnels reste une absence de sensibilisation, d'information, d'analyse des pratiques de maltraitance, etc. Pour les médecins, en particulier, les difficultés liées au partage du secret médical représentent un frein à l'énonciation de la maltraitance.

En réponse à une forte demande sociale, les évolutions législatives et réglementaires récentes dans le secteur de la santé et de l'action sociale mais aussi en matière pénale ont mis l'accent sur les droits des usagers, la protection des personnes, le renforcement de la sécurité, la lutte contre les violences et l'insécurité. Ce corpus législatif et réglementaire a le mérite d'exister même s'il se caractérise par une absence de lisibilité et une complexité certaines. Constat est fait d'un morcellement et d'un empilement de textes concernant la protection, la sécurité, la sûreté, le respect des droits et libertés des personnes âgées et handicapées. Élaborés par différents ministères, voire par différents départements ministériels au sein d'un même ministère, ces textes se caractérisent par une étanchéité des

publics, des catégories administratives ou légales et par une carence des textes d'application.

Briser le silence

Il importe de comprendre que si ces textes ne sont pas mis en œuvre, c'est principalement en raison de la difficulté des professionnels du secteur social et médico-social à « dire le droit ». En d'autres termes, si le repérage des situations de maltraitance ne se fait pas, c'est parce que les professionnels sanitaires et sociaux n'ont pas une conscience suffisante de l'importance de la dimension juridique de leurs pratiques. La propension des établissements et services médico-sociaux à gérer « en interne » des situations qui relèvent du délit s'explique par la culture propre du secteur mais probablement aussi par la rareté des ressources humaines.

Apporter l'appui technique et le soutien méthodologique aux acteurs de terrain pour leur permettre de faire la part entre les comportements déviantes et les dysfonctionnements structurels et ainsi de « dire le droit » et d'utiliser les outils juridiques à leur disposition est une sorte de révolution culturelle qui appelle

un long travail pédagogique à plusieurs niveaux.

En premier lieu, il faut rendre les textes juridiques existants plus accessibles pour les acteurs de terrain, en diffusant de la manière la plus large et la plus simple ces textes, en particulier en ce qui concerne le respect de la personne et de ses droits en établissements de santé, en établissements médico-sociaux et également au domicile. La commission a fait plusieurs propositions précises dans ce sens, sans sous-estimer l'ampleur de la tâche :

- effectuer un recensement coordonné de l'ensemble des textes législatifs relatifs à la protection des personnes vulnérables et des textes d'application publiés ;
- accompagner la diffusion de ces textes législatifs et réglementaires de documents d'interprétation visant à préciser, expliciter et faciliter leur mise en œuvre. L'objectif est de s'assurer que l'information est relayée dans de bonnes conditions auprès des professionnels en rassemblant la connaissance, tant juridique que pratique, dans un support transversal aux différents ministères, lisible et bien documenté ;

– faire connaître ces textes, en renforçant la formation initiale et continue des agents de l'État, des collectivités territoriales ainsi que des dirigeants d'établissement et service accueillant des personnes vulnérables, sur l'état du droit, notamment en matière de protection des personnes et de lutte et prévention des violences.

Repérer la violence

En second lieu, il faut créer les conditions de la mise en œuvre du droit, c'est-à-dire repérer les situations de violence et de maltraitance et former les intervenants. Là encore, la commission a fait plusieurs suggestions :

- clarifier, simplifier et harmoniser les règles du secret professionnel, de l'obligation de signalement et des conduites à tenir pour les différentes catégories de professionnels qui interviennent auprès des personnes vulnérables ;
- préciser les conditions dans lesquelles les établissements doivent informer les autorités administratives ou judiciaires des situations de maltraitance ou de violences survenues dans leur établissement ;
- mettre en place systématiquement des protocoles clairs précisant ce que les

agents doivent faire lorsqu'ils sont confrontés à des situations de violence et de maltraitance. Au niveau de chaque département, les dispositifs de prévention, d'écoute et de lutte contre la maltraitance et les violences envers l'ensemble des personnes vulnérables, quel que soit leur âge ou leur handicap, doivent être coordonnés pour éviter la multiplication des instances ;

– à tous les niveaux (formations de cadres et individuelles, formations en direction des personnels des services ou des autorités administratives de contrôle, professionnels de l'aide ou du soin), il est souhaitable que soient élaborées des recommandations en vue d'un corpus minimum de connaissances relatif à la maltraitance. La commission conseille de privilégier des méthodes de formation-action en s'appuyant sur des outils pédagogiques simples permettant à l'ensemble de l'équipe soignante d'améliorer ses pratiques.

Écouter et informer

L'administration s'emploie déjà à mettre en œuvre ces recommandations :

- en développant les réseaux d'accueil téléphonique et un travail en réseau

autour de la question de la maltraitance ;

- en développant l'information et la formation des aidants naturels et professionnels : une brochure est diffusée dans cinq départements à titre expérimental, un Cédérom est en cours de diffusion, un guide de repérage des risques de violences et de maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux est en préparation ;
- en contrôlant davantage les établissements. Au total, en 2002 et 2003, huit cent vingt-huit inspections (52 % inspections à la suite de plaintes, 48 % au titre du programme préventif) ont été diligentées dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

Plus généralement, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la pérennisation du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et toutes les mesures prises pour renforcer, diversifier l'offre de prise en charge des personnes âgées et en améliorer la qualité vont dans le sens d'une réduction de la maltraitance.

P^e Marie-Ève Joël

Directrice du département « Master sciences des organisations », université Paris-Dauphine, Paris.

Un nouveau plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées

Le 14 mars 2007, Philippe Bas, ministre délégué alors en charge des Personnes âgées, handicapées et de la Famille, a présenté un « plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance » qui prévoit dix mesures concrètes :

• autour d'un premier objectif global de développer une culture de bientraitance dans les établissements :

1. lancer l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) ;
2. développer l'autoévaluation et les contrôles externes dans les établissements ;
3. diffuser les bonnes pratiques en sensibilisant et formant les professionnels ;
4. renforcer les effectifs dans les établissements en veillant au niveau de formation – à la psychologie en particulier – des personnels ;
5. poursuivre l'amélioration du cadre de vie des résidents ;

• autour d'un second objectif global de renforcer la lutte contre la maltraitance :

6. faciliter les signalements de maltraitance en généralisant notamment les antennes d'accueil téléphonique dans tous les départements ;
7. désigner dans chaque Ddass un « correspondant maltraitance », qui assurera le suivi des dossiers ;
8. doubler le nombre des inspections dans les établissements ;
9. veiller à l'application des sanctions et mettre en œuvre un meilleur suivi des contrôles ;
10. étendre aux personnes handicapées les compétences du Comité national de vigilance contre la maltraitance.

Ce plan a largement pris en compte les recommandations formulées par la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » dans le cadre du rapport d'Anne Tursz.

Pour en savoir plus : la synthèse de ce plan est disponible sur le site Internet du ministère de la Santé (www.gouv.santé.fr).

1. Cet article reprend de larges extraits du rapport de la commission « Personnes âgées et personnes handicapées », réunie dans le cadre de l'élaboration du plan Violence et Santé. Cette commission, présidée par Marie-Ève Joël, s'est réunie en 2004 et en 2005. Le rapport a été rédigé par O. Doucet et figure sur le site du ministère de la Santé.

http://www.sante.gouv.fr/btm/dossiers/violence_sante/pa_pb.pdf

L'ouvrage d'Anne Tursz : Violence et santé, rapport préparatoire au plan national. Paris : La Documentation Française, juin 2006, fait la synthèse de l'ensemble des travaux préparatoires au plan Violence et Santé.

2. Rapport « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées ». Groupe de travail présidé par Michel Debout. Rennes : ENSP, 2003.

3. De 2001 à 2005, la Direction générale de l'action sociale a été informée de 1 147 situations de maltraitance (tous secteurs confondus, domicile et établissements), chiffre dont tout le monde s'accorde à dire qu'il ne reflète que très partiellement la réalité de la maltraitance. Les statistiques du ministère de la Justice, quant à elles, ne font donc pas apparaître d'éléments relatifs à l'âge, qui éclaireraient le débat. Le nombre d'appels reçus par le réseau Alma-France est passé de 2 118 en 1997 à 7 366 en 2002 (dont 71 % pour des maltraitances à domicile). L'analyse des 12 400 appels téléphoniques reçus, entre 1995 et 2002, montre que la plupart des situations de maltraitance signalées sont d'origine familiale et les éléments favorisant la maltraitance les plus souvent cités sont les relations familiales difficiles (25 %), les problèmes financiers (18 %) et le manque de communication (12 %).

4. Lettre de la Drees, « Une maltraitance ordinaire », février 2005.

Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées

L'association Alma a créé cinquante-deux « centres d'écoute-conseil » sur le territoire français pour venir en aide aux personnes âgées et handicapées victimes de maltraitances. Alma s'attaque à la loi du silence car, d'une part, le sujet reste tabou pour l'entourage familial et les professionnels aidants ; d'autre part, ces personnes maltraitées gardent le plus souvent... le silence. Les intervenants d'Alma écoutent les personnes, les informent, les conseillent. Ce dispositif soutenu par les pouvoirs publics est en cours d'extension.

L'âge est-il un critère d'exclusion dans notre société ? Nous avons tant voulu ajouter des années à la vie ! Aujourd'hui, les hommes et les femmes plus proches logiquement de la mort par l'âge (90 ans et plus) restent-ils des hommes et des femmes dignes du respect de leurs semblables plus jeunes ? Peuvent-ils jouir de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé « *La santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité* » ? Il semble que, trop souvent, les personnes dépendantes, âgées et/ou handicapées ne soient reconnues que dans leur « maladie » ou leur « infirmité », leur dépendance.

La maltraitance envers les personnes âgées commence là, dans le regard de notre société vers ces êtres qui vieillissent plus ou moins décemment, ces êtres qui font peur et sont enviés à la fois. Ce sujet est encore tabou parce qu'en partie les victimes elles-mêmes restent murées dans le silence par peur souvent de représailles plus violentes. Les personnes âgées effectivement ne se plaignent pas, c'est un facteur essentiel à retenir et cela concerne toutes les personnes victimes en situation de vulnérabilité et de dépendance, tels les enfants, les femmes battues, les personnes handicapées mentales et/ou physiques ; il est donc difficile de détecter les mauvais traitements en institution et plus encore au domicile. L'association Alma France a été créée par le professeur Robert Hugonot, pour casser la loi du silence qui règne parfois au sein de l'entourage familial et professionnel.

Souffrances non reconnues

Les maltraitances sont des actes ou des omissions répétés, volontaires ou involontaires. Aux questions : quand commence la maltraitance ? Où prend-elle son origine ? Qui est le premier « auteur présumé » ? Il est bien difficile de répondre. La maltraitance est une résultante de violences non ou mal gérées, de souffrances non reconnues, de colères et de rancunes, de peurs souvent anciennes...

« Violence contre les vieux » (1), « La vieillesse maltraitée » (2) « Violences invisibles » (3), « Vieillards martyrs, vieillards tirelires » (4), « Silence ... on frappe » (5) – autant de titres évocateurs d'ouvrages consacrés à cette thématique. Mal soigner, insulter, malmener, ignorer, voler, bafouer les droits sont autant de formes de maltraitance ou de négligence graves. L'être humain âgé est atteint, dans ces situations extrêmes, non seulement dans son corps, mais aussi dans sa dignité et son identité d'humain.

Bien sûr ce sont les personnes les plus âgées, les femmes en majorité, fragiles et vulnérables, qui subissent toutes formes de maltraitance. Ont-elles été maltraitantes autrefois ? Ont-elles occulté ou négligé elles-mêmes des moyens de se protéger en amont ? Sont-elles difficiles à vivre volontairement ou involontairement ? Dépendances physique et psychique sont un premier pas vers les conflits. Toutes sortes d'excuses, de justifications peuvent être évoquées. Les excès verbaux ou physiques sont-ils les seules issues ? La réponse ne peut être que négative.

Épauler les aidants

Les personnes âgées dépendantes, prisonnières dans leur corps et/ou dans leur esprit, sollicitent de leurs aidants familiaux une bonne santé physique, une grande disponibilité, et une grande force intérieure, au-delà de celle qui peut être exigée d'un fils, d'une fille, d'un conjoint. Au quotidien, les forces s'usent, la tolérance s'émousse si ces aidants ne sont pas écoutés, soutenus et si les faiblesses ou l'épuisement ne sont pas admis. En effet, ce n'est pas tant la maladie qui est difficile à supporter que le temps qu'elle dure – un mois, six mois, cinq, dix ans ou plus !

Écoute et formation, au centre de l'éthique d'Alma

L'association Alma s'est dotée d'un code éthique qui lui sert de guide dans ses interventions. En voici une synthèse.

« La fragilité liée aux déficiences physiques, sensorielles, psychiques ou à l'isolement expose de nombreuses personnes vulnérables en raison de leur âge ou de leur handicap à un risque de maltraitance (abus, violences, négligences).

Or, l'organisation sociale ne tient pas suffisamment compte des spécificités de ces personnes. Leur souffrance, voire même leur détresse, se caractérise souvent par des attitudes de repli et de dénégation, qui rendent ces situations d'autant plus intolérables.

Pour prévenir et combattre cet état de fait, Alma France s'est donné comme objectifs et moyens :

- de mettre en place un réseau d'écoute des signalements de cas de maltraitance, de leur évaluation et de conseils sur la suite à donner ;
- d'assurer la formation des écoutants et référents, au sein de chaque centre et, à leur demande, celle des acteurs professionnels des secteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux et juridiques ;
- de procéder à l'évaluation permanente quantitative et qualitative du phénomène, à partir des données du réseau, d'en publier les résultats et les diffuser auprès de tout organisme public et privé concerné ;
- d'assurer la sensibilisation des intervenants professionnels ou familiaux au risque de maltraitements et à la prévention de la maltraitance et à la défense des isolés, des exclus et des plus faibles parmi les personnes âgées et/ou handicapées ;
- de stimuler la prise de conscience dans la société des phénomènes de maltraitance liés au vieillissement et au handicap, par la diffusion d'informations et des principes qui président à son action. »

Sur le banc des « auteurs présumés » des violences siègent en majorité des fils, des filles, des conjoints (eux-mêmes âgés) et des professionnels côtoyant les personnes âgées à domicile ou dans un milieu institutionnel. Tous ces auteurs ne souhaitent pas nuire. Ils désirent sans doute bien faire, c'est-à-dire « prendre soin » de leur parent ou patient correctement, avec humanité. Il faut en effet ici le souligner : la majorité des familles et des professionnels traitent bien les personnes âgées... mais... parfois, le dérapage est sournois !

Les raisons des dérapages possibles sont multiples et émanent de toutes les personnes concernées par la maltraitance : les personnes âgées elles-mêmes, les familles, les professionnels. Personnes âgées et familles trop souvent ne vont pas à la recherche d'information, n'osent pas demander de l'aide en amont d'une dépendance installée. Les familles s'épuisent, sont à bout de tolérance et cumulent parfois les problèmes suivants : éclatement de la famille, isolement géographique, social, affectif, chômage, difficultés financières, drogue, alcool, etc. De leur côté, les professionnels, trop peu nombreux, imposent des rythmes d'aide ou de soin parfois insupportables. Le manque de formation est souvent fla-

grant. Enfin, le manque de coordination entre les professionnels et le manque de communication véritable entre personnes âgées, familles et professionnels ne peuvent que renforcer les situations de maltraitance.

Comprendre sans juger

Accuser n'est pas de mise à Alma. Comprendre sans juger est l'exigence de l'association, dont l'éthique (*cf. encadré ci-dessus*) est stricte : confidentialité, discrétion, neutralité, non-jugement de toute personne mise en cause – « victimes ou auteurs présumés ». Les missions d'Alma se poursuivent en 2007 avec 52 centres d'écoute-conseil (une soixantaine prévus fin 2007), répartis sur le territoire et dans les Dom. Depuis 2005, nos missions concernent non seulement le bien-être des personnes âgées mais également des personnes handicapées.

Les objectifs d'un centre départemental Alma restent, avec des bénévoles en majorité, l'écoute, fondée sur une approche systémique et les conseils proposés aux plaignants par des équipes pluridisciplinaires. Les conseillers ont une solide connaissance des services sociaux, des services médicaux gériatriques, des services administratifs du réseau gérontologique du département. Une équipe de trois ou quatre

conseillers, ayant des profils professionnels différents (médecin, gériatre, assistante sociale, juriste, psychologue, professionnel du milieu gérontologique, etc.), facilite la compréhension des dossiers ouverts par les écoutants et accélère les démarches nécessaires au suivi de ces dossiers.

Depuis plusieurs années, les actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels des maisons de retraite et des services d'aide et de soins à domicile se multiplient, tout comme les demandes de documentation et d'information. Devant ce besoin grandissant, Alma France a confié à une commission « communication » le travail de compilation et de création de documents nécessaires à la compréhension de la maltraitance envers les personnes âgées¹.

Françoise Busby

Directrice d'Alma France.

1. Ces documents sont accessibles sur le site Internet d'Alma ou peuvent être commandés moyennant le remboursement de frais de port et de gestion.

Contact

Site Internet : www.alma-france.org
Alma France - BP 1526 - 38025 Grenoble
Cedex
Tél. : 04 76 84 20 40
Fax : 04 76 21 81 38
courriel : asso-alma@wanadoo.fr

► Références bibliographiques

- (1) Hugonot R. *Violences contre les vieux*. Toulouse : Erès, 1990 : 144 p.
- (2) Hugonot R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 1998 : 236 p., 3^e édition Poche, Dunod, coll. médico-sociale, juin 2007.
- (3) Hugonot R. *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2007 : 176 p.
- (4) de Saussure C. (sous la dir.). *Vieillards martyrs, vieillards tirelires. Maltraitance des personnes âgées*. Éditions Médecine et Hygiène, 1999 : 181 p.
- (5) Gineste Y. (sous la dir.). *Silence, on frappe...* Milly-la-Forêt : Éd. Animagine, 2005 : 274 p.

Dissocier troubles psychiques et violence dans l'esprit du public

Contrairement aux idées reçues, les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus souvent victimes qu'auteurs de violences. Le stéréotype de la dangerosité associée à la maladie mentale reste très présent dans le grand public. Les experts qui ont travaillé dans la commission « Violence et santé mentale » soulignent que c'est l'absence de réponses adéquates aux besoins et d'une prise en charge appropriée qui provoque la souffrance. Toute intervention doit donc reconnaître les personnes comme des sujets. D'où l'intérêt des campagnes d'information pour déstigmatiser la maladie mentale afin de désamorcer le rejet dont les malades font l'objet. Mais ce type d'action ne suffit pas, la sensibilisation aux questions de santé mentale doit commencer très tôt, souligne Anne M. Lovell, présidente de ladite commission.

« Dans l'esprit du grand public, la violence est associée avec la maladie mentale. Oui, il y a une forte association, mais la direction de la causalité est le contraire des idées reçues : les personnes atteintes de trouble mental grave ont beaucoup plus de chances d'être les victimes de violence que d'en initier ».

Leon Eisenberg, psychiatre (1).

« Tout acte violent qui sort de l'ordinaire, soit par sa réalisation, soit par son horreur, soit par l'absence de motif évident, est attribué à un malade mental. "C'est un acte fou" devient vite "c'est l'acte d'un fou..." ».

Yves Pélicier, cité par Clément 1996 (2).

En présentant ses recommandations, la commission « Violence et santé mentale » s'est trouvée confrontée aux mêmes obstacles que toute campagne de prévention ou d'éducation sanitaire rencontre sur cette question de la violence. Non seulement la notion elle-même reste particulièrement floue mais les erreurs quant à la relation entre violence et maladie mentale sont monnaie courante dans le grand public. La persistance de stéréotypes fallacieux – combinée au sentiment d'insécurité croissant perçu dans nombre de domaines – met la psychiatrie publique en demeure de trouver des solutions efficaces à des problèmes sociaux et moraux allant bien au-delà de ses compétences. Par ailleurs, experts et patients manquent de données argumentées sur les conséquences psychologiques des violences.

Ces points doivent être clarifiés si l'on veut développer une approche éducative en ce qui concerne les rapports entre violence et santé mentale. Cet article ne présente pas l'ensemble du travail de la commission, il est axé sur la prévention et les recommandations que nous avons formulées en matière de politique éducative. Des progrès ont certes été accomplis dans la transmission aux professionnels de santé d'outils qui peuvent être utilisés en prévention des violences ; mais peu d'outils spécifiques existent pour prévenir et réduire la violence, et un important travail reste à faire en matière d'éducation.

Casser la représentation violence/santé mentale

Quelle que soit la manière dont on définit la violence, une grande confusion règne lorsqu'il s'agit de son rapport à la santé mentale (voir encadré page 38). Un professeur de médecine sociale de Harvard, Leon Eisenberg, vient d'épingler dans une importante revue psychiatrique le préjugé très répandu qui inverse les rapports entre la maladie mentale et la violence (1). Au contraire des idées reçues, la majorité des personnes qui commettent un acte reconnu comme violent (délit, crime, etc.) ne souffre d'aucune maladie mentale. Selon des enquêtes épidémiologiques menées à l'échelle internationale, la probabilité qu'une personne affectée d'une maladie mentale

commette des actes violents est légèrement plus élevée que pour une personne « saine » – mais cette règle ne se vérifie que lorsque la maladie mentale est accompagnée d'un certain nombre de caractéristiques spécifiques, ou « facteurs de risques », tels que certains états psychotiques (par exemple, délire de persécution), l'absorption d'alcool ou d'autres substances, la précarité sociale, un traitement inapproprié, un traitement interrompu ou impossible. L'Association canadienne pour la santé mentale fait pour sa part remarquer que si la proportion d'actes violents (définis comme le fait de menacer, de frapper, de battre ou plus généralement de maltraiter une autre personne) commis par des personnes ayant des troubles mentaux est de trois à cinq fois plus élevée que pour la population en général, elle est tout à fait semblable à la différence établie entre les hommes et les femmes. En tout état de cause, l'abus d'alcool et d'autres substances est un facteur de violence beaucoup plus important que la maladie mentale.

Davantage victimes qu'auteurs de violences

Contrairement aux idées reçues, les personnes atteintes de troubles psychiques risquent donc beaucoup plus d'être les victimes que les auteurs de la violence. Sur une année, entre 10 et 21 % de ces personnes déclarent avoir été victimes de violences, et pour les femmes le coefficient est six fois plus

élevé¹. Une étude a trouvé qu'en un mois seulement, 57 % des femmes sans abri et ayant des troubles mentaux avaient été victimes d'agressions (4). Ces proportions dépassent largement celle de la population en général. La seule étude permettant une vraie comparaison entre les populations de personnes atteintes de trouble mental et la population « générale » (5) constate qu'il y a 11,8 fois plus de victimes de vio-

lence (agression physique ou sexuelle) parmi les patients ou usagers de services psychiatriques que parmi le public ordinaire et 140 fois plus de victimes de vol. Plusieurs autres études confirment ces tendances (3). Le risque de subir ce type de violence ou de dommages est encore plus élevé lorsque la personne atteinte de trouble mental est sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue. Ces personnes risquent également

d'autant plus d'être victimes de violences lorsqu'elles se sont retrouvées impliquées dans un contexte de violence domestique, de crime ou de petite délinquance dans le passé, comme victime ou comme agresseur. La nature du traitement peut également jouer.

Les mythes archaïques refont surface

Bien que les actes de violence commis par des personnes souffrant de maladie mentale soient relativement rares, le public tend à associer la « folie » à la violence. Les actes d'extrême violence, même lorsque aucun suspect n'a été retrouvé, sont souvent qualifiés par les médias de « fous » (« c'était un acte de pure folie », « œuvre d'un fou », etc.). Ces représentations, où des mythes archaïques refont surface, sont encore très répandues, comme le montre une étude du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille conduite en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans plusieurs villes de France (6). Lors de l'enquête, les personnes à qui l'on proposait des listes de mots qui pouvaient décrire les malades mentaux associaient fréquemment le mot « fou » à l'idée de violence, et les comportements violents et dangereux à une « folie » sous-jacente. L'assimilation de la folie et de la violence justifie par ailleurs, aux yeux de la majorité des personnes interrogées, l'enfermement, mais pas nécessairement le traitement médical. Dans leurs représentations, la « folie » peut mener au meurtre, tandis que la « maladie mentale » se limite plutôt à des violences allant de l'agressivité au viol exercées contre des proches. Les études internationales sont arrivées à des résultats semblables. En reprenant une question tirée d'une enquête de 1950, une étude américaine récente portant sur les attitudes du public envers les malades mentaux a révélé que le stéréotype de la dangerosité associée à la maladie mentale est encore plus fréquent aujourd'hui (7). Paradoxalement, en un demi-siècle, le stéréotype s'est renforcé malgré une meilleure connaissance de la maladie mentale, de ses causes et de ses traitements chez les personnes interrogées de nos jours. L'étude révèle aussi que les personnes qui croient à une propension à la violence chez les malades mentaux tendent à les éviter le plus

Définir la notion de violence en santé mentale

En santé mentale, la confusion règne quant à la définition de la violence. L'Organisation mondiale de la santé définit la violence comme « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance...* » (1). Le terme « usage délibéré » soulève deux types de problèmes. Tout d'abord en suggérant que la violence est quelque chose « *dont il est fait usage* », il exclut la violence institutionnelle et/ou sociétale. L'institution psychiatrique, les soins, les contraintes physiques et pharmacologiques et la stigmatisation peuvent être vécus comme des formes de violence, sans qu'il y ait nécessairement un auteur spécifique. Se trouve également exclu ce que Pierre Bourdieu appelle « *violence symbolique* », et en raison même de son invisibilité. Contrairement à la violence physique, la violence symbolique ne résulte pas (toujours) d'une action contre le corps de l'autre mais plutôt d'un ancrage solide dans les formes sociales et culturelles de domination. Elle inclut ce qui se passe entre individus ou groupes à travers l'expression du mépris, de la négation de la personne, de la discrimination sociale, du racisme – et de la stigmatisation. Elle peut se traduire alors par un sentiment de non-reconnaissance de celui qui en est l'objet, ce qui est souvent en jeu dans le cas des personnes atteintes de trouble mental.

En deuxième lieu, le critère de l'intentionnalité peut être absent quand des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou neuropsychiques commettent des actes de violence. Ce problème est au cœur des débats suscités par l'article 122-1 du code pénal en 1994, selon lequel une personne atteinte – au moment des faits qui lui sont reprochés – d'un trouble psychique ayant aboli son discernement doit être déclarée pénalement irresponsable. Elle n'est alors pas jugée. Cette reconnaissance juridique d'un manque de conscience de commettre une infraction ou d'une incapacité de s'empêcher de commettre des actes violents est d'ailleurs critiquée par les victimes et les familles. Ceux-ci considèrent que la privation du procès des auteurs d'actes de violence est une négation des violences subies et empêche le travail de deuil. Pourtant, il est possible d'imaginer des actes de violence sans intentionnalité, y compris lorsqu'un auteur est identifiable.

Troisièmement, il n'y a pas que l'atteinte à l'intégrité corporelle qui soit susceptible de faire violence, mais aussi bien l'atteinte aux ressources et aux possessions. Cette forme de violence va des petits actes de fraude (ne pas rendre la monnaie qui est due) jusqu'à l'escroquerie et au cambriolage. Et il s'agit d'une forme de violence assez fréquente en direction des personnes atteintes de trouble mental.

Malgré ces limites, la définition de l'OMS apporte aussi des avantages conceptuels que nous intégrons dans notre réflexion. Elle permet de penser ensemble, de substituer à l'individu (ou même à la relation auteur-victime) des personnes ayant des caractéristiques communes, en l'occurrence des troubles mentaux. Cette perspective rejoint celle d'une politique de santé publique axée sur les populations. Nous proposons néanmoins d'élargir ce cadrage en y ajoutant la violence structurelle (2) non seulement interpersonnelle mais encore organisée et incarnée dans la façon dont les inégalités et les préjugés s'inscrivent dans les infrastructures (le logement, les lignes de transports connectant les quartiers, etc.), l'organisation sociale (l'accès à l'emploi, les débouchés offerts par les différentes filières, etc.), les rapports sociaux (l'isolement de certaines populations, la domination par un groupe professionnel ou par une élite, etc.).

A. M. L.

(1) Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascencio R. (sous la dir.). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS, 2002 : 376 p.

(2) Scheper-Hughes N., Bourgois P. *Violence in war and peace. An anthology*. London: Blackwell, 2004: 496 p.

possible. La méconnaissance du rapport violence/santé mentale est aggravée par le développement d'un sentiment d'insécurité. Ces observations nous mènent à interroger les conditions qui produisent le statut de victime, question que nous ne pouvons pas traiter ici (8).

Reconnaître la souffrance de la personne

C'est à partir du constat des limites des approches sectorielles que notre commission a formulé ses recommandations. Dans la pratique, il est commun de considérer une victime de violences comme une personne ayant des demandes de prise en charge, alors qu'un auteur de violences n'est pas considéré sous le même angle même s'il a des demandes similaires. Ce double regard – dont le fondement social et institutionnel est fort sous l'angle de l'acceptabilité de la société – peut conduire à aborder de façon différenciée les questions qui se posent dans le champ de la santé mentale. La commission s'est donc attachée à trouver un cadre de référence commun pour tous : victimes et auteurs. Ce cadre prend en compte de façon centrale les personnes et leur reconnaissance comme des sujets ayant des besoins en santé mentale liés aux situations de violence qu'ils rencontrent et qui trouvent/ou ne trou-

vent pas des réponses appropriées dans l'environnement qui leur est accessible. La commission souligne que bien évidemment, c'est l'absence – ou la limitation – des réponses appropriées qui doit faire l'objet d'un gros travail de prévention et de prise en charge, car c'est cette absence qui se traduit par des souffrances pour la personne et peut conduire, dans certains cas, à des actes de violence.

Travailler en amont du système psychiatrique

Toute politique de prévention en la matière doit intégrer le fait qu'en amont du contact avec le système psychiatrique, d'autres besoins des individus, s'ils sont ignorés, peuvent conduire à des situations ou à des conditions favorables à la violence. Par exemple, la littérature scientifique montre jusqu'à quel point l'environnement et ses conditions influent dans le passage à l'acte violent aussi bien que dans la victimisation (3, 8). Cela nous mène vers une perspective plus large de prévention en santé mentale. La prise en compte des besoins de toutes les familles – celles des patients comme celles de personnes chez qui un trouble n'est pas encore apparu – est fondamentale, comme l'est l'apport de solutions concrètes d'éducation à la santé dans les domaines clés les plus souvent

en jeu : l'éducation au rôle parental, la place de l'école dans l'intégration des jeunes aussi bien que dans le repérage de grandes difficultés (psychologiques ou non), les actions de santé publique locales (y compris à l'échelle d'un quartier), etc.

La reconnaissance des besoins des patients, de leurs familles mais aussi de l'ensemble de la population conduit à poser la question suivante : ces personnes ont-elles les capacités et la possibilité de faire entendre leurs besoins, et que ces derniers soient pris en compte dans les dispositifs sociaux ou institutionnels spécialisés existants ? Il est donc important d'interroger le contexte social et le cadre institutionnel, tant dans la prise en compte de souffrances et des traumatismes vécus par ces personnes que dans les réponses qu'ils leur apportent.

De la prévention à l'éducation

En complément de ce cadre, des efforts spécifiques en ce qui concerne la santé sont engagés. L'outil souvent proposé pour éduquer le public à la question de la santé mentale est le recours à des campagnes médiatiques, portant surtout sur le problème du stigma. La stigmatisation a un impact négatif sur les personnes souffrant de troubles mentaux, véhiculant des sen-

timents de perte de dignité, de désappartenance, d'inutilité. Cela peut se traduire par le rejet de la réalité de la maladie, le refus des soins, et un risque de troubles compliqués ou de violences. Pour sa part, le public a tendance à traduire cette stigmatisation en rejet du malade ; il remet en question la capacité des soins psychiatriques et des interventions en santé mentale à proposer des réponses adéquates, y compris à favoriser la réinsertion.

Des campagnes médiatiques peuvent être organisées autour de l'objectif de réduction de l'amalgame que fait l'opinion publique entre « folie = violence = maladie mentale ». Toutefois, il est important de distinguer campagnes d'information et campagnes de destigmatisation. En ce qui concerne les premières, une meilleure connaissance scientifique du trouble mental ne s'accompagne pas nécessairement de la diminution des stéréotypes. En fait, certaines études suggèrent que le contact des citoyens sans problèmes particuliers avec des personnes qui souffrent de trouble mental peut influencer positivement les attitudes des premiers plus que ne le fait l'acquisition de connaissances (9).

Pour éduquer le public, on peut aussi agir en essayant de modifier les représentations véhiculées par les médias. Malheureusement, certaines catégories de personnes n'attirent l'attention des médias que lorsqu'elles commettent des actes répréhensibles. C'est le cas des « jeunes des quartiers sensibles » comme celui des gens qui souffrent de troubles psychiatriques. En outre, il n'y a pas nécessairement corrélation entre la fréquence des débats sur la violence dans les médias et le niveau de violence dans la vie réelle (10). Une recherche-action menée au Canada montre les difficultés d'une démarche en collaboration avec les médias (11). Toute utilisation des médias demande donc une réflexion préparatoire approfondie. La façon dont la maladie mentale est représentée dans les films, par exemple, relève d'un assemblage complexe de procédures qui président à la création artistique (musique, effets sonores, découpage et montage de l'action narrative, entre autres) (12, 13). Pour éduquer le public aux problèmes de santé, il peut s'avérer plus efficace de se concentrer sur la production de films éducatifs que d'es-

sayer d'influencer les productions commerciales existantes. La représentation des personnages « dingues » dans les dessins animés destinés aux enfants est particulièrement révélatrice de cette situation.

Éduquer dès le primaire

En conclusion, si les campagnes médiatiques ont un rôle à jouer dans l'éducation du public aux problèmes de la santé mentale et de la violence, elles doivent être soigneusement préparées ; et même dans ces conditions nous devons nous attendre à ce qu'elles engendrent des effets secondaires involontaires. Nous suggérons d'agir sur trois plans complémentaires. Premièrement, il faut essayer de modifier les cadres d'interprétation à travers lesquels les gens reçoivent les images et l'information. Dans ce sens, l'éducation à la fois aux problèmes de la santé mentale et de la maladie et autour de la violence doit commencer très tôt, dès l'école primaire, et le chemin est encore long.

Deuxièmement, les campagnes ciblant les médias doivent impliquer, outre les usagers et les soignants, des artistes, des sociologues, des professionnels ayant une connaissance approfondie de la façon dont les médias influencent nos perceptions – un processus qui commence à être engagé en France. Enfin, au niveau local, un travail préventif peut se faire à travers un processus d'éducation mutuelle et de contact entre les malades et les autres citoyens, centré soit sur des événements spécifiques soit sur des attitudes et des savoirs communs – la démocratie enfin à l'œuvre dans le domaine de la santé (voir l'article suivant pour un tel processus mis en œuvre à Marseille).

Anne M. Lovell

Chercheur, Cesames, centre de recherche
Psychotropes, santé mentale, société.
CNRS UMR 8136 – Inserm U611, Paris-5.

1. Pour ces données et une revue de cette littérature, voir (3).

► Références bibliographiques

- (1) Eisenberg L. *Violence and the mentally ill: victims, not perpetrators*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(8): 825-6.
- (2) Clément M.C. *L'institution psychiatrique et la violence*. Thèse de Docteur en médecine. Université Claude-Bernard Lyon-I, faculté de médecine Lyon-Grange-Blanche, 1996.
- (3) Lovell A. M. avec la collaboration de Livia Velpri, Jon Cook. *Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques : revue de la littérature et évaluation des sources de données en France*. Inserm UMR 379. Rapport final préparé pour la direction générale de la Santé, mars 2007.
- (4) Sullivan G., Burnam A., Koegel P., Hollenberg J. *Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course-of-homelessness study*. Psychiatr. Serv. 2000; 51(9): 1135-41.
- (5) Teplin L.A., McClelland G.M., Abram K.M., Weiner D.A. *Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(8): 911-21.
- (6) Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A. *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites*. Études et Résultats 2001 ; n° 116, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Drees : 1-8.
- (7) Phelan J.C., Link B.G., Stueve A., Pescosolido B.A. *Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared?* Journal of Health and Social Behavior 2000; 41: 188-207.
- (8) Lovell A. M. *Violence et santé mentale. Rapport de la Commission pour les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Paris : ministère de la Santé et de la Solidarité, mars 2005.
- (9) Stuart H. *Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention*. Can. J. Psychiatry 2003; 48 (10): 651-6.
- (10) Peralva A., Macé E. *Médias et violences urbaines. Débats politiques et construction journalistique*. Paris : La Documentation française, 2002 : 222 p.
- (11) Wilson C., Nairn R., Coverdale J., Panapa A. *Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources*. Aust. N. Zealand J. Psychiatry 1999; 33 (2): 232-9.
- (12) Wilson C., Nairn R., Coverdale J., Panapa A. *Constructing mental illness as dangerous: a pilot study*. Aust. N. Zealand J. Psychiatry 1999; 33 (2): 240-7.
- (13) Wilson C., Nairn R., Coverdale J., Panapa A. *How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 440-3.

Groupes de parole usagers/soignants à Marseille : une thérapie contre la violence

À Marseille, des groupes de parole réunissent patients et soignants pour dénouer les conflits et faire émerger la parole des patients. Des patients en psychiatrie y expriment la souffrance – et donc la violence – qu'ils ressentent face à certaines attitudes des soignants au quotidien. En s'ouvrant au dialogue, les soignants acceptent de remettre en cause leur mode d'intervention perçu comme violent par les patients. Ces groupes de parole ont permis de rendre moins aigus les conflits soignés/soignants.

Le groupe marseillais de la Fédération nationale des associations d'(ex)-patients en psychiatrie (Fnapsy) a lancé, dans le cadre de la première campagne nationale de déstigmatisation¹, un dialogue public sur les liens entre violence et maladie mentale. Lors de réunions ouvertes à l'ensemble de la population marseillaise, les cliniciens, les travailleurs sociaux, les usagers, les familles concernées, les chercheurs et les artistes ont débattu des conséquences des stéréotypes fortement répandus qui associent la « folie » à la dangerosité et au crime. La violence attribuée de fait aux personnes malades justifie aux yeux du grand public leur enfermement dans des hôpitaux psychiatriques. Ces constatations, issues de l'étude nationale conduite par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille, ont été présentées en même temps que les résultats des travaux de la commission sur la Violence et la Santé mentale dans le cadre du rapport Tursz rédigé à la demande du ministère de la Santé et des Solidarités (*voir article d'A. M. Lovell p. 37*). L'intérêt des participants et leur désir de poursuivre les échanges sur la violence eurent pour conséquence la mise en place de trois types de groupes de parole dans les mois qui suivirent.

Violence nourrie par l'indifférence

Un psychiatre, Vincent Girard, responsable opérationnel de la campagne de déstigmatisation à l'époque et une anthropologue, Anne M. Lovell, conduisirent les deux premières séries

de rencontres. Dans le premier groupe, des usagers, des travailleurs sociaux, des infirmières, le responsable médical du service des urgences psychiatriques et d'autres personnes examinèrent la situation type où un patient devient agressif dans l'enceinte du service hospitalier des urgences psychiatriques. Les usagers expliquèrent comment l'indifférence à leur souffrance et la non-reconnaissance de leurs besoins dans ce moment de crise ont engendré une spirale d'angoisses, voire une expérience de terreur, qui peut déboucher sur des réactions violentes. Une des remarques concernait la négociation de la prise de traitement. Plusieurs patients se plaignaient d'avoir reçu des injections de force qui, selon eux, étaient trop souvent effectuées par les soignants sans réelle négociation. L'injection a été présentée, alternativement, comme un moment important pour le patient, qui mesure à cette occasion le degré de liberté dont il dispose dans un contexte de privation de sa capacité à choisir. Les professionnels suggérèrent que la pénurie de personnel et l'architecture même de l'hôpital, avec des chambres d'isolement situées loin des infirmiers, pouvaient générer des situations et des comportements violents. Se basant sur son expérience répétée de l'enfermement dans une chambre d'isolement, un usager proposa des solutions pratiques pour rendre ce moment moins violent. Il souligna l'importance de maintenir un contact régulier avec la personne enfermée et cela, d'au moins deux manières, d'une part, grâce à un interphone connecté à la chambre d'isolement et, d'autre part, par la visite

fréquente d'un soignant. Il proposa aussi de placer une horloge dans la pièce afin d'avoir un repère temporel. Il suggérait aussi que des explications claires – le cadre juridique notamment – soient délivrées au patient. Enfin, il faudrait permettre à la personne de sortir de sa chambre régulièrement et modifier l'architecture de la chambre pour en atténuer l'atmosphère carcérale. Ces mesures simples demandent quelques ressources mais, surtout, une volonté institutionnelle.

Non-respect de leur intimité

Le docteur Girard a poursuivi ce processus d'éducation mutuelle et collective en organisant une deuxième série de groupes de parole : des « réunions communautaires » dans son service hospitalier, où des tensions et des conflits avaient proliféré. Chaque semaine, pendant une heure et demie, les patients (entre dix et vingt) et un petit groupe de soignants (de deux à quatre) soulevaient des problèmes, comme celui du partage et du vivre ensemble au sein du service, selon des procédures collectivement acceptées (prise de parole tour à tour, respect de la parole de l'autre, sujets de discussion relatifs à la communauté, absence de sujets tabous). Au cours de ces discussions, il fut notamment reproché aux soignants de ne pas taper à la porte des chambres, ou d'entrer sans attendre de réponse, ce qui est perçu par les personnes comme « un non-respect de leur intimité ». Les patients purent réagir à la trop grande familiarité avec laquelle on s'adressait à eux (tutoiement, infantilisation, mépris, indifférence). Le groupe

évoqua aussi comme l'un des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation des soins l'ennui, lié au sentiment d'attente permanente. L'ennui est vécu comme difficilement supportable et l'inactivité est source de conflits. Il n'y eut pas d'évaluation formelle de ces groupes de parole. Mais il semble que l'instauration d'un espace mixte, où les patients pouvaient prendre la parole, ait mis en demeure les soignants de reconnaître qu'ils participaient à l'apparition de situations violentes. Cette reconnaissance a permis de nettement diminuer la fréquence et l'intensité des conflits quotidiens entre soignants et soignés dans le service.

Faire émerger le non-dit

Un dernier type de groupe de parole, formé presque exclusivement d'usagers, fut expérimenté lors d'une excursion en voilier aux îles du Frioul. Une anthropologue, Anne M. Lovell, poursuivit l'expérience dans le cadre d'un groupe d'entraide mutuelle récemment ouvert, intitulé « Sentinelles Égalité ». À partir de la constatation que la violence est consubstantielle à la personne humaine – qu'il y ait ou non troubles psychiatriques – les usagers différencièrent la violence de la vie quotidienne de la violence institutionnelle. D'après leur expérience, la violence est « *une façon presque normale de réagir pour la plupart des gens* » lorsqu'ils sont confrontés à quelqu'un qui paraît « différent » à cause de la maladie ou des effets de la médication. En même temps, la nature des maladies psychiatriques rend certains usagers particulièrement sensibles au fait d'être « *traités comme des chiens* », « *comme un con* », ou simplement « *arnaqués* » de façon mesquine, dans un magasin, un café, au travail ou dans la rue. À l'intérieur de l'institution, les usagers condamnèrent, entre autres, l'usage illégal de la force par des vigiles sans formation, la « *camisole chimique* » utilisée comme une punition, l'abrogation arbitraire de droits, comme celui de pouvoir sortir du service dans le cas d'une hospitalisation volontaire ou de pouvoir regarder la télévision pendant les heures affichées, et, parfois, des propos racistes ou des violences physiques exercées par le personnel. Les propositions concrètes pour diminuer la violence incluent la mise en place de livrets d'accueil concernant leurs droits à l'hôpital et l'assurance que les usagers

soient représentés dans des instances hospitalières, départementales et régionales – représentation déjà prévue par la législation en matière des droits des patients. Enfin, ces groupes ont permis le partage d'un savoir thérapeutique (comment contrôler la colère) et social (comment vivre avec les autres).

Les groupes de parole permettent l'émergence du non-dit de la violence et un dialogue utile entre usagers et personnels soignants. L'efficacité de ce puissant outil éducatif dépend cependant de la conscience de la dissymétrie habituelle entre les deux groupes d'acteurs : la parole de l'utilisateur d'une part, celle du personnel soignant et des autres citoyens d'autre part, doivent être placées et reçues sur un pied d'égalité. Les groupes de parole entre malades

usagers, soignants et citoyens ont permis de faire émerger une conclusion commune : la reconnaissance que la violence est un phénomène intersubjectif, et donc qu'elle naît de la relation et non d'une maladie.

Anne M. Lovell
Vincent Girard

Psychiatre, Médecins du monde,
Assistant chef de clinique,
service du professeur Naudin,
hôpital Sainte-Marguerite, Marseille.

1. Campagne de déstigmatisation organisée conjointement par le Centre collaborateur OMS de Lille, l'Association des maires de France et la Fnapsy, en 2005, et intitulée : « *Accepter les différences ça vaut aussi pour les troubles psychiques* » (site Internet <http://accepterlesdifférences.com>).

Institutions : désamorcer la violence

Comment les personnels des institutions sont-ils victimes de violences ? Comment ces institutions génèrent elles-mêmes de la violence ? Omar Brix, médecin et enseignant de santé publique, président de la commission « Institution, organisation et violence », souligne à quel point cette violence fait l'objet d'un déni. L'éducation pour la santé a un rôle à jouer dans ce domaine pour ne pas s'en tenir aux symptômes de ces violences mais remonter aux racines, s'attaquer aux causes réelles, former les professionnels, libérer les paroles, réinstaurer le respect des droits et des personnes, de part et d'autre. Il illustre son propos en présentant quelques actions rapportées auprès de cette commission.

La commission « Institution, organisation et violence », travaillant dans le cadre de la préparation du plan Violence et Santé, a été confrontée d'emblée à la difficulté d'avoir une réflexion critique tout en rassemblant une dominante de représentants institutionnels. Un vaste défi, dans un contexte socio-économique d'insécurité accrue pour les personnes et groupes sociaux les plus en difficulté.

Le rapport de la commission étant accessible sur le site Internet du ministère de la Santé¹, le choix a été fait de centrer le propos sur le fond de la démarche d'analyse adoptée et sur le champ d'action possible de l'éducation pour la santé face à cette problématique si étrange des institutions et de la violence. Nous avons examiné la situation dans des lieux comme l'école, l'hôpital, la prison, et chez certaines catégories comme les forces de l'ordre, les personnes en situation de vulnérabilité. Nous avons confronté nos représentations – souvent très différentes – des termes « violences », « institutions », « santé » ; la définition de la violence de l'Organisation mondiale de la santé nous a globalement réunis, sauf sur le qualificatif de « l'usage délibéré » et sur l'absence de référence aux logiques institutionnelles.

Comme fil conducteur de nos travaux, nous sommes convenus de remonter aux racines et faire émerger les logiques qui génèrent la violence, plutôt que d'en rester aux seuls symptômes du phénomène. De distinguer, par exemple, les personnes et les missions qui leur sont confiées des logiques implicites et structurelles d'une institution. Il est à sou-

ligner que le premier temps de nos travaux a été un temps d'expression « spontanée ». Il a libéré une dose de violences que nous avons vite comprises et gérées comme des souffrances contenues, des refoulements accumulés par des hommes et des femmes épuisés d'être confondus ou de se confondre avec leurs institutions.

L'examen des données disponibles sur ce sujet a nourri bien des controverses du fait de la variabilité des chiffres, de leur niveau de fiabilité, de la légitimité de certains collecteurs de données. Il nous est rapidement apparu que la violence ne peut s'appréhender par les chiffres qu'en partie. Il faut aussi prendre en compte ce que l'on veut leur faire dire. Surtout que ce sont le plus souvent des éléments subjectifs – morale, règles, représentations, choix de société, mais aussi intérêts en jeu et rapports de force – qui déterminent les critères utilisés.

Violence : déni individuel et collectif

La violence doit être comprise dans toutes ses dimensions : pour ses effets sur la santé, mais aussi en tant que signe d'une souffrance qui doit être resituée dans ses dimensions individuelles et sociales. Or la violence fait souvent l'objet d'une sorte de « déni » individuel et collectif. Avant d'être sociale, la violence est générée par des individus. Mais la violence est aussi collective, en lien avec l'histoire d'une communauté, d'une institution, des modes d'organisation et de fonctionnement, des difficultés conjoncturelles, etc. La commission a opté pour appréhender les violences dans leurs expressions indi-

viduelles et dans leurs construction et vécu collectifs.

La violence doit également être analysée dans ses variations culturelles et sociologiques : évolution des seuils de tolérance, phénomènes d'amplification médiatique, etc. Des comportements à une période donnée ne sont plus tolérés ou sont vécus différemment dans les périodes qui suivent. Les risques de dérapage dans les représentations et dans les attitudes (exagérations, inadéquations, etc.) augmentent à l'évidence avec les sentiments d'insécurité liés à l'environnement économique, social, culturel (chômage, exclusion, perte des repères, évolution des valeurs, menaces concrètes ou indéterminées, etc.).

Une enquête d'opinion menée par l'institut de sondages BVA à la demande du Haut Comité de la santé publique (HCSP) montre bien la relativisation sociale des phénomènes de violence, la population ayant une perception différente de celle rapportée par les médias. Dans sa conclusion, le Haut Comité souligne que si le système de soins constitue un lieu privilégié pour faire remonter les informations, informer et orienter les victimes, les phénomènes de violence ne peuvent être pris en compte sous le seul angle de la santé publique. Une approche multidisciplinaire doit être conjuguée avec des actions interministérielles.

La violence des institutions : un sujet tabou ?

La violence institutionnelle est-elle un sujet tabou ? Nous nous sommes interrogés sur la manière dont les insti-

tutions auxquelles nous appartenons abordent leur propre violence. Pourquoi la culture et l'organisation d'une institution peuvent générer et aggraver les violences ? Beaucoup reconnaissent que les services de l'État auxquels ils appartiennent vivent une « violence ordinaire » étouffée et étouffante.

Que cela soit au sein des établissements scolaires, des hôpitaux, des prisons, dans les commissariats ou dans les locaux de la gendarmerie, les témoignages et analyses qui nous ont été livrés témoignent tout au moins d'un vécu lourd par les personnels de ces institutions quand ce n'est pas de véritables états « de fractures internalisées ». Les fractures sociales sont telles qu'elles n'épargnent même plus celles et ceux qui sont chargés de les combattre, réparer ou éviter.

À tous les niveaux, les personnels sont amenés de ce fait à se défausser de plus en plus ou à se protéger en cascade. Parmi les logiques en cause ont été signalés, pour exemple, la culture de la qualité et ses protocoles. Sous couvert de tendre vers l'objectivité, la rationalité, la sécurité, les choix organisationnels font passer le facteur humain au second plan au profit du facteur matériel, technologique, etc. La place de la personne n'est pas correctement prise en compte dans l'organisation du travail et dans la prise de décision. Même si la violence n'a pas la même signification selon l'institution concernée. La remise en cause du bizutage en France, par exemple, n'est pas venue des institutions mais essentiellement d'individualités, soutenues par leurs familles et par les médias, au risque pour les personnes concernées de se faire exclure de leur corps d'appartenance. Un tel exemple recoupé avec tant d'autres ne signifie-t-il pas qu'une institution générant de la violence ne peut la juguler par elle-même ? Nous nous sommes également appliqués à repérer et mettre à plat un certain nombre d'idées toutes faites dans un effort de déconstruction cher au sociologue François Dubet.

Rapportons rapidement quelques propos récurrents entendus pendant les auditions :

« Nous assistons à une augmentation des signalements de violence en milieu hospitalier. »

Dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux, la gestion des événements dits indésirables est devenue un critère. L'Anaes (désormais la Haute Autorité en santé) incitant, dès sa première intervention, les hôpitaux à mettre en place des systèmes de déclaration de ces événements. Juste après, on a constaté que le nombre de signalements a naturellement augmenté. Mais quel paramètre a ainsi été mesuré à la hausse ? Le nombre de faits de violence en milieu hospitalier ou de signalements ? N'est-il pas habituel que l'on ne signale que ce que l'on décide à un moment donné de voir, de nommer et donc de ne plus supporter ? D'où les risques liés aux interprétations hâtives.

Deuxième exemple : *« le seuil de tolérance de la violence a baissé. »*

Là aussi, ce genre de propos général, souvent repris comme une évidence, mérite réflexion. Alors que les gestionnaires des hôpitaux nous rappelaient avec insistance à quel point les patients et le personnel demandent une prise en compte du risque de violence – au même titre que les autres risques hospitaliers – et une politique d'action pour le réduire. Or, le plus souvent on les entend sur un risque et pas sur un autre, encore moins sur la globalité. De quel seuil et de quelle tolérance parle-t-on ?

Troisième exemple : *« une politique de tolérance zéro de la violence au sein des établissements a été décidée. »*

La tolérance est-elle un sentiment, un discours ou l'objet d'une politique ? Par rapport à ces idées toutes faites, il est bon de rappeler ce qui a été décidé et mis en place dans certains hôpitaux, à savoir installer des chargés de sécurité pour faire face à la violence, protéger les personnels et les patients des agressions, alors que dans d'autres établissements les violences faites aux personnels sont mises en avant et dissociées des violences faites aux malades, aux publics et à ce qui est commun.

Le travail isolé favorise la violence

Traiter la question de la violence incite à réfléchir à la manière de travailler, seul ou en équipe. À l'hôpital comme dans les écoles, les prisons ou différents autres espaces, les professionnels ne peuvent plus travailler seuls. La complexité des situations, l'intrication des sphères, la multiplicité et

le rythme des tâches invalident le travail isolé. C'est le travail individualisé qui engendre les sentiments d'impuissance, de disqualification et de solitude, sources de souffrances, de culpabilisation et liti de toutes les rancœurs, voire des violences, contre soi ou autrui. Or, les enseignants, les hospitaliers, les surveillants, les policiers disposent généralement de peu ou pas de temps, d'un point de vue institutionnel, pour travailler ensemble. La violence pose avec plus de force la nécessité de l'évolution du travail individuel vers le travail en commun. L'institution, en tant qu'organisation du travail et de régulation des règles de la vie en commun, ne saurait faire l'économie de cette nécessaire évolution, de cette réforme qu'elle doit mener pour elle-même. Il en va de sa crédibilité mais aussi et surtout de la paix sociale. La commission a observé tout particulièrement que la violence semble se développer dans les institutions où prévalent des rapports sociaux marqués par les excès de pouvoir, où les rapports de domination tendent à l'emporter sur des rapports régulés par la prise en compte des droits des personnes, du respect des règles et des soucis d'équité et d'égalité.

Institutions : violence subie, violence générée

Au fil des travaux s'est imposée l'impérieuse nécessité d'être également attentif à ce qu'une institution produit ou induit – y compris à son corps défendant – du fait de son mode d'organisation ou des rapports entre les personnes. Au fur et à mesure de nos travaux, nous avons été amenés à reconnaître ou oser voir et dire que les violences sont rarement à sens unique. En d'autres termes, traiter à la fois des violences faites aux institutions et à ses représentants et personnels, mais aussi celles commises par les institutions aux personnes qu'elles sont censées protéger. L'angle d'approche est évidemment différent. Il est plutôt rare qu'une institution reconnaisse par elle-même, « sereinement », qu'elle produit de la violence. Or, c'est la violence générée par les institutions qui fait résistance au changement. Nous avons ainsi tenté d'identifier les mécanismes intra-institutionnels générateurs de violences, leurs composantes multiples et leurs effets sur la santé. Nous avons interrogé la capacité d'une institution à se remettre en question.

Peut-on amener l'institution à se réguler ? Faut-il, comme suggéré, faire appel à une médiation, interne ou externe ? Comment mettre la collectivité en situation de pouvoir réguler ses violences ?

L'éducation pour la santé, une stratégie d'intervention

Les questions de violence en général interpellent toute la société sur le fond de ses valeurs et de ses mœurs. Elles concernent la santé publique du fait de ses impacts sur l'intégrité physique, mentale et sociale des personnes. Une santé publique conséquente pourrait même aider à ne pas en rester aux symptômes et tenter de remonter aux racines, fussent-elles entremêlées. La prévention en amont peut aider dans ce sens.

Nos travaux sur la problématique des violences et de ses liens avec la santé concernent naturellement et fortement le champ de l'éducation pour la santé, pour de multiples raisons. De nombreux exemples d'actions et de programmes nous ont été rapportés situant l'éducation pour la santé comme l'une des stratégies d'appui et d'intervention face aux violences et comme une démarche éducative en amont pour travailler les représentations et réhabiliter la communication interpersonnelle.

Nous rapporterons dans leurs grandes lignes trois exemples parmi ces témoignages pour illustrer tout à la fois : les actions éducatives équivoques, les actions éducatives d'appui et les actions éducatives de prévention dans des contextes contraints.

Gendarmerie, prisons : des expériences innovantes et équivoques

Le représentant de la Direction générale de la gendarmerie nationale nous a rapporté de manière détaillée un programme d'interventions de la gendarmerie en milieu scolaire au titre de la prévention. Des brigades de prévention de « la délinquance juvénile » ont été créées afin d'apporter une réponse à « l'augmentation de la délinquance chez les mineurs ». Ces unités répondent à un choix de la gendarmerie visant à investir le champ de la prévention et à le dissocier de l'action habituelle et courante de la répression. Les actions ciblées ont conjugué une plus grande présence dans les quartiers, un travail d'informa-

tion dans les écoles et les associations, des contacts rapprochés avec les mineurs et leurs familles et le rappel à la règle. Ces actions de type préventif allant de pair avec le travail habituel de renseignement permettaient du coup une meilleure connaissance de l'environnement social et une estimation plus fine des risques.

Ce genre d'actions rapportées dans les termes mêmes de leurs auteurs montre la volonté et les efforts d'équipes « des forces de l'ordre » d'associer l'éducation à l'approche coercitive traditionnelle. Cette combinaison pose la question du risque de confusion des genres quand ces deux approches sont faites par les mêmes équipes. Elles peuvent aussi laisser penser que l'action préventive a été engagée comme un prétexte, un alibi, pour mener avec plus d'efficacité le travail habituel de renseignement.

L'INPES nous a présenté un programme de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire². Pour soutenir les équipes de terrain dans la mise en œuvre de ces programmes, un dispositif expérimental de

« formation-action » auprès des personnels pénitentiers a été mis en place sur dix sites pénitentiaires répartis sur le territoire national. Conçue plus spécifiquement pour soutenir le développement d'actions en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, l'expérience de ces formations s'est avérée un formidable outil à l'établissement d'un travail partenarial. Ces formations contribuent de façon plus générale à ouvrir des espaces d'échanges et de régulation des tensions générées par un environnement qui tend à produire de la violence (interpersonnelle, institutionnelle, organisationnelle, etc.). Depuis, l'administration pénitentiaire et la direction générale de la Santé se sont montrées favorables à étendre le dispositif. Mais l'intervention éducative dans ce genre de milieu « de privation des libertés » est soumise à rude épreuve. Où est la finalité ? N'y a-t-il pas risque d'instrumentation ? Et, en même temps, les bénéficiaires de ces formations sont unanimes à reconnaître l'intérêt de disposer de ce genre d'espaces et de professionnels « pour rester des humains face à des humains en milieux aussi inhumains ».

Une démarche expérimentée au Centre des jeunes détenus de Fleury-Mérogis nous a également été présentée. Un groupe de travail local, mis en place à la demande de l'administration du centre pour réduire la violence, a permis un processus d'écoute et d'échanges initié par le médecin intervenant en milieu carcéral en lien avec d'autres professionnels. Cette action a apporté un autre regard sur les violences des jeunes détenus, violences entre eux, vis-à-vis des personnels et à l'encontre d'eux-mêmes. De l'avis de toutes les personnes concernées, elle a, avec le temps, changé le climat et permis de promouvoir une autre approche de prévention. Cette action, aux résultats bénéfiques selon les évaluations menées, n'a été possible que parce que précédée et entourée d'une réflexion critique, d'une grande prudence et du sens qu'elle peut avoir auprès des jeunes détenus et des personnels d'encadrement. La commission s'est interrogée sur la reproductibilité d'une telle démarche dans les conditions des autres établissements, compte tenu du fort niveau d'engagement du médecin pénitencier qui a initié et porté cette démarche.

Ces trois exemples témoignent, chacun à sa manière, d'un usage différent de la démarche éducative. La reconnaissance de la violence, la possibilité donnée aux uns et aux autres de pouvoir la nommer, l'identifier, exprimer les ressentis ont d'emblée changé le climat et les approches, tant du côté des « victimes » que des « auteurs de violences ».

Proposer une démarche éducative pour décrire, expliquer ou faire face à des manifestations de violence dont on sait les effets sur la santé est certainement un recours utile. Savoir si on s'arrête à la gestion du symptôme et de ses conséquences ou si l'on fait l'effort de remonter aux racines et aux circonstances et contextes nous paraît faire la différence entre une éducation pour la santé « palliative », « alibi » et une éducation pour la santé de la réparation, voire de la reconstruction.

Démarche éducative pour restaurer la parole

Au plan des institutions, il importe que l'éducation pour la santé aide à nommer les symptômes, pousse à remonter aux racines et envisage les violences sous toutes leurs formes et selon

toutes leurs origines. À ce titre, l'éducation pour la santé peut être un support, un espace pour rétablir la parole, permettre l'expression des conflits régulateurs des formes non destructrices de violence, et faciliter des rapports d'échanges entre personnes sur la base du respect de la vie et de la dignité de tout un chacun.

En conclusion, les membres de cette commission ont pu formuler – dans le respect de leurs fonctions et des limites qu'elles leur imposent – au terme d'une année d'auditions et d'échanges, un effort de pensée collective, quelques éléments d'analyses, voire des pistes de politiques³, plutôt que de céder à la frénésie et aux alibis des préconisations.

Au risque de déstabiliser ces mêmes institutions, ils ont eu le courage et le sens des responsabilités pour nommer les violences exercées par les institutions elles-mêmes sur les personnes et les publics ; y compris et surtout par les institutions en charge de la protection des personnes et du respect des lois. Allant plus loin, nous n'avons pas hésité à assumer une interpellation des institutions sur le danger que représente pour la démocratie le fait de ne pas prendre en compte les violences étouffées au sein des institutions contre

leurs propres personnels et publics. Nous avons beaucoup insisté sur les mécanismes et les logiques d'organisations et de pratiques susceptibles de générer – volontairement ou non – des violences.

Si le rapport final de notre commission est le fruit de cette réflexion collective et l'expression d'un compromis ouvert, force est de reconnaître que ce travail qui a mobilisé plusieurs professionnels durant plusieurs mois n'a pas connu – du moins à ce jour – les prolongements préconisés. Ce n'est probablement pas par hasard, tant le constat que nous avons fait remet en cause nos cultures et modes de fonctionnement.

Omar Brix

Médecin et enseignant de santé publique,
Institut national du cancer,
Boulogne-Billancourt.

1. www.sante.gouv.fr puis thèmes/accédez à tous les dossiers puis V : Violences.

2. Dans le cadre de la nouvelle organisation des soins aux détenus instaurée par la loi du 18 janvier 1994.

3. Sept axes génériques d'action ont été mis en débat : mieux délimiter, mieux connaître, mieux comprendre, mieux gérer les conséquences au plan de la santé, mieux prévenir, un programme de recherche innovante et des coopérations élargies (cf. pour plus de détails le rapport dans son intégralité).

Bibliographie

La question des violences dans ses liens avec la santé nous a paru tantôt relativement documentée, tantôt assez modeste. La bibliographie qu'il nous a été donné de consulter paraît assez disparate et difficilement accessible. Un travail plus systématique et plus orienté reste à faire.

Des documents de référence :

- le texte de loi relative à la politique de santé publique (n° 2004-806) du 9 août 2004 ;
- le résumé du Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS, Genève, 2002 ;
- le rapport du Haut Comité de la santé publique Violences et Santé, mai 2004 ;
- le rapport d'un groupe de travail Dhos, ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Police et de la Défense portant sur « Conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire » et achevé en juillet 2003 ;
- les textes des recommandations de la conférence de consensus sur « L'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue » organisée par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Paris, 2 et 3 décembre 2004 ;

Une bibliographie repérée au fil des travaux :

- trois documents de présentation (février, septembre 2004) et des extraits du rapport d'activité 2003 du centre d'action éducative de Créteil (Annette Guinaud, Jean Oscar M'benoun, Félix Montjouvent) ;
- la revue d'éducation pour la santé de l'INPES, *La Santé de l'homme*, dont le dossier du n° 366 a été consacré à « Prévenir les violences », juillet-août 2003.
- une plaquette d'information et un manuel « Face à la violence – la violence, des réponses pour l'école » du groupe Gaspar, académie de Lille 1998-2000 (voir encadré dans l'article de J. Fortin, p. 18).

Développer la prévention de la violence en lien avec l'emploi

Président de la commission « Violence, travail, emploi, santé » de la mission Tursz, le psychanalyste et psychiatre Christophe Dejourns préconise, entre autres mesures, de créer des centres de consultations spécialisées pour prendre en charge les personnes victimes de violence au travail. Synthèse.

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé, l'une des six commissions qui se sont constituées était chargée de travailler sur le thème « Violence, travail, emploi, santé ». Elle était présidée par Christophe Dejourns, professeur de psychologie au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)¹, et composée au total de seize experts (psychologues du travail, psychiatres, sociologues, médecins, inspecteur du travail, maîtres de conférences, chercheurs, etc.). Le rapport de la commission – cent quarante pages – est disponible sur le site du ministère de la Santé². Il n'a pas été rédigé collectivement mais par son président, Christophe Dejourns, qui explique que ce choix a été fait pour plusieurs raisons : d'une part, en raison des délais courts requis pour réaliser son expertise – la commission n'a pu travailler que cinq demi-journées –, trop peu pour qu'une synthèse puisse être élaborée collectivement ; d'autre part, parce que les divergences apparues pendant les séances de travail « n'ont pas pu être suffisamment débattues en raison du temps imparti ».

S'il n'est pas possible ici de résumer l'ensemble des préconisations de l'auteur, en voici quelques éléments-clés :

- Production des connaissances : beaucoup de questions soulevées lors des travaux de la commission « requièrent des recherches spécifiques pour combler les lacunes des données existantes », à commencer par la description et la connaissance des phénomènes de violence au travail. Il faut développer des enquêtes qualitatives « dirigées par des chercheurs ou des praticiens possédant une double compétence en clinique et en psychopathologie, d'une part, en sciences du travail, d'autre part », ou à

tout le moins « favoriser le développement de la recherche en partant du terrain et de la demande clinique et sociale concrète ». Ensuite, il est nécessaire de mener des enquêtes quantitatives sur la violence au travail et sur ses conséquences pour la santé. Il faut aussi développer la recherche de terrain « sur ses conséquences de la violence liée au chômage (...) ou encore la violence dans le travail clandestin et la sous-traitance en cascade ». Plus globalement, il convient de structurer le milieu de la recherche et de lui donner davantage de moyens, lesquels sont actuellement « notoirement insuffisants ».

- En matière de repérage, orientation et prise en charge des personnes victimes de violence au travail, quelle que soit sa forme, Christophe Dejourns préconise la création de « centres de consultations spécialisées », unités fonctionnelles réunissant en un même lieu des cliniciens (médecins du travail, psychiatres, psychologues, etc.) et des praticiens et spécialistes en sciences du travail (inspecteurs du travail, médecins inspecteurs du travail, sociologues du travail, etc.). Sur le plan des soins, les professionnels de cette structure établiraient un diagnostic du patient (adressé par le médecin traitant, le médecin du travail ou un autre praticien) et mettraient en œuvre les « mesures immédiates de sauvegarde » quand elles sont nécessaires. Les centres de consultations devraient être dotés de moyens humains et matériels permettant d'intervenir sur le terrain à la demande des entreprises et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

- Actions sur les causes de la violence en rapport avec le travail et le non-emploi : la prévention de la violence au

travail passe notamment par « une attention soutenue portée à l'organisation du travail », pour lever les nombreux obstacles à la prévention, il faut développer la double compétence psychologie clinique/psychopathologie du travail chez les professionnels intervenants, comme indiqué plus haut, former aussi les membres des CHSCT (faute d'expérience et de formation, les délégués sont souvent désemparés face à cette problématique), former les cadres et dirigeants d'entreprise sur les relations entre organisation du travail, genèse et prévention de la violence, inciter les directions des entreprises à concevoir et maintenir des espaces de discussion de l'organisation du travail, ne pas faire obstacle à la formation d'espaces informels type cafétéria, qui sont toujours des lieux de convivialité. Les CHSCT en particulier « devraient pouvoir jouer un rôle majeur dans la prévention de la violence mais aussi dans la protection des salariés et pour les retours d'expérience des situations de crises » ; les compétences des CHSCT devraient être étendues aux questions de santé mentale. Les services de santé au travail devraient aussi « jouer un rôle majeur dans la prévention, dans la mesure où les consultations systématiques et les consultations spontanées des salariés peuvent fonctionner comme un véritable observatoire des situations à risque de violence », souligne Christophe Dejourns. Enfin, en ce qui concerne l'extérieur de l'entreprise, l'auteur insiste tout particulièrement sur le fait que la prévention efficace de la violence passe par l'accès des jeunes gens au travail.

Y. G.

1. Directeur du laboratoire de psychologie du travail et de l'action.

2. www.sante.gouv.fr; cliquer sur « Accédez à tous les dossiers » puis dans « Violences » : « Violence et Santé ».

Entretien avec le docteur Étienne G. Krug, directeur du département pour la prévention de la violence et des traumatismes à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

« La violence est aussi un problème de santé publique »

La violence fait autant de victimes dans le monde que des pandémies comme la malaria ou la tuberculose. Directeur du département de la prévention de la violence à l'OMS, Étienne G. Krug a piloté le rapport Violence et Santé, point de départ de l'action de l'OMS dans ce domaine. Ce médecin souligne l'urgence à former les professionnels – et pas seulement dans les pays en développement – pour mieux détecter et prendre en charge les victimes de violences physiques mais aussi psychologiques.

La Santé de l'homme : Quels sont les principaux enseignements du rapport Violence et Santé (1) que vous avez coordonné pour l'Organisation mondiale de la santé ?

Étienne G. Krug : Je souhaite en préambule souligner la complexité de la relation entre la violence et la santé. Il s'agit bien d'un problème que nous identifions au moyen de données fiables et, pourtant, nous commençons seulement à en découvrir la réelle importance. Chaque année, 1,6 million de personnes meurent dans le monde du fait de la violence. Ce chiffre est plus important que le nombre des décès imputés à la malaria et à peu près équivalent au nombre de cas mortels dus à la tuberculose ; ces deux maladies sont classées au plus haut niveau de l'agenda santé publique dans le monde. Et de nombreuses études apportent des éléments supplémentaires : ainsi entre 10 et 69 % des femmes interrogées dans différents pays disent, par exemple, avoir été abusées physiquement à un moment ou l'autre par un partenaire, que ce soit leur mari ou quelqu'un de leur entourage. Dans de nombreux pays, entre 10 et 20 % des adultes interrogés affirment avoir été abusés sexuellement au cours de leur enfance. Ces données soulignent l'impact important de la violence sur une grande proportion de la population mondiale.

S. H. : Cela veut-il dire que quantifier la relation entre violence et santé

implique de prendre en compte d'autres facteurs ?

Oui. Quand nous parlons des décès, des traumatismes physiques et des handicaps qui résultent des violences, nous ne prenons en compte qu'une partie des conséquences. Il y a, selon moi, un impact sur la santé mentale très important. Les victimes de violence souffrent plus souvent de dépression, d'anxiété, d'insomnies, etc. Comment ne pas prendre en compte les effets de grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles, le sida, par exemple, qui résultent de cas de viols ? Lors d'études faites aux États-Unis sur les conséquences à très long terme de la maltraitance infantile, nous avons constaté que des adultes, victimes de violence lors de leur enfance, avaient une plus grande probabilité de fumer, de consommer de l'alcool et d'adopter un mode de vie à risque. Dans les années à venir, nous allons de plus en plus prendre conscience du fait qu'une proportion non négligeable des maladies chroniques – ou d'autres problèmes de santé – ont des liens avec la violence.

Si l'on prend en compte le nombre des homicides, par exemple, il existe des différences entre les régions du monde. Les taux les plus élevés se trouvent en Afrique et en Amérique du Sud et les plus faibles sont comptabilisés en Europe et dans certains pays d'Asie. Les données OMS sur les violences faites aux femmes indiquent qu'il est plus pertinent de réfléchir en années de vie

dans la souffrance qu'en décès. Même constat en ce qui concerne la maltraitance physique, où, là, tout indique qu'il n'y a pas de différence entre les continents. Qu'un pays soit riche, pauvre, développé économiquement ou en développement, et dans toutes les communautés du monde, il existe un niveau de violence non négligeable.

S. H. : Concernant la prévention, votre rapport a mis en exergue la nécessité de s'appuyer sur la formation des professionnels de santé et de s'ouvrir à l'éducation pour la santé. Comment ?

C'est pour nous, à l'OMS, une question très importante. Je suis médecin. J'ai été formé il n'y a pas si longtemps que cela en Europe et, dans le cadre de ma formation, la violence en tant que problème de santé publique n'a jamais été abordée. En matière de formation, il y a donc beaucoup à faire. Mais des efforts sont, aujourd'hui, faits dans de nombreuses formations proposées en direction des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de santé. Il est important que les professionnels soient formés pour pouvoir mieux repérer les victimes de violence, prendre en compte leurs difficultés pour en parler. Expliquer combien ces acteurs de santé ont un rôle prédominant dans la détection des violences. Comment aussi apporter un premier soutien social, mental, économique, juridique et administratif, etc. Nous savons qu'il y a énormément à faire

pour apporter un soutien aux victimes. Je pense aussi qu'il y a moyen, à travers le système de santé et à travers les contacts que les patients peuvent avoir avec les professionnels de santé, de contribuer à la prévention de la violence.

S. H. : L'OMS conduit-elle des programmes éducatifs spécifiques sur la prévention de la violence ?

Nous conduisons plusieurs programmes de ce type, parmi ceux-ci le « *Teach VIP, violence and prevention* », programme de soixante heures qui couvre les différents aspects de la violence. Cette formation est destinée aux écoles de santé publique dans lesquelles sont formés des experts en santé tels que les médecins, les infirmières, etc. ; elle est utilisée dans certaines écoles et disponible sur cédérom. Ce programme a été construit d'une manière interactive pour aider les professionnels de la santé à collecter les données sur les facteurs de risques, à mettre en place des programmes de prévention et des services pour les personnes victimes de violences. Ce module de formation a été pensé avec l'idée que dans de nombreuses écoles de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde, il n'existe pas d'enseignement dans ce domaine. D'autres initiatives se sont développées ; ainsi il existe un enseignement à Montréal qui incorpore des aspects de la prévention de la violence, un réseau francophone pour la prévention des traumatismes qui regroupe des Français, des Belges, des Suisses, des Canadiens, des Africains, le Réfips¹. Il organise, chaque année, un séminaire pour les professionnels de la santé. Le dernier a eu lieu l'année dernière en Algérie.

S. H. : Quelle est la principale recommandation de l'OMS sur la violence et l'éducation à la santé ?

Il y a urgence à attirer l'attention sur le fait que la violence est un problème de santé publique. Pour simplifier, dans de nombreux pays, la violence est réduite à une question liée à la justice et la répression. Or, des efforts sont importants dans le domaine de la prévention primaire, et la santé publique a un rôle à jouer. La prévention primaire inclut non seulement les soins appro-

priés en direction des victimes mais aussi les méthodes d'accompagnement, l'écoute des patients, le relationnel. Des études ont démontré que des enfants abusés, par exemple, en grandissant, peuvent devenir violents eux aussi. Chaque acteur de santé, médecin, infirmière, professionnel de la prévention, éducateur, a sa place dans cette prévention.

S. H. : L'éducation pour la santé dans la prévention de la violence en est-elle à son balbutiement ?

Il nous reste beaucoup de chemin à faire. Notre rôle principal – et c'était l'un des objectifs du rapport – est d'attirer l'attention des États sur les relations entre la violence et la santé. Je suis d'ailleurs heureux que la France ait commandité une étude spécifique (*NDLR : rapport Tursz, voir l'interview d'A. Tursz p. 12*). Mais nous avons également pour ambition de mobiliser les professionnels de la santé. Il nous faut comprendre plus en détail les implications de la violence sur la santé et, pour cela, nous avons besoin des professionnels de la santé. Comment faire une bonne éducation pour la santé pour que les médecins, qui sont très occupés, les infirmières, qui sont surchargées, et les associations prennent en charge ce défi ?

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) : lieu d'échanges pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Regroupe environ 500 membres répartis sur une trentaine de pays de la francophonie. Ses axes de travail prioritaires : le développement de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Pour en savoir plus : www.refips.org

Au Canada, éducateurs et policiers font équipe

Le Canada, et le Québec en particulier, figure en bonne place parmi les pays auteurs d'initiatives de prévention des violences citées par Étienne G. Krug (*voir interview ci-avant*). Pierre Maurice, coordonnateur scientifique sur la sécurité et la prévention des traumatismes à l'Institut national de santé publique du Québec, a piloté un symposium sur le thème « Promouvoir la sécurité, prévenir la violence : quand les réseaux font équipe », les 26 et 27 octobre 2006, dans le cadre des 10^{es} Journées annuelles de santé publique. Il souligne la pertinence de travailler en réseau en associant éducateurs, enseignants, intervenants de santé publique, policiers mais aussi les professionnels des communes et les intervenants communautaires (en particulier les associations). « *Les actions de promotion de la sécurité et de prévention de la violence nécessitent un décloisonnement des secteurs* », explique-t-il. Lors de ce symposium, plusieurs dizaines d'initiatives ont été présentées, parmi lesquelles l'évolution des politiques de prévention de la délinquance en Europe, les avantages et difficultés de l'approche par milieu de vie au Québec, le travail en réseau des professionnels pour faire face au phénomène des « gangs des rues » avec une approche préventive travaillant sur la « désaffiliation » et la façon d'intervenir auprès des jeunes des gangs. Parmi les outils présentés figurait une trousse de prévention de la criminalité également conçue au Québec.

Pour en savoir plus : www.inspq.qc.ca/jasp

(1) Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, 2002 : 376 p. En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242545619.pdf>

Pour en savoir plus

Cette rubrique s'articule autour des thèmes des six commissions de travail qui ont préparé le plan Violence et Santé. Chaque partie comprend des références bibliographiques et, le cas échéant, des adresses de sites Internet et d'organismes ressources. Nous proposons également une liste d'outils pédagogiques et d'ouvrages de littérature jeunesse ainsi qu'un répertoire de services d'aide et d'écoute téléphonique destinés aux victimes de violence.

À noter qu'un dossier de *La Santé de l'homme* daté de juillet-août 2003, n° 366, a porté sur la prévention des violences. On pourra donc se référer à la rubrique « Pour en savoir plus » de ce numéro. Les adresses des sites Internet ont été consultées et vérifiées le 3 mai 2007.

GÉNÉRALITÉS

► Bibliographie

- Conseil de l'Europe. *Rapport final du projet intégré « Réponses à la violence quotidienne dans une société démocratique »* 2002-2004. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2004 : 59 p. http://www.coe.int/t/f/projets_integres/violence/09_rapport_final/02RapportFinal.asp#TopOfPage
- Gabel M. (coord.) *Maltraitements*. Revue ADSP 2000 ; 31 : 19-66. <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=53&menu=111282>
- Haut Comité de la santé publique. *Violences et santé*. Paris : La Documentation française, 2004 : 190 p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000405/0000.pdf>
- INPES. *Prévenir les violences*. Dossier de La Santé de l'homme 2003 ; 66 : 11-41.
- Michaud Y. *La violence*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 2004 : 85 p.
- Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS, 2002 : 376 p. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Tursz A. (Coord.) *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé. Rapport général*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 124 p. http://www.sante.gouv.fr/html/actu/violence_sante/rapport.pdf

► Sites Internet

Non-violence actualité

NVA, centre de ressources, crée et diffuse de multiples ouvrages et outils pédagogiques sur la prévention des violences et l'éducation à la résolution non violente des conflits. Il a, en outre, publié deux numéros spéciaux :
– *La santé publique face à la violence*. Non-violence Actualité 2003 ; 269 p.
– *De l'éducation pour la santé à la prévention de la violence : des programmes pour renforcer les compétences relationnelles dès l'enfance*.

Non-violence Actualité 2006 ; 284 p.
NVA : BP 241 – 45202 Montargis Cedex
Tél. : 02 38 93 67 22
Fax : 02 38 93 74 72
E-mail : nonviolence.actualite@wanadoo.fr
<http://www.nonviolence-actualite.org>

PÉRINATALITÉ, ENFANTS ET ADOLESCENTS

- Baudier F. *Rapport de la commission « Périnatalité, enfants et adolescents » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 85 p. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/violence_sante/perinatalite.pdf

► Bibliographie

- Carra C., Faggianelli D. *École et violence*. Problèmes politiques et sociaux 2006 ; 923 : 119.
- Debarbieux E. *La violence en milieu scolaire. 1- État des lieux*. Paris : ESF, coll. Actions sociales, série Confrontation, 1996 : 180 p.
- Debarbieux E. (sous la dir.), Garnier A., Montoya Y., Tichit L. *La violence en milieu scolaire. 2- Le désordre des choses*. Paris : ESF, coll. Actions sociales, série Confrontation, 2000 : 190 p.
- DeFrance B. *Violences scolaires : les enfants victimes de la violence à l'école*. Paris : Syros, coll. École et société, 2000 : 156 p.
- Doudin P.-A., Erkohen-Marküs M. *Violence à l'école : fatalité ou défi ?* Bruxelles : De Boeck, coll. Pratiques pédagogiques, 2000 : 380 p.
- Fortin J. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris : Hachette Livre, coll. Pédagogie pratique à l'école, 2001 : 144 p.
- Fotinos G., Fortin J. *Une école sans violences ?* Paris : Hachette Éducation, coll. Pédagogies pour demain, 2000 : 384 p.
- Guérin V. *À quoi sert l'autorité ? : s'affirmer - respecter - coopérer*. Lyon : Chronique sociale, 2003 : 219 p.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Plan Périnatalité 2005-2007 – Huma-*

nité, proximité, sécurité, qualité. Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004 : 42 p.

<http://www.sante.gouv.fr/html/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>

- Pain J. *L'école et ses violences*. Paris : Economica, Anthropos, 2006 : 181 p.
- Pourtois J.-P. *Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention*. Bruxelles : De Boeck université, 2000 : 296 p.
- Rey C. *Les adolescents face à la violence*. Paris : Syros, coll. Alternatives sociales, 2000 : 352 p.
- Tartar Goddet E. *Prévenir et gérer la violence en milieu scolaire*. Paris : Retz, coll. Éducation, 2006 : 256 p.
- Titley G. *Les jeunes et la prévention de la violence*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2006 : 58 p.
- Vaillant M., Laouenan C., Livache P. (ill.). *Quand les violences vous touchent*. Paris : De la Martinière Jeunesse, coll. 2004 : 109 p.

GENRE ET VIOLENCE

- Lebas J. *Rapport de la commission « Genre et Violence » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 40 p. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/violence_sante/genre_et_violence.pdf

► Bibliographie

- Amnesty international. *Les violences faites aux femmes en France : une affaire d'État*. Paris : Autrement, 2006 : 205 p. <http://web.amnesty.org/library/index/fraeur210012006>
- Bier B. (sous la dir.). *Rapports de sexe, rapports de genre : entre domination et émancipation*. Enjeux 2002 ; 128 : 235 p. <http://www.cndp.fr/lesScripts/bandeau/bandeau.asp?bas=http://www.cndp.fr/revue-Vei/som128.htm>
- Bourdieu P. *La domination masculine*. Paris : Seuil, 1998 : 134 p.

- Djider Z., Vanovermeir S. Institut national de la statistique et des études économiques. *Des insultes aux coups : hommes et femmes face à la violence*. Insee première 2007 ; 1124 : 4 p. <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1124/ip1124.html>
- Gillioz L., de Puy J., Ducret V. *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne : Éd. Payot-Lausanne, 1997 : 269 p.
- Henrion R. Ministère de la Santé et des Solidarités. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2001. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/sommaire.htm>
- Héritier F. *Masculin – Féminin, dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob, 2002 : 443 p.
- Jaspart M., Brown E., Condon S. Ministère du Travail. *Les violences envers les femmes en France*. Paris : La Documentation française, 2003 : 374 p.
- Mayerl R., City & Shelter. *Les hommes et la violence*. In : Conseil de l'Europe. *Réponses à la violence dans une société démocratique*. Bruxelles : Conseil de l'Europe, 2002. http://www.cityshelter.org/14_viol/02synt.htm

► Sites Internet

Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité

Le site relaie la campagne de mars 2007 « Violences conjugales, parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire, appelez le 3919 » et propose de nombreux dossiers documentés sur la thématique de genre ainsi que des informations pratiques sur les questions relatives à l'égalité. <http://www.femmes-egalite.gouv.fr/>

Savoirs, genre et rapports sociaux de sexe (SAGESSE) – Université de Toulouse – Le Mirail

Ce site expose le fruit des recherches de cette équipe dirigée par Mme Le Feuvre. On y trouve notamment les différentes publications du groupe, ainsi qu'un accès au catalogue collectif

« GENRE », qui permet la localisation des documents sur les femmes, le genre, l'égalité hommes-femmes...

http://www.univ-tlse2.fr/LBO30/0/fiche___laboratoire/&RH=erech

Sénat – La lutte contre les violences conjugales

Le site Internet du Sénat propose une étude de législation comparée ; elle analyse, dans sept pays européens, les mesures extrêmement variées adoptées pour lutter contre les violences conjugales.

<http://www.senat.fr/lc/lc144/lc144.html>

PERSONNES AGÉES ET HANDICAPÉES

- Joël M.E. *Rapport de la commission « Personnes âgées et personnes handicapées » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 70 p. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/pa_ph.pdf

► Bibliographie

- Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANA0720906D>
- Bas P. *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Paris : ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2007 : 30 p. http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/bientraitance_maltraitance/presentation_plan.pdf
- Sénat. *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en institution et les moyens de la prévenir*. Paris : Sénat, 2003 : 249 et 459 p. <http://www.senat.fr/commission/enquete/Handicapés/Index.html>
- Inspection générale des affaires sociales. *Évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'État dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Paris : La documentation française, 2006 : 64 p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000352/0000.pdf>
- Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales. *Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : prévenir, repérer, agir*. Livre blanc. Paris : Una-

pei, 2000 : 70 p.

- Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux Rhône-Alpes. *Prévoyance et vigilance face aux situations de maltraitance*. Carnet de route. Lyon : Uriopss, 2005 : 56 p.
- Debout M. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003 : 81 p.
- Gineste Y. *Silence, on frappe... : de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Milly-la-Forêt : Animagine, 2004 : 328 p.

► Sites Internet

Ministère délégué aux Personnes âgées

Ce site propose un dossier sur la maltraitance, qui comprend :

- le dossier, septembre 2003 (actualisé en mars 2007) ;
- des extraits du cd-rom *La maltraitance des personnes âgées*, mai 2005 ;
- le premier bilan de l'expérimentation menée dans cinq départements (mars-septembre 2004) par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées ;
- la plaquette *Lignes de vie-Lignes de conduite* ;
- le guide de gestion des risques de maltraitance en établissement du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.

<http://www.personnes-agees.gouv.fr>

► Organismes ressources

Alma France

L'objectif de cette association consiste à prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, victimes privilégiées de violences perpétrées dans le cadre familial ou institutionnel. Pour ce faire, Alma France a constitué un réseau d'écoute avec un numéro national : 08 92 68 01 18.

Alma France : BP 1526 – 38025 Grenoble Cedex Tél. : (33) 04 76 84 20 40

Fax : (33) 04 76 21 81 38

E-mail : contact@alma-france.org

<http://www.alma-france.org>

SANTÉ MENTALE

- Lovell A. M. *Rapport de la commission « Violence et Santé mentale » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 79 p.

► Bibliographie

- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 98 p. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf

- Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 2001 : 182 p.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- Lepoutre R., De Kervasdoué J. *La santé mentale des Français*. Paris : Odile Jacob, 2002 : 412 p.
- Joubert M. *Santé mentale, ville et violence*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2003 : 357 p.

► Organismes ressources

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)

Cette association œuvre pour la promotion de la santé mentale et de la défense des personnes souffrant de troubles psychologiques. Son site comprend une partie sur la violence et la santé mentale : http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-108&lang=2
ACSM : 180 rue Dundas ouest - bureau 2301 – Toronto ON M5G 1Z8 – Canada
Tél. : 00 (416) 484-7750
Fax : 00 (416) 484-4617
E-mail : info@acsm.ca
<http://www.cmha.ca/bins/index.asp>

VIOLENCE ET TRAVAIL

- Dejours C. *Rapport de la commission « Violence, travail, emploi, santé » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 139 p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/travail.pdf

► Bibliographie

- Chappel D., Di Martino V. *La violence au travail*. Genève : BIT, 2000 : 193 p.
- Debout M. *Harcèlement moral au travail : rapport 2001-2007*. Paris : Conseil économique et social, 2001 : 120 p.
<http://www.ces.fr/rapport/doclon/01041107.PDF>
- Debout M. *Travail, violences et environnement*. Paris : Conseil économique et social, 1999 : 146 p.
<http://www.ces.fr/rapport/doclon/99112420.PDF>
- Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail*. Dublin : Fondation européenne, 2003 : 102 p.
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/109/fr/1/ef02109fr.pdf>
- Gbezo B. E. *Agressivité et violences au travail : comment y faire face*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2000 : 184 p.
- Hirigoyen M.-F. *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris : Syros, 1999 : 192 p.

► Organismes ressources

Organisation internationale du travail

L'OIT a été créée en 1919. Le Bureau international du travail, créé en 1920, en constitue le secrétariat permanent. Ses objectifs consistent à promouvoir la justice sociale pour les actifs du monde entier, à élaborer des programmes pour améliorer les conditions de travail, et à fixer des normes internationales minimales à respecter dans le travail.

OIT : 4, route des Morillons – CH-1211 Genève 22 – Suisse
Tél. : 00 41 (0) 22 799 6111
Fax : 00 41 (0) 22 798 8685
E-mail : ilo@ilo.org
<http://www.ilo.org/global/lang-fr/index.htm>

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

Organe de l'Union européenne créé en 1975, la Fondation a pour mission de contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail.
Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail : avenue d'Auderghem, 18 B – 1040 Brussels – Belgium
Tél. : 00 32 2 280 64 76 / 00 32 2 230 51 61
Fax : 00 32 2 280 64 79
E-mail : Brussels.office@eurofound.europa.eu
<http://www.eurofound.europa.eu>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

Agence rattachée à l'Union européenne, elle collecte et diffuse des informations destinées à améliorer l'état de la sécurité et de la santé au travail en Europe. Elle publie notamment des fiches d'informations, Facts, qui sont accessibles en ligne :
<http://osha.europa.eu/publications/factsheets>
Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : Gran Via 33 E – 48009 Bilbao – Espagne
Tél. : 00 34 944-794-360
Fax : 00 34 944-794-383
E-mail : information@osha.europa.eu
<http://osha.europa.eu>

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

Association loi 1901, soumise au contrôle financier de l'État, constituée sous l'égide de la Cnamts, l'INRS conduit des programmes d'études et de recherches pour améliorer la santé et la sécurité de l'homme au travail. Il propose de nombreux dossiers sur son site web, ainsi que des vidéos :
– Travail et agressions. État des lieux et prévention des risques.
– Harcèlement moral : généralités.
– Santé mentale au travail.
– J'ai mal au travail. Stress, harcèlement moral et violences. Vidéo, 2004.

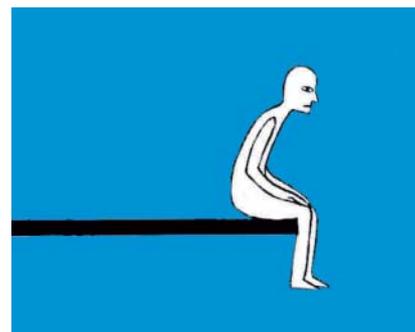
- Face à la violence. Vidéo, 2001.
 - Après coup. Vidéo, 2001.
- INRS : 30, rue Olivier-Noyer – 75680 Paris Cedex 14
Tél. : (33) (0)1 40 44 30 00
Fax : (33) (0)1 40 44 30 99
E-mail : service.diffusion@inrs.fr
<http://www.inrs.fr/>

INSTITUTIONS, ORGANISATIONS ET VIOLENCE

- Brixi O. *Rapport de la commission « Institutions, organisations et violence » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 85 p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/institutions.pdf

► Bibliographie

- Blaya C. *Violences et maltraitances en milieu scolaire*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2006 : 122 p.
- Danancier J. *Évaluer et prévenir la violence dans les établissements sociaux*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2005 : 240 p.
- Gabel M., Jésus F., Manciaux M., et al. *Maltraitances institutionnelles*. Paris : Fleurus, coll. Psychopédagogie, 1998 : 305 p.
- Lagrula-Fabre M. *La violence institutionnelle : une violence commise sur des personnes vulnérables par des personnes ayant autorité*. Paris : L'Harmattan, 2005 : 574 p.
- Le Cloître F. *Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, direction générale de l'Action sociale. Statistiques sur la maltraitance dans les structures sociales et médico-sociales*. Paris : direction générale de l'Action sociale, 2002 : 46 p.
http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/mal_2001.pdf
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales : guide méthodologique*. Rennes : ENSP, 2000 : 95 p.



► Sites Internet

Éduscol – La prévention de la violence en milieu scolaire

Le site pédagogique du ministère de l'Éducation nationale propose un dossier sur le thème ; il présente la politique de prévention du ministère et les initiatives engagées avec les partenaires institutionnels. On y trouve également des guides d'information à destination des équipes éducatives : « Réagir face aux violences en milieu scolaire » et « Apprendre sans violence : de la violence à la compréhension ».

<http://eduscol.education.fr/D0203/accueil.htm>

Serpsy – Soins, étude et recherche en psychiatrie

Serpsy est un espace de réflexion et d'échange autour de la relation soignant/soigné. Dans la rubrique « Pistes de recherche », on trouvera un espace « Violence... de quoi parlons-nous » consacré aux témoignages de soignants confrontés quotidiennement à la violence.

www.serpsy.org

Ministère de l'Éducation nationale – La prévention et la lutte contre la violence

Il s'agit ici de la présentation de la circulaire interministérielle de 2006 sur la prévention et la lutte contre la violence en milieu scolaire. Le site propose également de nombreux outils et documents d'accompagnement à l'intention des jeunes, de leurs parents et du corps enseignant.

<http://www.education.gouv.fr/cid3913/la-prevention-et-la-lutte-contre-la-violence.html>

► Organismes

Observatoire international des prisons

L'OIP s'attache à promouvoir le respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles des personnes incarcérées. Il publie la revue bimestrielle *Dedans dehors* sur l'actualité des prisons, les évolutions en cours, mais aussi des pistes de réflexion quant au respect de la dignité en milieu carcéral et au développement des alternatives à l'incarcération.

<http://www.oip.org>

Ban public

Cette association a pour mission d'informer sur l'incarcération, la détention et l'aide à la réinsertion. Son site Internet met à disposition de très nombreuses ressources documentaires.

<http://www.prison.eu.org/>

OUTILS PÉDAGOGIQUES ET LITTÉRATURE JEUNESSE

• Adosen, mutuelle générale de l'Éducation nationale, Fédération des autonomes de solidarité. *Prévenir la violence scolaire*. Paris : Adosen, 2002, cd.

• Boubault G., Baltzer P. *14 cartes pour apprendre à vivre ensemble*. Montargis : Non-violence actualité, 2004, quatorze cartes.

• De Saint-Mars D., Bloch S. *Maltraitance, non !* Paris : Bayard jeunesse, coll. Les petits guides pour comprendre la vie, 2004 : 40 p.

• Girardet S., Rosado P. *Silence, la violence !* Paris : Hatier, coll. Citoyens en herbe, 2004, six livrets.

• Gonnat G. *État de violence : un film pour en parler*. Pantin : La cathode, 1996, 26 min., un livret.

• Labbé B., Puech M. *La violence et la non-violence*. Toulouse : Milan jeunesse, coll. Les goûters philo, 2006 : 43 p.

• Reumaux T., Gailliot M. *Je vais l'dire !* Pantin : La cathode, 2002, 52 min.

• Vaillant M., Laouenan C., Livache P. (ill.). *Quand les violences vous touchent*. Paris : De la Martinière Jeunesse, coll. 2004 : 109 p.

SERVICES D'AIDE TÉLÉPHONIQUE

SOS Viol femmes informations

[0 800 05 95 95]

Service téléphonique proposé par le Collectif féministe contre le viol (www.cfcv.asso.fr) pour écouter, informer, soutenir les personnes victimes de violences sexuelles.

Appel gratuit – service ouvert du lundi au vendredi de 10 h à 19 h

Violence conjugale femmes info service [39 19]

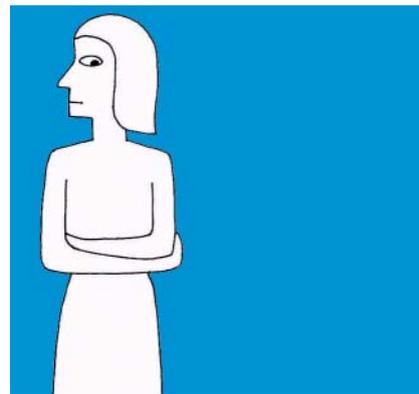
Service téléphonique de la Fédération nationale solidarité femmes (www.solidaritefemmes.asso.fr) pour écouter, soutenir et orienter les femmes victimes de violences conjugales.

Appel au tarif d'une communication locale ou nationale. Service ouvert le lundi et du mercredi au samedi de 7 h 30 à 23 h 30, et le mardi de 13 h 30 à 15 h 30. Les jours fériés, le service est ouvert de 10 h à 20 h.

Alma : Allô maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées

[08 92 68 01 18]

Alma est un réseau d'écoute et de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées et des personnes dépendantes. Il propose un service d'écoute, d'orientation et de conseil, en s'appuyant sur les valeurs de confidentialité, de respect et d'impartialité. Les écoutants sont bénévoles. Ce service s'adresse aux personnes âgées et handicapées elles-mêmes, mais aussi aux professionnels qui travaillent auprès d'elles, notamment à domicile. Il est proposé par l'association Alma France (www.alma-france.org), sous convention avec le ministère de la Santé et des Solidarités.



L'appel au 08 92 68 01 18 est facturé 34 centimes la minute. Du lundi au vendredi de 9 h 30 à 11 h 30 et de 14 h à 16 h, il est possible de joindre un correspondant pour obtenir les coordonnées du centre d'appel local le plus proche. Ces coordonnées sont également disponibles sur serveur vocal.

Fil santé jeunes [0 800 235 236]

On ne présente plus Fil santé jeunes, le numéro Vert proposé par l'École de parents et des éducateurs (EPE), association reconnue d'utilité publique créée en 1929.

Le numéro est accessible tous les jours de et est complété par des services en ligne <http://www.filsantejeunes.com> : chat, forums, « boîte à questions », informations, dossiers, etc. Numéro gratuit ouvert tous les jours de 8 h à 24 h.

Jeunes violence écoute [0 800 20 22 23]

Fin février, la création de ce numéro Vert a fait partie d'une opération menée par le conseil régional d'Ile-de-France ; elle est destinée à répondre à la montée des violences scolaires et du racket qui touchent les jeunes Franciliens. Ce numéro a pour objectif de permettre à ces jeunes d'être écoutés et aidés par des spécialistes : médecins, psychologues, juristes...

Le dispositif s'accompagne également d'un site Internet : <http://www.jeunesviolencesecoute.fr> Numéro gratuit, accessible tous les jours de 8 h à 23 h.

Enfance maltraitée [119]

Le groupement d'intérêt public Enfance maltraitée emploie des professionnels, médecins, juristes, psychologues pour écouter des enfants qui ont été agressés. Ce numéro s'adresse aussi aux témoins de ces actes ou qui en ont eu connaissance par témoignage.

Numéro gratuit, accessible 24 h/24. En complément, on trouve une rubrique questions/réponses, des forums et informations pour les jeunes, les enfants et les adultes sur le site <http://www.allo119.gouv.fr>

Olivier Delmer, Céline Deroche, Ève Gazzola
Documentalistes, INPES.

Entretien avec Françoise Galland, directrice de l'association Sparadrap

Patients-soignants : un poster pour faciliter la communication

Comment savoir ce qui est bon – ou pas bon – pour un enfant hospitalisé s'il ne peut pas communiquer avec l'équipe soignante ? Partant d'un besoin ressenti dans les hôpitaux, l'association Sparadrap a créé un poster à scotcher à côté du lit de l'enfant hospitalisé. Prétesté en milieu de soins pour combler les manques réellement ressentis, il est souvent rempli de concert par la famille et l'équipe soignante. L'enfant est ainsi naturellement placé au centre de cette démarche, ce qui contribue à améliorer son quotidien dans toute structure de soins.

La Santé de l'homme : Comment l'association Sparadrap a-t-elle eu l'idée de créer une affiche pour faire le lien entre la famille d'un enfant hospitalisé ne pouvant pas communiquer et le personnel soignant ?

Françoise Galland : Ce projet est directement lié à un constat d'une insatisfaction maintes fois exprimée de personnels accompagnant des enfants polyhandicapés, qui remarquent que la transmission des informations en direction de services hospitaliers qui doivent réaliser une intervention n'est pas bonne. Il ne s'agit évidemment pas ici d'un jugement critique, mais vraiment d'un constat partagé par l'ensemble d'une profession qui se trouve confrontée à des enfants ou adultes polyhandicapés, personnes intubées, bébés, auxquels il faut apporter des soins. La communication directe n'existe pas. Il est donc nécessaire d'aider au mieux ces personnels, particulièrement ceux qui accueillent momentanément ces patients à l'hôpital, par exemple, ou qui assurent un transfert dans un autre service. Le projet est né de ce constat et de discussions lors d'une formation que nous assurions, il y a maintenant plus de deux ans, au centre héliomarin de Saint-Trojan-les-Bains¹, en Charente-Maritime.

S. H. : Comment la réflexion s'est-elle organisée autour de cet outil ?

L'équipe du centre héliomarin avait entendu parler du travail de notre asso-

ciation notamment sur cette recherche de lien que nous savons nécessaire entre l'enfant, les parents et les professionnels de santé, surtout en milieu hospitalier. Notre président, Didier Salmon, anesthésiste en pédiatrie à l'hôpital Trousseau à Paris, a été alerté de ce fait alors qu'il faisait une formation au centre. Même si le handicap n'est pas notre spécialité, nous avons rapidement pensé que nous pouvions apporter des éléments de réflexion. L'idée de créer un document sous la forme d'une affiche est ainsi née. Nous avons travaillé avec l'équipe du centre et nous avons testé ce document au fur

et à mesure de son avancement, dans les services du centre. La première version que nous avons ainsi réalisée est amenée à évoluer.

S. H. : Vous appelez cette affiche « Le poster qui parle ». Comment avez-vous imaginé ce concept ?

Il s'agit d'un outil facilitant le lien entre des équipes intervenant auprès de patients empêchés de communiquer. Il faut donc créer un outil simple, efficace et utile. Le choix d'un poster que l'on met à côté du lit du patient et que l'on adresse dans son dossier

médical lors d'un transfert s'est montré le plus approprié. Dans les discussions que nous avons eues, une notion est aussi apparue : celle d'une sorte de carte d'identité ludique à destination de tous les intervenants, parents compris. C'est pour cela que nous avons rangé les informations dans des cases intitulées « J'aime » ou « Je n'aime pas », « Je peux », « Je ne peux pas » et « Ce qui m'aide ». Il y a bien sûr la photo de l'enfant ou l'un de ses dessins et les informations prioritaires comme les allergies à certains médicaments ou aliments, le port d'un appareil auditif ou de lunettes, etc.

S. H. : Dans la conception de l'affiche comment avez-vous pris en compte la réalité du monde des soins ?

Ce poster a beaucoup circulé et des remarques sur le fond nous ont été formulées ; pour ce faire nous avons recensé cinq cents centres travaillant auprès de publics souffrant de handicaps. Parmi ceux-ci, et par tirage au sort, nous avons envoyé le poster à une quarantaine d'établissements. Nous avons eu un taux de retour de 25 %. Parallèlement, nous avons continué à tester ce produit auprès des hôpitaux ou des services avec lesquels travaille le centre héliomarin. C'est à partir de tous ces éléments que nous avons effectué quelques modifications.

S. H. : Quel est l'enseignement principal à tirer de cette expérience ?

Je pense que ce poster est aussi un outil de valorisation du rôle des parents dans le lien avec les personnels soignants. Il est fait aussi avec eux. Sous leur regard. Cet outil permet une transparence dans l'accompagnement du handicap. C'est aussi un outil très simple d'éducation. Et c'est une belle façon de placer au centre la personne, par l'intermédiaire de ses parents ou du conjoint, sur des aspects qui ne sont pas directement médicaux mais qui concernent bien la qualité de vie

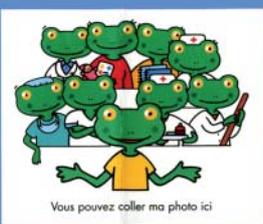
Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Centre héliomarin de Saint-Trojan : 19, bd Félix Faure - 17370 Saint-Trojan-les-Bains.
* Le poster qui parle - a également été élaboré avec l'appui du Fonds d'entraide du groupe GMF et l'Union nationale des associations familiales.

A afficher à côté de mon lit, ne pas laisser dans mon dossier, merci...

Je m'appelle :
GABRIEL

J'ai 6 **ans**



Vous pouvez coller ma photo ici

! A la déglutition.
Je ne parle pas mais j'ai un code de communication :
OUI les yeux vers le haut
NON les yeux vers le bas et la bouche

J'aime

- » Les cassettes vidéo ou DVD de dessins animés ou TV
- » La compagnie et le contact avec les autres enfants.
- » Manger sucré de préférence
- » Boire de l'eau épaissie avec du sirop de fraise ou orange
- » Petits suisses ou fromage blanc pour mon petit déjeuner (pour les médicaments).

Je n'aime pas

- » Que l'on m'ignore
- » Être seul
- » Avoir ma couche souillée
- » Ne pas savoir ce que l'on va me faire. Il faut m'expliquer avec des mots simples et sûrs que j'ai compris cela ma sœur.

Je ne peux pas

- » Parler avec des mots
- » Manger et Boire seul
- » M'habiller ni faire ma toilette
- » Rouler mon fauteuil
- » Me laver les dents et cracher.

Mais je peux

- » Communiquer avec mes yeux.
- » Pleurer quand j'en ai marre, quand j'ai besoin d'aide
- » Pleurer avec des larmes quand j'ai mal.
- » Avoir un soin de bouche je me laisse faire.

Ce qui m'aide

⊕ Pour manger et boire : épaissir l'eau avec un épaississant. ⊕ Je prends mon traitement tous les matins à 7^h et 19^h le soir. ⊕ Mettre les barrières au lit avec des protections car je me coince dans les barreaux.

En cas de problème vous pouvez joindre : **L'équipe du pavillon 3** ☎ **05 46 75 75 78**

Merci de remettre cette affiche dans mon dossier quand je pars

Le poster ci-dessus s'affiche à côté du lit de l'enfant et se lit comme une fiche d'identité rapide et efficace. L'enfant a sa photo, se présente, donne son âge. Puis l'affiche décline ce qu'il aime et, *contrario*, ce qu'il n'aime pas. Ce qu'il peut ou ne peut pas faire... Il s'agit d'un support pour un enfant handicapé ou n'étant pas en capacité de « communiquer » avec le personnel soignant, le poster fait ainsi office de relais d'information entre l'enfant et sa famille d'un côté, les soignants de l'autre. Enfin, une case à remplir intitulée « Ce qui m'aide » apporte des informations nécessaires pour l'accompagnement de l'enfant. Une notice d'utilisation de ce poster est disponible sur le site Internet de Sparadrapp

« Un véritable acte de soin »

Comment les professionnels utilisent-ils « le poster qui parle » ? Cécilia Aldenhoff est infirmière au centre héliamarin de Saint-Trojan-les-Bains (île d'Oléron). Elle travaille essentiellement auprès d'enfants polyhandicapés et des personnes intubées, aphasiques, etc. Ce centre accueille cent dix patients. Pour elle, ce support est un véritable acte de soins car l'enfant est placé au centre de la concertation entre la famille et l'équipe soignante. Témoignage.

Ce poster est incontestablement un outil simple de communication. Il facilite les relations que nous devons avoir avec une équipe qui va accueillir un enfant souffrant de handicaps et dont elle ne connaît pas forcément l'histoire. Ce poster est un élément actif participant à une plus grande qualité de soins.

Le retour que j'ai de la part des équipes hospitalières est très positif. Elles me disent que ce poster permet une meilleure prise en charge de l'enfant polyhandicapé dans les services. Nous avons constaté, avant l'existence de cette affiche, que les équipes étaient parfois en difficulté devant un jeune patient ne pouvant communiquer directement ou ayant besoin d'une relation différente. Ces équipes nous téléphonaient pour obtenir des informations qui certes se trouvaient dans le dossier médical mais qui n'étaient pas immédiatement visibles. Maintenant, quand une équipe de l'hôpital de La Rochelle, par exemple, sait qu'elle va accueillir un de nos jeunes patients, elle nous dit de ne pas oublier de mettre l'affiche dans le dossier médical.

Et puis la rédaction du poster est un acte de soins très fort car il se réalise avec la participation de l'enfant et, bien sûr, de ses parents. Il est relativement facile à remplir, et cet exercice est un moment d'échange entre les équipes soignantes, la famille et le patient. Il s'agit bien d'un moment important dans l'accompagnement de l'enfant handicapé, et ce moment, j'insiste là-dessus, nous le partageons également avec les parents. De leur côté, je pense que les parents apprécient cette écoute et remplissent le poster en lien avec l'enfant. J'ai l'impression que tout le monde est acteur de cet acte. Nous suivons des cas très lourds qui nécessitent de la présence. Beaucoup de familles passent du temps au centre pour assister leur enfant. Depuis que cette affiche existe auprès du patient, j'ai remarqué que les parents sont plus décontractés. Je vous donne un exemple qui, selon moi, explique ce sentiment : ils hésitent moins à sortir pour boire un café et souffler un peu. Comme si l'affiche leur permettait cet instant d'absence.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Association Sparadrapp : informer l'enfant pour dédramatiser le soin

Créée en 1993 par des parents et des professionnels de la santé, l'association Sparadrapp a pour objectif de faire le lien entre l'enfant, sa famille et tous ceux qui prennent soin de sa santé. Elle édite et diffuse des documents d'information (livrets, affiches, etc.) pour les enfants, les parents et les professionnels. Elle informe et oriente grâce à son site Internet et propose des formations aux professionnels de la santé et de l'enfance. L'association s'investit également dans une démarche d'éducation à la santé et de prévention. Elle a édité des livrets – « Je vais chez le docteur », « Je vais chez le dentiste », et dernièrement « J'ai des soucis dans la tête » – permettant de faciliter le dialogue entre l'enfant, les parents et les praticiens.

Association Sparadrapp :
48, rue de la Plaine – 75020 Paris. www.sparadrapp.org

La dépression touche trois millions de Français

Trois millions de Français (1) ont souffert d'une dépression au cours des douze derniers mois, selon l'enquête Baromètre santé de l'INPES. Et huit millions de personnes ont souffert de symptômes dépressifs qui néanmoins n'ont pas permis de diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé. Les femmes et la classe d'âge 20-25 ans sont les plus concernées. D'où la nécessité d'améliorer la prévention, l'information et la prise en charge.

La dépression est un trouble psychiatrique dont les conséquences sont telles que, selon l'Organisation mondiale de la santé, elle est l'une des principales causes d'années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI) (2).

S'il existe des traitements efficaces – médicaments, psychothérapies et différents modes de prise en charge – contre la dépression, on sait pourtant que le recours aux professionnels de santé, l'adéquation des traitements aux recommandations de bonne pratique et leur observance peuvent être améliorés. Mieux caractériser l'ampleur et les spécificités du phénomène dépressif en population générale, mieux connaître les facteurs de risque associés et mieux comprendre les comportements de soin sont donc autant de questions auxquelles il est nécessaire de répondre pour améliorer les dispositifs de prise en charge, la prévention et l'information du public.

C'est la raison pour laquelle la mise en œuvre d'un dispositif d'observation fiable, pérenne et efficient est essentielle. Ce dispositif se met désormais peu à peu en place, avec notamment l'introduction dans l'enquête Baromètre santé de l'INPES, depuis 2005, d'une composante santé mentale, portant en particulier sur la dépression (3).

Quelle est la prévalence des troubles dépressifs en France ?

Les résultats du Baromètre santé 2005 montrent que 7,8 % des personnes interrogées ont présenté un « épisode dépressif caractérisé » (voir définition dans l'encadré ci-contre) ayant perturbé leurs activités habituelles durant l'année pré-

cedant l'entretien (Tableau 1) ; ce qui représente plus de trois millions de personnes touchées, chaque année, en France. Les épisodes d'intensité sévère et moyenne sont largement plus fréquents que les épisodes d'intensité légère (respectivement 3,2 % et 4,2 % versus 0,4 %). La proportion de personnes souffrant de symptômes dépressifs

(sans épisode dépressif caractérisé) sur une année s'élève à 18,8 %, soit plus de huit millions de personnes.

Y a-t-il des catégories de personnes plus à risque ?

Les femmes sont globalement deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir souffert d'un épisode dépressif

Tableau 1. Prévalence à un an des troubles dépressifs

	Hommes	Femmes	Total
Épisode dépressif caractérisé (EDC)	5,2 %	10,4 %	7,8 %
<i>Sévérité de l'EDC</i>			
– léger	0,3 %	0,6 %	0,4 %
– moyen	3,0 %	5,4 %	4,2 %
– sévère	2,0 %	4,4 %	3,2 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)	15,5 %	22,0 %	18,8 %

Symptômes de la dépression et épisode dépressif caractérisé

La dépression peut se repérer par différents signes ou symptômes qui se déclinent dans tous les registres de la vie quotidienne :

- la vie affective (tristesse intense, incapacité à éprouver du plaisir, anxiété, etc.) ;
- le fonctionnement intellectuel (diminution de l'attention, dévalorisation de soi, pensées négatives, etc.) ;
- la forme physique (fatigue, ralentissement moteur, etc.) ;
- les mécanismes vitaux et corporels (dégradation du sommeil, altération de l'appétit, problèmes sexuels, etc.).

La dépression se manifeste le plus souvent sous forme d'épisode(s). On parle alors d'épisode dépressif caractérisé (ou d'épisode dépressif majeur). Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est posé quand :

- l'épisode dépressif dure (plus de deux semaines) ;
- durant cette période, chaque jour ou presque, et pendant la plus grande partie de la journée, la personne dépressive se sent triste, sans espoir ou a perdu ses centres d'intérêt ;
- cet état de souffrance profonde est associé à de nombreux autres symptômes (au moins quatre), qui ont des répercussions au niveau affectif, social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.

Xavier Briffault

caractérisé (EDC) dans l'année qui a précédé l'entretien (10,4 % contre 5,2 % des hommes) (*Tableau 1*). Cette différence entre les genres se retrouve quelle que soit l'intensité du trouble dépressif. Les risques les plus élevés pour les femmes se retrouvent pour les troubles les plus sévères.

Les données sur l'âge montrent deux pics de prévalence des EDC : pour les tranches d'âge des 20-25 ans (10,9 %) et des 35-44 ans (9,5 %) (*Figure 1*). La prévalence est la plus faible dans la tranche d'âge des 65-75 ans (4,8 %).

La différence homme/femme la plus importante s'observe dans la tranche d'âge des 45-54 ans, où les femmes sont trois fois plus nombreuses à souffrir d'un épisode dépressif caractérisé (12,2 % contre 3,7 % des hommes). Enfin, la prévalence des épisodes dépressifs diminue plus tardivement chez les femmes (entre 55 et 64 ans : 8,2 %) que chez les hommes (entre 45 et 54 ans : 3,7 %).

Tableau 2. Arrêts de travail en raison de problèmes psychologiques

	Pourcentage d'arrêts de travail	Nombre moyen de jours d'arrêt
Épisode dépressif caractérisé (EDC)	34,7 %	81,4
<i>Sévérité de l'EDC</i>		
- léger	17,8 %	10,4
- moyen	26,2 %	49,2
- sévère	48,9 %	108,1

Quelles sont les conséquences de la dépression sur le travail ?

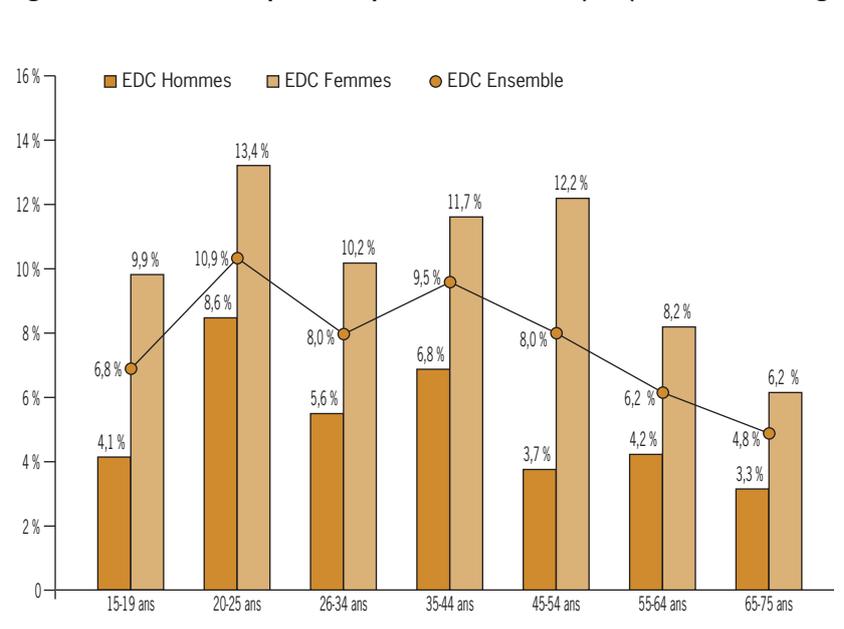
Plus du tiers (34,7 %) des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont dû arrêter leur travail en raison de problèmes psychologiques. Lorsque l'intensité de l'épisode est sévère, elles sont près de 50 % à interrompre leur activité (*Tableau 2*).

La durée moyenne d'arrêt de travail pour les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est de quarante-deux jours. La sévérité du trouble est liée à une proportion plus importante d'arrêts d'une durée supérieure.

Cette enquête montre combien la dépression touche un nombre important de personnes, chaque année, en France. Elle permet également d'évaluer le nombre de personnes qui souffrent de symptômes dépressifs sans pour autant présenter un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Les conséquences de la dépression s'illustrent par le nombre de personnes (plus d'une sur trois) qui s'arrêtent de travailler à cause de ces troubles avec une durée d'arrêt moyenne de plus de quatre-vingts jours.

Il est important d'avoir une connaissance précise des conséquences de la dépression pour les professionnels sus-

Figure 1. Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) selon le sexe et l'âge



ceptibles d'intervenir auprès des personnes atteintes. Il est également primordial en termes de prévention de pouvoir mieux identifier quelles sont les personnes les plus à risque de souffrir d'un trouble dépressif.

**Yannick Morvan¹, Ana Prieto²,
Xavier Briffault³, Alain Blanchet⁴, Roland
Dardennes⁵, Frédéric Rouillon⁵,
Béatrice Lamboy⁶.**

1. Psychologue, doctorant en psychologie. Université Paris-Descartes, Institut de psychologie, ED261 ; hôpital Sainte-Anne, clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), Paris.

2. Chargée de recherche CNRS. Université de Cergy-Pontoise ; laboratoire Théma, Cergy.

3. Chargé de recherche CNRS en sociologie de la santé mentale. Cesames CNRS UMR 8136, Inserm U611, université Paris-Descartes, Paris.

4. Professeur des universités. Université Paris-8, équipe de recherche en psychologie clinique (ERPC) EA 2027, Saint-Denis.

5. Professeur des universités, praticien hospitalier. Université Paris-Descartes, faculté de médecine ; hôpital Sainte-Anne, clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), Paris.

6. Docteur en psychologie, INPES, direction des affaires scientifiques, Saint-Denis.

(1) Calculé sur la base d'individus âgés de 15 à 75 ans selon les données du recensement 1999 de l'Insee.

(2) Mesure d'écart de santé mise au point par l'OMS dans le cadre de l'étude de « la charge mondiale de la morbidité » en vue d'estimer le fardeau d'une maladie pour une population donnée. Les AVCI sont mesurées par rapport à la mortalité et à la morbidité. La morbidité est pondérée en fonction de la gravité de l'affection. Les AVCI équivalent à la somme des années de vie perdues (AVP) à cause de la maladie et des années de vie vécues avec une incapacité (AVI) (<http://www.who.int/whr/2001/fr/>).

(3) Baromètre santé 2005. Beck F., Guilbert P. (sous la dir.). À paraître.

Education Santé sommaire n° 223 mai 2007

Initiatives

Jeunes et alcool : les publicitaires savent pourquoi !

par Christian De Bock

Les ateliers du blocus

par Pierre Squifflet et Florence Vanderstichelen

Antibiotiques, le journal des efforts déçus

par Lise Thiry

Les Belges et la grippe

Tuberculose ici, tuberculose partout

Suivre les traitements contre le sida au Cameroun

par Charles Nfongang

Un peu de souffle au Beau vélo de Ravel 2006

par Michel Pettiaux et Stéphanie Buonomo

Réflexions

Les excès chez les ados, autodestruction programmée ?

par Carine Maillard

Locale

Bruxelles, ville-région en santé

par Carine Maillard

Outil

Le jeu de l'esprit sportif

Lu pour vous

« Au secours... on veut m'aider ! »

par Véronique Janzyk

Données

Le forfait de soins: luxe ou nécessité ?

par Hervé Avalosse

Tabac en 2006: les chiffres du CRIOC

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro: education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique.

Pour l'étranger, l'abonnement coûte 50 € pour 2 ans (22 numéros). Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse

http://www.educationsante.be/es/new_sletter/inscription.php?page=abo ainsi que d'une preuve de paiement.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001:

<http://www.educationsante.be>

Entretien avec Frédéric Rouillon, professeur de psychiatrie à la faculté de médecine René-Descartes-Paris-V, chef de service de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), hôpital Sainte-Anne, Paris.

« Seulement une personne déprimée sur cinq est correctement prise en charge »

La Santé de l'homme : La dépression touche plus de trois millions de personnes, les troubles dépressifs, huit millions : y a-t-il davantage de gens dépressifs qu'au paravant ?

Frédéric Rouillon : Ces chiffres doivent être commentés avec prudence car la définition critériologique des troubles dépressifs, incontournable en épidémiologie psychiatrique, ne rend qu'imparfaitement compte de la réalité de cette entité clinique. De même, il est difficile d'affirmer que la prévalence de ces troubles, dont la définition d'aujourd'hui n'est pas la même que celle d'hier, est en augmentation. Pour autant, elle est hautement probable. De surcroît, il est certain que l'âge de début des troubles dépressifs s'est rajeuni depuis les années cinquante et que la proportion de patients qui acceptent ce diagnostic et sollicitent des soins est de plus en plus importante.

S. H. : Que peut-on améliorer dans la qualité de la prise en charge ?

Le dispositif de prise en charge des patients déprimés est perfectible. En effet, tous les patients déprimés n'accèdent pas toujours à des soins adaptés. Sur cinq déprimés, on

estime qu'un ne consulte jamais, un consulte mais n'est pas diagnostiqué comme tel, un est diagnostiqué mais ne reçoit pas un traitement conforme aux recommandations de bonnes pratiques cliniques (BPC) et un autre est traité conformément à ces bonnes pratiques cliniques mais n'est pas observant de son traitement et l'arrête prématurément. Au final, un seul est donc correctement pris en charge.

S. H. : Comment informer correctement le grand public sur la dépression ?

L'information sur la dépression délivrée au grand public devrait souligner la différence entre tristesse et dépression car, trop souvent, la notion de « déprime » recouvre des situations très hétérogènes. Il en résulte des malentendus sur ce que l'on peut espérer d'un traitement et probablement un mésusage des antidépresseurs. Par ailleurs, l'identification du risque suicidaire, chez les patients déprimés, me paraît essentielle. Enfin, une amélioration des connaissances sur les troubles dépressifs et leur traitement, par les médecins généralistes, est une nécessité. Elle s'est avérée très utile dans les pays où elle a été entreprise de manière structurée.

Propos recueillis par **Christophe Léon**

Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?¹

« La prison est cause de maladie et de mort ; c'est un lieu de régression, de désespoir, de violences exercées sur soi-même et de suicide », voilà quelques phrases tirées de l'avis du Comité consultatif national d'éthique, rendu public le 8 décembre 2006, et qui illustrent – au travers du lieu spécifique qu'est la prison – que la santé n'est pas qu'une affaire de responsabilité individuelle mais que des déterminants forts agissent sur son amélioration et, dans le cas présent, sa détérioration. Dès lors, pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire alors que les améliorations institutionnelles restent minimales ? L'analyse proposée par Éric Farges, doctorant en sciences politiques et auteur d'une recherche sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, montre que si, pour les intervenants, le devoir « d'agir » prédomine au regard de la situation sanitaire des détenus, la pratique de l'éducation pour la santé en prison apparaît aussi comme un enjeu « d'identité professionnelle ».

Éric Le Grand

Ayant longtemps souffert de la pauvreté de l'administration pénitentiaire, la médecine en milieu carcéral n'a intégré une dimension préventive que récemment. La loi du 18 janvier 1994 – qui délègue la gestion des soins en prison au service public hospitalier – a ainsi placé au premier plan le développement de projets d'éducation pour la santé en faveur des détenus. Les budgets réservés aux actions de prévention – tout comme la forte mobilisation du réseau de l'éducation pour la santé sur ce thème – témoignent de l'importance accordée désormais à la santé des détenus comme facteur de leur réinsertion. Outre une amélioration de la vie quotidienne en détention, ces interventions visent en effet à faciliter à plus long terme la réinsertion des détenus par l'adoption de comportements protecteurs (une meilleure hygiène, par exemple) qui n'avaient pas été acquis dans la sphère sociale d'origine.

Soulignons d'emblée, au-delà de cette perspective commune, la diversité de ces interventions qui peuvent prendre la forme d'une vidéo sur le brossage des dents, d'un groupe de parole sur la prévention des risques, d'un atelier sur l'alimentation ou d'exercices de sophrologie. Ces actions de prévention sont également mises en œuvre par des intervenants très hétérogènes que l'on peut schématiquement regrouper en deux catégories. Tandis que dans certains établissements pénitentiaires l'éducation pour la santé relève du personnel

hospitalier qui travaille de façon quotidienne en détention (unités de consultations et de soins ambulatoires – Ucsa), ce sont parfois des professionnels de l'éducation pour la santé extérieurs, tantôt soignants, tantôt éducateurs, qui prennent en charge la responsabilité de certains projets. Quelle est la position de ces professionnels, chargés de mettre en œuvre la politique de prévention, sur l'opportunité de mener des actions d'éducation pour la santé en détention ?

Justifier malgré tout

Quelle que soit leur position au regard de la prison (intra- ou extra-muros), tous les professionnels sont conscients que les conditions dans lesquelles ils interviennent ne sont pas favorables à une démarche de prévention. L'état des prisons françaises, régulièrement dénoncé par l'Observatoire international des prisons (OIP) ou le Comité pour la prévention de la torture (CPT), semble en effet peu compatible avec une démarche censée favoriser une amélioration du quotidien ou un renforcement de l'estime de soi. Les professionnels sont dès lors confrontés à de nombreuses questions : comment inciter les détenus à rester vigilants sur leur hygiène alors même que de nombreux établissements n'assurent pas les trois douches réglementaires par semaine ? Quel peut être le rôle d'une diététicienne tandis que les repas sont souvent de mauvaise qualité et sont servis froids ? Comment inciter de façon plus générale l'adoption de com-

portements protecteurs dans un environnement nocif ?

Au-delà des conditions de détention, soumises aux aléas de l'action politique, certains professionnels relèvent les contradictions entre une démarche reposant sur une responsabilisation de l'individu et un milieu carcéral fortement réglementé où la liberté de choix s'avère très restreinte. Comment, par exemple, rendre les détenus responsables de leur hygiène sans pour autant susciter l'émergence de revendications qui risquent de se heurter à l'institution carcérale ? La démarche d'éducation pour la santé affronte dès lors un obstacle qui semble insurmontable : *« Peut-on aspirer à l'autonomie individuelle en milieu d'enfermement ? »*²

S'ils sont conscients de ces difficultés, les professionnels justifient pourtant systématiquement une démarche de prévention en milieu carcéral. Tous refusent ainsi l'idée selon laquelle il existerait un « seuil critique » des conditions de détention à partir duquel il ne serait plus possible d'intervenir. Beaucoup estiment même que les mauvaises conditions de détention, loin de rendre impossible la démarche d'éducation pour la santé, justifient à l'inverse leur action. Pour légitimer leur démarche, les intervenants soulignent les conséquences qui peuvent en découler sur la vie quotidienne des détenus, en permettant notamment une plus grande acceptation des contraintes pénitentiaires.

res. Mais c'est surtout au nom d'un « devoir d'agir » que les professionnels, aussi bien extérieurs qu'intérieurs à la prison, justifient leur intervention. Malgré la difficulté à évaluer ces actions de prévention, il suffit aux yeux de beaucoup de professionnels qu'un seul détenu modifie son comportement pour que leur présence soit justifiée.

La recherche d'une légitimité professionnelle

Si les intervenants sont unanimes pour justifier *in fine* la nécessité d'agir, ils sont cependant partagés quant au rôle de l'institution pénitentiaire vis-à-vis de la prévention. Tandis que la plupart des intervenants extra-muros estiment que la prison peut être propice à cette démarche, les soignants des Ucsa considèrent que l'incarcération n'est pas du tout opportune pour la mise en œuvre d'une action de prévention ou d'éducation pour la santé. Cette opposition s'explique tout d'abord par la différence entre des professionnels intervenant de manière ponctuelle en détention et ceux qui sont confrontés dans leur pratique quotidienne à la prise en charge de populations précaires (toxicomanes, prostituées, sans-papiers, exclus, etc.) dont la prise en charge sanitaire s'effectue dans une institution n'ayant pourtant pas vocation à soigner.

Les soignants des Ucsa soulignent en effet fréquemment les ambiguïtés d'une institution répressive permettant aux détenus de bénéficier souvent d'une meilleure prise en charge sanitaire que celle dont ils disposeraient en liberté. Cela explique qu'ils soient ainsi partagés entre la volonté de faire progresser la prise en charge dont bénéficient les détenus et la conscience que cette amélioration renforce la contradiction de la prison en tant que lieu de soin qui n'en est pas un. Ainsi, si la place de la prévention se justifie selon eux facilement du point de vue des destinataires, elle pose cependant la question de l'utilité sociale attribuée à l'institution carcérale.

Au-delà du « devoir de faire » et de la prise en compte des détenus, il semblerait que la justification des actions d'éducation pour la santé par les personnels des Ucsa, alors même qu'ils doutent de leur efficacité, puisse s'expliquer par le besoin de se démarquer pour ces soignants de l'institution car-

cérale. Historiquement, les médecins travaillant en prison n'ont eu de cesse de se distinguer de la logique pénitentiaire afin de faire valoir aux yeux des patients, et de leurs confrères, leur autonomie. On peut ainsi se demander si la mise en avant du rôle soignant de la prison, à travers la justification des actions de prévention, n'est pas un moyen pour eux de légitimer, dans le langage sanitaire, l'incarcération et de se démarquer ainsi de la logique de l'institution au sein de laquelle ils interviennent.

Médicale, éducative : deux visions de la prévention

Cette hypothèse permet de rendre compte non seulement de la position ambiguë des soignants intra-muros à l'égard de l'éducation pour la santé, perçue comme une opportunité non opportune, mais également de la forme d'intervention qu'ils privilégient. Les actions de prévention entreprises divergent en effet fortement selon la position, intérieure ou extérieure, des professionnels considérés. Les personnels de l'Ucsa adoptent ainsi une intervention de nature plus « biomédicale », visible à travers la terminologie employée (assez technique), la présentation de soi (port de la blouse blanche) ou la nature des actions (strictement informative), tandis que les intervenants extérieurs adoptent plus volontiers une forme plus « éducative ». Ils proscrivent en général les exposés magistraux et privilégient les groupes de parole, refusent de revendiquer leur statut de soignant (lorsqu'ils le sont) et n'imposent pas des règles de participation trop strictes.

Au-delà des cultures professionnelles mobilisées, la forme de prévention privilégiée (strictement médicale d'un côté, plus éducative de l'autre) semble en partie liée à la position des intervenants au regard de la prison. Le besoin de se légitimer en se distinguant du cadre pénitentiaire amènerait les soignants de l'Ucsa à recourir à une forme d'intervention plus biomédicale. À l'inverse, les intervenants extérieurs seraient suffisamment légitimes, du fait de leur institution d'origine, pour pouvoir adopter une posture plus globale et moins autoritaire. C'est, par conséquent, peut-être parce qu'elle les légitime en tant que soignants que les personnels hospitaliers justifient une démarche de prévention dont ils sont conscients des limites.

Faire travailler ensemble les intervenants

Entre l'intérêt du détenu, le « devoir d'agir » et la légitimation du corps médical travaillant en détention, les raisons qui amènent à faire de l'éducation pour la santé sont multiples. Pourtant, faire de l'éducation pour la santé en prison ne va pas de soi. En effet, aussi bien en raison des conditions de détention que de la logique même de l'institution carcérale, cette démarche émancipatrice se heurte à de nombreux obstacles. Afin que l'éducation pour la santé ne soit pas uniquement le signe de l'échec de l'administration pénitentiaire à réinsérer la grande majorité des détenus et devienne une composante à part entière des politiques carcérales, il apparaît nécessaire que cette démarche préventive s'accompagne d'une transformation de l'institution carcérale, aussi bien dans sa matérialité que ses mentalités. Faire de l'éducation pour la santé un vecteur de changement de la prison suppose un dialogue et une concertation entre les différents intervenants (soignants de l'Ucsa, réseau Codes/Cres, personnel de détention mais aussi services pénitentiaires de réinsertion et de probation, associations, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales). On ne peut que regretter que le dialogue soit si faible entre ces différents partenaires potentiels, souvent préoccupés à défendre leurs prérogatives respectives. Au-delà des enveloppes budgétaires, une vraie politique d'éducation pour la santé requiert enfin un réel investissement de la direction de l'administration pénitentiaire. Les contradictions de l'éducation pour la santé en prison pourraient peut-être ainsi, si ce n'est être résolues, être réduites à travers l'élaboration d'un projet commun à l'ensemble des partenaires.

Éric Farges

Doctorant en sciences politiques*.

* réalise une thèse sur l'histoire de la médecine pénitentiaire, des années soixante-dix à la réforme du 18 janvier 1994.

1. Cet article est issu d'une recherche sociologique conduite sur plusieurs établissements pénitentiaires durant l'automne 2005, qui a donné lieu à une publication scientifique : Farges É. La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. *Lien social et politiques* 2006 ; n° 55 : 99-114.

2. Martin D. Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. *La lettre de l'espace éthique* 2000 ; n° 12 : 41-2.



En période de fortes chaleurs ou de canicule

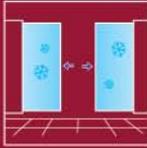
Personne âgée

Je mouille ma peau plusieurs fois par jour tout en assurant une légère ventilation et ...

Je ne sors pas aux heures les plus chaudes.



Je passe plusieurs heures dans un endroit frais ou climatisé.



Je maintiens ma maison à l'abri de la chaleur.



Je mange normalement (fruits, légumes, pain, soupe...).



Je bois environ 1,5 L d'eau par jour. Je ne consomme pas d'alcool.



Je donne de mes nouvelles à mon entourage.



Enfant et adulte

Je bois beaucoup d'eau et ...

Je ne fais pas d'efforts physiques intenses.



Je ne reste pas en plein soleil.



Je maintiens ma maison à l'abri de la chaleur.



Je ne consomme pas d'alcool.



Au travail, je suis vigilant pour mes collègues et moi-même.



Je prends des nouvelles de mon entourage.

