

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

Commission
« Violence et santé mentale »

Anne Lovell
Mars 2005



I. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE VIOLENCE ET SANTE MENTALE	2
A. INTRODUCTION	2
B. LE PUBLIC, LA VIOLENCE ET LA PSYCHIATRIE	2
C. VIOLENCE, TRAUMATISME, SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	5
D. « RÉELS DANS LEURS CONSÉQUENCES »	5
II. LE CHAMP RETENU PAR LA COMMISSION	7
A. DISTINCTION ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE TROUBLE MENTAL	7
B. VIOLENCE ET CONTEXTES SOCIAUX	8
1. <i>Les dimensions sociales de la violence</i>	8
2. <i>Violence et suicide.....</i>	11
C. MALADIE MENTALE, SANTÉ MENTALE ET VIOLENCE.....	12
1. <i>L'association faite par le public entre violence et « folie »</i>	12
2. <i>L'amalgame fait entre maladie mentale et violence des détenus</i>	14
D. REDÉFINITION DU CHAMP D'INTERVENTION ET REFORMULATION DE LA PROBLÉMATIQUE : LES 4 AXES RETENUS PAR LA COMMISSION	15
III. ETATS DES LIEUX	17
A. VIOLENCE ET TROUBLE MENTAL	17
1. <i>Facteurs généraux de la violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence</i>	17
2. <i>Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux</i>	24
B. VIOLENCES ET TRAUMATISMES PSYCHIQUES	28
1. <i>Etat des lieux.....</i>	28
2. <i>Prise en charge précoce et débriefing.....</i>	38
3. <i>Expertise, réparation et/ou restauration.....</i>	39
C. VIOLENCES ET ENJEUX DE JUSTICE.....	42
D. VIOLENCE ET MÉDIAS	44
1. <i>Médias et maladies mentales.....</i>	44
2. <i>De la construction à la modification des images de violence</i>	46
IV. PRÉCONISATIONS.....	49
A. LES BESOINS EN MATIÈRE DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES	49
1. <i>Violence et trouble mental.....</i>	49
2. <i>Violences et traumatismes psychiques</i>	52
3. <i>Enjeux de justice</i>	53
4. <i>Violence et média</i>	54
5. <i>Propositions transversales aux 4 axes</i>	54
B. ACTIONS SUR LES CAUSES ET LES EFFETS DE LA VIOLENCE EN RAPPORT AVEC LA SANTÉ MENTALE ET LE TROUBLE MENTAL	55
1. <i>Le besoin comme principe transversal aux différentes préconisations</i>	55
2. <i>Les compétences des collectivités locales dans le domaine de la santé mentale.....</i>	56
3. <i>L'application de la législation en matière des droits des patients</i>	57
4. <i>La prise en charge des violences d'ordre psychiatrique</i>	57
5. <i>La prise en charge suite aux traumatismes</i>	59
6. <i>Enjeux de justice</i>	60
7. <i>Campagnes de déstigmatisation.....</i>	60
V. REFERENCES.....	61
VI. ANNEXES.....	72
ANNEXE 1 : LES CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ET AUTRES DISPOSITIFS.....	72
ANNEXE 2 : MEMBRES DE LA COMMISSION VIOLENCE ET SANTE MENTALE	78
ANNEXE 3 : PERSONNALITES AUDITIONNEES	79

I. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE VIOLENCE ET SANTE MENTALE

A. Introduction

La santé mentale constitue une partie intégrante de la santé des individus et des populations. Si l'on suit les déclarations réitérées par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis plus d'un demi-siècle, elle y a valeur de droit fondamental. Elle est donc transversale à tous les domaines traités par les différentes commissions chargées d'élaborer le plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé. Qu'il s'agisse des rapports entre violence et santé particuliers aux groupes d'âges différents, au genre, au travail et à l'emploi, ou encore aux institutions et organisations, la santé mentale fait aussi partie de ce qui y est en jeu. En outre, et pour autant que la prévention de la violence et le traitement de ses conséquences occupent désormais une place centrale dans les agendas de santé publique - au niveau international comme au niveau national - la santé mentale fait l'objet d'un regain d'attention.

La Commission Violence et Santé Mentale s'est donnée l'objectif de délimiter le champ à ce qui peut proprement relever du travail des psychiatres, des psychologues, des associations d'usagers et d'autres acteurs de la santé mentale, sans pour autant écarter la question des liens entre phénomènes sociétaux et phénomènes psychiques. Dans cette introduction, nous traçons de façon très succincte les réflexions qui nous ont amené à reformuler la problématique de la violence et la santé mentale, afin de circonscrire quatre axes sur lesquels œuvrer : (1) Violence et trouble mental ; (2) Violences et traumatismes psychiques ; (3) Violences et enjeux de justice ; (4) Violence, santé mentale et médias.

B. Le public, la violence et la psychiatrie

En matière de relations entre violence et santé mentale les contresens abondent. En premier lieu, la notion de santé mentale demeure trop vague. Elle réfère tout à la fois à un champ d'action spécifique toujours en gestation, à un ensemble de connaissances, tout autant qu'à des formes d'expression, historiquement et culturellement déterminées, de la souffrance psychologique. Alors que les politiques publiques de santé mentale portent aussi sur le système psychiatrique de soins, elles mettent l'accent particulièrement sur des buts et des modes d'intervention qui se situent bien à l'écart du paradigme traditionnel du traitement psychiatrique, par exemple lorsqu'il s'agit de l'éducation sanitaire des populations, de la diffusion de techniques de prévention dans des institutions non spécialisées telles que les écoles ou les centres sociaux, ou encore de types de traitements non institutionnels en cabinet de médecins généralistes aussi bien qu'en des centres de santé mentale, médico-psychologiques, etc.

En second lieu, pour l'opinion publique, le lien entre violence et santé mentale se fait surtout autour de la maladie mentale, dans la mesure où dans l'imaginaire dominant, la maladie mentale a toujours était associée à la violence. Dans les représentations sociales, de même que perdure la notion non-scientifique et dégradante de « fou », l'association de la maladie mentale avec la violence persiste, par un « *glissement de signifiant, qui fait que tout acte violent qui sort de l'ordinaire, soit par sa réalisation, soit par son horreur, soit par l'absence de motif évident, est attribué à un malade mental.* 'C'est un acte fou' devient vite 'c'est l'acte d'un fou'... » (Y. Pélicier, cité dans Clément 1996, p. 39). Bien que le public en général soit en train d'acquérir une meilleure compréhension en matière de maladie mentale, et en vienne à en accepter plus facilement certaines, telle la dépression, l'enchaînement du couple folie-violence lui ne se défaît pas et semble témoigner d'une peur profondément ancrée. Ce lien est sans doute renforcé aujourd'hui par la prise de conscience du nombre croissant de détenus souffrant de maladie mentale, quoique, sur ce point, la recherche française ait encore à trouver les causes de cet accroissement, et à répondre à la question de savoir quelle proportion de ces malades sont aussi des auteurs de crimes violents. Les stigmates prévalant à l'endroit des malades mentaux tout à la fois dérivent de ces représentations et entraînent leur lot de souffrance, voire d'incitation à la violence ordinaire.

La littérature scientifique met l'accent sur le décalage qui sépare souvent les faits de leurs représentations. De fait, l'on assiste à une sensibilisation croissante aux questions de violence, non moins qu'à une interprétation de cette violence en termes de troubles mentaux (Angemeyer, Beck, Matschinger 2003). Mais bien des peurs actuelles se nourrissent d'une confusion entre deux types de risques : les risques d'actes violents que l'on peut attribuer à une population, en l'occurrence celle qui souffre de troubles psychiatriques graves ; et les risques relatifs, c'est-à-dire la probabilité que des personnes qui souffrent de ces troubles, comparés à d'autres groupes, commettent de tels actes.

Le risque attribuable à une population ou groupe est donné par le pourcentage de tous les actes de violence (d'une ville, d'un pays, etc.) qui peut être attribué à cette population, en l'occurrence à des personnes présentant des symptômes de maladie mentale grave. En fait, *le risque attribuable aux personnes malades mentales – le pourcentage d'actes violents qui peuvent leur être attribué – est faible*. Les taux estimés par des études épidémiologiques varient entre 2,7 % et moins de 10 %. Mais ils sont bien moindres si l'on décompte les troubles liés à l'abus de substances toxiques telles drogues et/ou alcool (Walsh, Buchanan and Fahy, 2002). La plupart de ces crimes sont en outre commis sur des personnes de connaissance des sujets, telles des membres de leur famille.

Le risque relatif est par contre un indicateur plus fin. Le risque relatif est le risque que des personnes malades commettent des actes violents rapporté aux risques que des personnes non malades en commettent. De récentes recherches épidémiologiques ont montré que le risque relatif était plus élevé chez les personnes souffrant de troubles psychotiques - et ceci particulièrement dans des situations d'abus d'alcool ou d'autres substances aux effets desquelles le trouble psychiatrique rend l'individu encore plus vulnérable, de rupture de traitement, de contexte de vie précaire ou violent, et d'autres phénomènes bien précis. En d'autres termes *des personnes souffrant de trouble psychiatrique ont statistiquement plus de risques de commettre des crimes violents. Mais ils ont aussi beaucoup plus de risques d'en être victimes que le reste de la population.*

Ainsi, si les représentations sociales quant à la violence des personnes affectées de maladie mentale sont grandement exagérées par rapport à la réalité, basées sur des idées ou des présupposés plus que sur des connaissances objectives, par contre les violences perpétrées contre des patients ou des ex patients psychiatriques représentent un phénomène invisible et donc un défi en matière de santé publique.

Qu'un acte violent commis par une personne souffrant de maladie mentale soit ou non punissable par la loi, est devenu un objet d'intenses débats (les deux possibilités existent à l'article 122-1 du Code Pénal). L'argument selon lequel la maladie mentale doit être considérée comme une circonstance atténuante est de plus en plus battu en brèche. Et le statut des symptômes psychiatriques a glissé d'une position où ils pouvaient justifier une suspension de la punition, à celle où ils sont considérés comme preuves supplémentaires de la dangerosité de la personne qui les porte. Des recherches pluridisciplinaires sont plus que souhaitables pour comprendre ces évolutions récentes dans le domaine judiciaire et, plus largement, pour étudier celles concernant les procédures encadrant les consentements, aussi bien que celle portant sur les modalités de traitement des personnes gravement malades et qui ont commis des actes - en l'occurrence des crimes - violents.

Bien des peurs actuelles sont également nourries par une intolérance croissante en direction des faits de violence. Sans qu'il soit question de dénier la réalité des violences de notre société, on ne doit pas oublier que la tolérance à la violence et la définition de la violence varient grandement dans l'espace et dans le temps. Ce qui, jusqu'à il y a peu, et dans le domaine de l'éducation des enfants, était considéré comme des formes admises de l'autorité parentale ou des manières normales de l'exercer, se trouve en effet aujourd'hui reconstruit comme autant de formes de brutalité, condamnables en tant que tel au regard de la loi et par l'appareil judiciaire (Vigarello, 2005).

Alors que la frontière qui sépare violence légitime et violence illégitime fait aussi l'objet de débats déontologiques constamment réactualisés dans le milieu psychiatrique, il se trouve en outre que les psychiatres eux-mêmes sont fréquemment convoqués pour trancher des problèmes moraux bien loin du type de ceux soulevés par l'utilisation de certaines techniques psychiatriques et le droit à y consentir ou pas même s'ils se trouvent là loin de leur domaine de compétence ou de légitimité. C'est cette confusion entre la violence dont doit s'occuper professionnellement le psychiatre et celle qui est pendante dans les questions éthiques et politiques plus larges que nous nous devons de clarifier.

C. Violence, traumatisme, souffrance psychique

Quand on passe du domaine de la maladie mentale à celui plus vaste des questions de santé mentale, les problèmes changent. Quoiqu'en soit notre sensibilité contemporaine, plus vive quant à ce qui est et ce qui fait violence, celle-ci ne se traduit pas forcément par une maladie mentale ou une détresse psychologique. Pour mieux désintribuer les relations entre violence et santé mentale – « santé mentale » s'opposant ici au domaine plus restreint des « maladies mentales graves » -- il convient d'examiner tout à la fois les liens entre les deux termes et la manière dont la santé mentale s'y trouve définie. En termes de processus et de médiations, la violence ne débouche pas forcément sur de la souffrance psychologique. Ou plutôt, et comme un nombre croissant de recherches l'atteste, elle le fait quand elle crée des traumatismes qui engendrent de telles souffrances, et ceci - pour certaines personnes et pas pour d'autres.

D'un autre côté la notion de souffrance psychique est problématique. Elle a un pied dans le symptôme mais elle génère des contours élastiques qui, débordant le symptôme, viennent redéfinir de manière plus exigeante ce qu'on entend par santé mentale. De même, on ne sait pas très bien jusqu'à quel point cette souffrance psychique croît et jusqu'à quel point ce qui s'étend n'est pas aussi la légitimité de son langage à dire l'éventail de toutes les formes de souffrances, toutes ces souffrances que portent les inégalités sociales structurelles, ou les formes nouvelles d'exclusion, par exemple. *Dans ce rapport nous apportons des clarifications sur ces problèmes de définition, soulignons l'intérêt qu'il y a à progresser dans cette voie, tout en mettant l'accent sur l'importance qu'il y a à renforcer les dispositifs qui ont été mis en place pour protéger les victimes de violences.*

D. « Réels dans leurs conséquences »

La violence est inextricablement liée à la stigmatisation dont les patients et les ex patients sont l'objet. Comme un groupe d'experts dans ce domaine l'a récemment relevé, les stigmates et les représentations sociales sont « réelles dans leurs conséquences » (Link et al 2000).

Beaucoup reste à faire en matière de recherche s'agissant de l'implication des médias dans ces phénomènes. Et il faudrait développer des recherches et d'éventuelles actions autour de ce rôle des médias dans la représentation des liens entre maladie mentale et violence.

Ce rapport encourage enfin au soutien de toute initiative ou campagne destinée à combattre les stigmates et les discriminations dont sont victimes les personnes affectées par des maladies mentales, un objectif récemment adopté par les ministres de la santé des pays européens membres de l'OMS (OMS 2005).

II. LE CHAMP RETENU PAR LA COMMISSION

A. Distinction entre la santé mentale et le trouble mental

La commission s'est interrogée sur la nécessité de disposer, de façon préliminaire, d'une définition précise, tant de la santé mentale que de la violence, dans la mesure où l'objet central sur lequel elle a choisi de centrer son attention est celui des relations entre santé mentale et violence et quel que soit le sens des relations entre ces deux termes.

Pour le premier de ces termes, celui de la santé mentale, le caractère flou du concept fait immédiatement problème. Deux possibilités ont alors été ouvertes : soit limiter le champ de la santé mentale à un sous-ensemble, celui des troubles mentaux, en particulier les plus graves ; soit l'ouvrir à l'ensemble, plus vaste, du domaine des problèmes psychiques.

Le premier terme de l'alternative présente l'avantage d'une plus grande précision relative des catégories et permet de s'appuyer sur une importante littérature scientifique portant sur le rapport entre trouble mental et violence. Ce choix ouvrirait en outre à des préconisations se traduisant en actions plus concrètes et opérationnelles en ce qui concerne la violence.

Le deuxième terme de l'alternative excède le sous champ de la santé mentale « couvert » par la psychiatrie pour ouvrir le débat à la question de la prévention, étant conforme en cela à la perspective française actuelle – telle qu'elle s'exprime notamment dans l'esprit de la nouvelle Loi de Santé Publique – qui prône la transformation d'une politique axée sur la psychiatrie en politique de santé mentale. La différence entre les deux perspectives – celle de la psychopathologie, qui relève de la psychiatrie, et celle de la santé mentale, qui fait le pont entre la psychiatrie et la santé publique – a nécessité une clarification, présentée ci-dessous (voir aussi Lovell 2004).

L'objectif de santé mentale rompt avec le modèle de « réparation » de la psychiatrie classique, qui repose sur le traitement des pathologies mentales. Il déplace le champ d'intervention vers des services de « proximité » - dispensés plus généralement sur les lieux de vie ordinaires. Bref, il remplace le travail central de la psychiatrie, qui est fondé sur la relation patient-soignant, par une approche de santé publique, élaborée au niveau des populations, dans une optique à la fois volontariste et politique – ce qui en élargit la charge non seulement en direction des professionnels mais aussi des élus, des dirigeants et plus généralement à l'organisation de la société.

Une autre différence porte sur l'objectif de santé mentale, qui s'exprime souvent en termes de renforcement des états « normaux », au nom de la « croissance psychique »,

de l'amélioration des performances et de l'épanouissement de la personnalité, s'éloignant ainsi encore davantage du modèle curatif classique. Elle s'intéresse aux personnes en bonne santé mais ayant des problèmes (d'où son assimilation à des « thérapies pour les normaux ») et vise le bien-être. La santé mentale tend ainsi à devenir un concept fourre-tout, qui recouvre aussi bien des symptômes, des représentations populaires que l'expression d'une souffrance psychique ou des notions scientifiques.

Les définitions sont donc multiples. Les psychologues définissent la santé mentale comme un continuum d'états et de traits psychologiques, avec les états pathologiques d'un côté (dépression invalidante, psychose, etc.), les états « positifs » de l'autre (comme le bien-être ou le bonheur), et les états de souffrance psychologique (telle que le « mal-être ») quelque part entre les deux. D'autres considèrent que des ressources psychologiques comme la résilience ou la capacité d'affronter les difficultés (*coping abilities*) sont indissociables d'une bonne santé mentale. Enfin, certains épidémiologistes et sociologues font l'équivalence entre la détresse psychologique et l'état de mauvaise santé mentale.

Ces problèmes définitionnels viennent cependant se résoudre partiellement quand on oppose pratiques de santé mentale et psychiatrie classique du point de vue des moments d'intervention. Les premières impliquent d'intervenir avant que les situations conflictuelles ou les problèmes psychologiques ne « dégénèrent » en troubles mentaux. L'« intervention de crise » et les « centres d'accueil » sont, à cet égard, des dispositifs de santé mentale typiques, de même que, plus généralement, l'identification à l'échelle d'une population des facteurs sociaux associés à certains troubles psychiatriques (pauvreté, discrimination raciale, exclusion...).

La commission a choisi de s'attacher à la définition la plus large de santé mentale, mais en se limitant plutôt aux questions de prévention des états psychopathologiques et de détresse psychologique et en laissant de côté le volet « incitation au bien-être ». En ce qui concerne les troubles mentaux, leur relation avec la violence reste un des quatre axes sur lesquels la commission s'est penchée.

B. Violence et contextes sociaux

1. Les dimensions sociales de la violence

La commission s'est interrogée sur la nécessité de disposer, de façon préliminaire, d'une définition précise de la violence dans la mesure même où en se fixant sur la santé mentale comme objet central, elle pouvait appréhender la violence par l'intermédiaire de ses conséquences psychopathologiques que sont les traumatismes. Toutefois, un tel point de vue présente l'inconvénient d'être trop restreint car il ne prend pas en compte le

rapport entre le traumatisme et la violence, les causes psychopathologiques de violences ou la relation entre la violence et de formes de détresse psychologique. De plus, il délaisse les dimensions sociales de la violence qui font de certains actes des conduites socialement acceptables dans certains contextes et des conduites réprouvées dans d'autres contextes. Selon l'acceptabilité sociale des conduites de violence, les traumatismes qui en sont issus peuvent revêtir des significations différentes pour le sujet, ce qui s'observe en particulier dans les procédures de réparation judiciaire pour les victimes d'actes de violence, voire dans les violences à l'égard des malades mentaux. La variabilité contextuelle de la violence et de ses conséquences pour le sujet a constitué un arrière-plan des travaux et réflexions de la commission qui a des incidences sur la façon d'aborder le thème et les recommandations qui peuvent être faites.

Deux définitions permettent de baliser le champ de réflexion de la commission :

- La définition de l'OMS (2001) est la suivante: « L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ». Dans cette définition, la violence est appréhendée dans ses caractéristiques intrinsèques et dans ses effets sur la santé physique ou mentale. Elle permet d'appréhender les effets psychopathologiques de la violence, mais laisse de côté la question de la relation de la violence aux pathologies mentales, qui constituent l'une des interrogations sous-jacentes adressées à la commission. D'ailleurs, le qualificatif « délibéré » suppose une intentionnalité, laquelle peut s'avérer absente lors d'un épisode de violence chez un sujet atteint des symptômes psychotiques.

- Dans le prolongement de la définition des relations sociales de lutte du sociologue Max Weber, la violence serait « Une activité orientée dans l'intention de domination en ayant recours à des modalités de coercition qui se traduisent par l'usage de moyens non pacifiques ». Cette deuxième définition converge avec celle du rapport de B. Kriegel (2002) sur la violence à la télévision : « la force déréglée qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique pour mettre en cause dans un but de domination ou de destruction l'humanité de l'individu. » Dans ces définitions, la violence est définie comme un moyen en vue d'une fin, la domination, dont les modalités se caractérisent par une atteinte à l'intégrité –physique ou mentale- des sujets sur lesquels s'exercent ces moyens non pacifiques. La limitation de cette définition est comparable à celle de la précédente. La violence ne peut être appréhendée que dans ses conséquences sur l'intégrité de la personne, et donc sur sa santé mentale. Et l'hypothèse de l'intentionnalité pose toujours problème dans certains cas de violences exercées lors d'un épisode psychotique.

Cependant, ces définitions vont à rebours du sens commun qui voit dans les troubles mentaux une cause centrale de la violence. Sans prétendre à l'exhaustivité, elles permettent de caractériser un spectre large de situations se rapportant au champ de la commission « Violence et santé mentale ». Elles situent la violence comme une activité qui s'exerce sur soi-même ou sur autrui et qui, à ce titre, peut être regardée comme ce que les sociologues appellent une activité sociale. Cette activité cause des dommages aux individus qui en sont les sujets, lesquels dommages sont appréhendés en termes d'atteinte à l'intégrité ou de traumatismes. Elle permet ainsi de relier les deux termes de la commission, la violence, en tant que relevant de questionnements sociologiques, et le traumatisme, relevant du champ de la psychopathologie.

Comme toute activité sociale, la violence est soumise à des normes qui permettent d'en caractériser les dimensions déviantes et les dimensions socialement normales. En endossant un point de vue normatif en défense des institutions sociales, on tend à ne considérer que la violence extérieure au contrat social, celle qui est appréhendée en tant que pathologie sociale ou qui produit de la désorganisation sociale. Un tel point de vue délaissé l'idée que la violence est une activité sociale et que certaines modalités de la violence sont considérées comme légitimes et constitutives de l'ordre social. A ne regarder que les marges et les déviances, on s'abstrait de l'ancrage de la violence dans l'ordre social. Sans entamer un débat de fond, dont ce n'est pas ici l'objet, il est possible de considérer que les règles sociales (« la société ») sont des dispositifs de protection mutuelle qui règlent les relations entre les individus en contrôlant leurs contacts violents. Certains contacts sont nantis d'une légalité et d'une légitimité dans le contrat social, d'autres sont considérés comme des déviances et sont l'objet d'une répression. Le fait que certains contacts soient légaux ou légitimes n'enlève rien à leurs effets sur l'intégrité du sujet, aux traumatismes qu'ils peuvent générer. On peut ainsi prendre l'exemple de la contrainte sur les corps qui s'exerce dans certaines institutions (hôpital notamment psychiatrique, prison). Les effets de cette violence institutionnelle sur l'individu s'inscrivent dans un schéma d'explication légitime dans la société, ce qui n'est pas le cas des violences illégitimes. Toutefois, ces contraintes peuvent être vécues comme des actes de violences par ceux (les patients, les détenus) qui en font l'objet, et l'acceptabilité du niveau des contraintes évolue dans le temps et selon des normes sociales, comme le suggèrent les témoignages d'usagers entendus dans le cadre du travail de cette commission ainsi que les développements dans les domaines juridique et administratif à l'égard du consentement au traitement, des droits des patients ou encore de la qualité des soins. En même temps, il arrive que les contraintes dépassent les frontières de la légitimité.

Les conditions dans lesquelles un individu peut donner du sens à la violence dont il est le sujet sont donc différentes suivant le contexte social dans lequel s'exerce cette violence.

Une approche de la violence comme activité soumise à des normes conduit donc à distinguer la violence constitutive de l'ordre social et la violence déviant et à s'intéresser à leurs frontières. Si cette contextualisation permet au sociologue de relier dans une même catégorie d'analyse des faits en apparence dissemblables (comme la violence dans les institutions dites « totales », telle la prison, l'hôpital psychiatrique classique, la caserne), elle ouvre sur des questionnements différenciés quant aux conséquences de la violence sur l'individu en distinguant les violences qui s'inscrivent dans un ensemble de règles sociales et pour lesquelles le sujet peut produire un sens au regard de ces règles, des violences pour lesquelles l'individu ne peut pas produire de sens en relation avec ces règles et pour lesquelles il ne bénéficie pas de recours par l'intermédiaire des institutions sociales pour répondre à l'atteinte à son intégrité.

2. Violence et suicide

Le sujet du suicide a été exclu d'emblée du champ de notre Commission par la coordinatrice du travail d'ensemble de toutes les commissions chargées d'élaborer le plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé, et ceci par ce qu'il fait déjà l'objet de programme spécifique au niveau national. La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) a été fondée autour de 4 axes : améliorer la prévention ; diminuer l'accès aux moyens très létaux de suicide ; améliorer la prise en charge des personnes suicidantes et de leurs familles ; développer la recherche. La Stratégie est déclinée annuellement par les circulaires DGS et des textes de références, notamment :

- La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) lancée en septembre 2000.
- Circulaire Santé n° 2001/318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001.
- Circulaires DGS 2002,2003,2004 relative aux actions prioritaires régionales de la Stratégie nationale d'actions face au suicide.
- Recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une tentative de suicide (1998).
- Conclusions de la Conférence de consensus FFP/ANAES sur " la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge " (octobre 2000).
- Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS).
- Circulaire DGS/DGAS n° 2002-145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute des jeunes.
- Circulaire N°DGS/SD6C/2002/258 du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

Le Plan de santé mentale actuellement soumis à la concertation intègre le programme spécifique de prévention du suicide, renforce la dimension interministérielle des actions à mener auprès des jeunes notamment et incite à inscrire ce programme dans une approche plus globale de prévention et de soins en santé mentale.

L'existence de cette stratégie d'action n'empêche pas de reconnaître le besoin de réflexion sur le rapport entre violence et suicide. La violence générée par le suicidé, envers lui-même et envers autrui, peut-être intentionnel ou pas, comme dans le cas des patients agissant dans un état délirant ou de perte de contrôle de soi. La violence générée sur un inconnu en conséquence d'un acte suicidaire – par exemple, sur le conducteur de train en cas de celui qui se jette sous la rame de métro ou encore sur les citadins anonymes en cas de défenestration – n'est pas toujours aussi claire que dans le cas des effets sur les proches. La violence du suicide peut se définir en termes de douleur physique ou psychique que le traumatisme enchaîné entraîne sur l'autre et – quand c'est le cas – sur le survivant. Sans pour autant en faire un axe de travail, la commission soutient les efforts des programmes nationaux et remarque que les préconisations plus générales, en matière de prévention, de bonnes pratiques en santé mentale, et de réponses à la détresse psychologique et aux troubles mentaux entamés par les traumatismes, agissent nécessairement dans le domaine de la violence et du suicide. Ces efforts se doivent de prendre en compte la violence comme déclencheur ou facteur contribuant au suicide. En même temps, certains axes de notre commission ont nécessairement à examiner l'auto-agressivité aussi bien que l'hétéroagressivité, par exemple, en ce qui concerne les facteurs de risque des malades mentaux graves.

L'exemple positif des campagnes de lutte contre le suicide qui montrent qu'il est possible de proposer des plans d'actions de lutte contre la violence (ici sur soi même) incite à généraliser ce type de démarche préventive aux violences contre autrui.

C. Maladie mentale, santé mentale et violence

1. L'association faite par le public entre violence et « folie »

La commission a relevé l'importance des représentations courantes dans une large part du public relatives au lien entre violence et troubles mentaux. Plus particulièrement, elle a remarqué l'utilisation du mot « folie », dans son acception du sens commun, comme étant presque synonyme de violence. Le terme « folie » présente encore plus d'intérêt dès lors que les médias s'en emparent pour qualifier les actes d'extrême violence, comme

cela s'avère souvent avant qu'aucun suspect ne soit identifié ou encore même quand le suspect ne relève pas de la maladie mentale.

De telles représentations font partie de la stigmatisation de la maladie mentale. La stigmatisation est une désignation négative ou honteuse de quelqu'un sur la base de caractéristiques réelles ou supposées. La stigmatisation des personnes soupçonnées d'avoir une maladie mentale ou montrant des signes visibles attribués par les autres à une telle maladie se manifeste par toute une série de comportements et de stéréotypes, comme la mise à distance ou le rejet de ces personnes, la peur ou encore la gêne ressenties à leur égard. De nombreuses études suggèrent que ces désignations sont loin d'être arbitraires (voir la revue dans Phelan et Link, 2001). Elles reposent sur une incompréhensibilité du comportement de l'autre, c'est-à-dire sur l'emploi par l'observateur de catégories qui ne lui permettent pas de justifier les comportements observés d'une manière socialement intelligible. En fait, des facteurs sociaux indépendants du comportement déviant ou des symptômes de l'observé influencent la qualification de celui-ci comme étant malade mentale ou pas. Plus il existe de distance sociale – une différence dans les caractéristiques relationnelles, culturelles, sociales, sexuelles, ethniques, etc. – entre l'observateur et l'observé, plus il y a une tendance à l'incompréhension et à la création de l'autre comme radicalement différent, voire dangereux, ce qui ouvre la voie à la stigmatisation.

Ces qualifications ont des conséquences réelles. Plusieurs études ont établi que la stigmatisation peut affecter les possibilités d'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux, au niveau de l'emploi, du logement et d'autres ressources. Au niveau psychique, cette stigmatisation réduit l'estime de soi et aggrave le sens de désespoir avec lequel les souffrants vivent leur condition. Enfin, de telles représentations risquent d'isoler ceux qui en sont l'objet et les empêchent de jouir pleinement de leurs droits de citoyen. (Pour une revue de la littérature sur les effets empiriques de la stigmatisation voir Link et Phelan, 1999).

Plus récemment, la pérennité de l'association entre violence et « folie » dans les représentations sociales d'une partie importante des membres de la société a pu être montrée. Les représentations publiques de la maladie mentale sont dominées par la perception que les personnes souffrant de maladie mentale sont potentiellement violentes ou dangereuses. Une étude nationale menée auprès de 1 444 personnes représentatives de la population américaine non institutionnalisée montre que les croyances quant à la violence des personnes ayant un trouble mental dépassent largement la fréquence de la violence qui peut être montrée empiriquement pour les maladies mentales (Link, Phelan, Bresnahan et al 1999). Comparée à une étude similaire menée en 1950, le stéréotype public de la dangerosité de la maladie mentale apparaît encore plus fréquent aujourd'hui,

50 ans plus tard (Phelan, Link, Stueve et al, 2000). Paradoxalement, les représentations actuelles montrent une meilleure connaissance du phénomène de la maladie mentale, ainsi que de ses causes et traitements. Enfin, dans cette étude la peur que la personne malade mentale ne se livre à un acte de violence est très corrélée au désir d'éviter tout contact avec les personnes désignées comme malades mentaux.

L'enquête récente du Centre Collaborateur OMS de Lille et de la DREES, « La santé mentale en population générale : images et réalités », menée sur plusieurs sites français, montre une forte association entre violence, « folie » et maladie mentale (ces deux derniers termes ayant néanmoins été proposés aux enquêtés) (Anguis, Roelandt et Caria, 2001). Le « fou » est perçu comme « irrémédiablement anormal », et, pour une minorité des enquêtés, comme ne relevant pas de la maladie et donc ne nécessitant pas un traitement. Le terme « fou » est fréquemment associé à l'idée de violence, de même que les attitudes violentes et dangereuses sont interprétées comme révélatrices de la « folie ». La folie est donc assimilée à la violence, laquelle à son tour justifie, aux yeux de la majorité des personnes, l'enfermement en hôpital psychiatrique. Enfin, le terme « maladie mentale » est, lui aussi, rattaché à la violence, mais relève d'un problème de nature médicale. La folie peut mener au meurtre, tandis que la maladie mentale se limite plutôt à des violences allant de l'agressivité jusqu'au viol, et exercés contre les proches. Donc, cette étude montre que, comme aux Etats-Unis, l'association violence - « folie » est toujours très présente dans les attitudes et représentations de tout un chacun, mais que l'équation folie = maladie mentale n'est peut-être pas univoque et, dans les représentations, laisse un espace de différenciation.

2. L'amalgame fait entre maladie mentale et violence des détenus

L'existence d'une mauvaise santé mentale et d'un taux de suicide très élevé des détenus est une donnée qui a cours en France ces dernières années. Les résultats de la première étude épidémiologique française sur la santé mentale en prison vont dans cette direction. Portant uniquement sur des hommes (la quasi-totalité des détenus), l'enquête montre un taux élevé de symptômes psychiques, l'extrême fréquence des troubles psychiatriques avérés de tous types et de comportements addictifs. Plus de la moitié des détenus ont consulté ou été hospitalisés pour des raisons psychiatriques ou ont été suivis pour des raisons de toxicomanie ou d'alcoolisme avant de rentrer en prison (Falissard, Rouillon 2004). Ces résultats montrent le besoin de soins psychiatriques en prison et pourraient indiquer la possibilité d'un mouvement « trans-institutionnel », la pénurie des ressources dans le secteur psychiatrique contribuant à l'emprisonnement d'une population ayant déjà été définie comme souffrant de troubles psychiques avant son incarcération.

Ces données épidémiologiques établissent un constat : les personnes incarcérées présentent des taux de troubles mentaux plus élevés que la population générale. Telles quelles, ces données ne donnent pas d'indication sur le rapport « violence/trouble psychique » en détention. Pour le déterminer, il faudrait sur ces bases, d'une part, examiner et corrélérer les diagnostics psychiatriques avec les motifs d'incarcération et, plus généralement, avec les parcours de vie des intéressés ; d'autre part, établir une corrélation entre actes de violence intra-pénitentiaires et l'état psychiatrique des détenus concernés. Ce second axe est important à considérer car il implique les modalités du « contexte carcéral » et les effets pathogènes de la contrainte exercée sur les détenus, dont tous ne sont pas pour autant des malades mentaux, antérieurement à leur incarcération.

Bien que des études étrangères aient d'ores et déjà montré l'existence d'une corrélation significative entre troubles psychiatriques et comportements violents chez les détenus (voir Partie II A et références), il est indispensable de procéder à des recherches mieux ciblées pour « désinfiltrer » de manière générale violence et troubles psychiatriques

D. Redéfinition du champ d'intervention et reformulation de la problématique : les 4 axes retenus par la commission

Suite à nos réflexions préalables, nous avons construit une approche à l'objet violence basée sur le présupposé que les définitions de la violence sont instables ; elles varient selon les moments et les contextes culturels. En même temps, le travail de la commission a nécessité que nous délimitions notre traitement de la violence en rapport avec le trouble mental et la santé mentale. Ce but s'est compliqué par le fait qu'un décalage sépare souvent les faits scientifiques de leurs représentations auprès du public. D'ailleurs, l'étude des représentations sociales en soi et de leurs conséquences peut nous apprendre beaucoup sur les fondements cognitifs des actions de stigmatisation et de discrimination envers des personnes qui souffrent de trouble mental.

Nous avons ensuite défini notre champ autant en termes de violence « causée » par un trouble mental que de violence dirigée envers ceux qui en souffrent. Ceci étant encore très vaste, il a fallu néanmoins délimiter davantage le champ d'intervention de la commission aux violences qui génèrent des souffrances et/ou des troubles psychiques et qui font appel aux connaissances médicales et sanitaires. C'est donc bien par ses conséquences sur la santé mentale que, une fois définie comme objet social, la violence a été abordée.

Toutefois, réduire les contours de l'objet de la Commission aux seules maladies mentales aurait signifié s'éloigner des politiques actuelles françaises en la matière, aussi bien

qu'écarter une partie importante des états et des conditions qu'on met sous la rubrique de la santé mentale par opposition à la maladie avérée. Toutefois, pour éviter d'accorder trop d'importance à des phénomènes relevant *uniquement* du social ou du politique, il a fallu prêter notre attention aux connaissances en matière de *médiations* entre violence et santé mentale.

De la prévention aux bonnes pratiques de soins, certains domaines nous ont semblé participer de façon importante aux enjeux impliqués dans le rapport entre violence et santé mentale aujourd'hui. La commission a donc décidé d'examiner de près les enjeux de justice, en ce qui concerne les victimes de violence aussi bien que les auteurs.

Enfin, nous avons été interpellés par la question de la perpétuation des stéréotypes et de la stigmatisation et, dans l'autre sens, de l'accès aux connaissances psychiatriques. Ceci nous a amenés à amorcer – sans pour autant conclure – une réflexion sur la place des médias dans le rapport entre violence et santé mentale.

Dans la deuxième partie de ce rapport, nous présentons les 4 axes d'investigation arrêtés par la Commission ainsi que l'état des lieux des connaissances sur chacun d'eux. Il s'agit de :

- 1° Violence et trouble mental
- 2° Violences et traumatismes psychiques
- 3° Violences et enjeux de justice
- 4° Violence et médias

III. ETATS DES LIEUX

A. Violence et trouble mental

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

a) Violence : définition opérationnelle

Pour analyser et comparer les résultats des études dans ce domaine, nous avons été obligés de prendre en compte des définitions qu'elles empruntent. Nous avons donc considéré sous la dénomination de violence des comportements d'un certain type : *s'exerçant à l'encontre de personnes ou d'objets avec une intention et/ou une éventualité d'atteinte et de destruction.*

Sont inclus dans la catégorie de violence :

- les comportements individuels physiquement « hétéro-agressifs », jusqu'au meurtre
- les comportements individuels sexuellement agressifs, jusqu'au meurtre
- les comportements individuels « auto-agressifs », jusqu'au suicide

Par extension, on peut inclure :

- les comportements de violence verbale
- les comportements d'emprise, de harcèlement
- les comportements de destruction matérielle
- les comportements collectifs violents de toute nature

Ces comportements presupposent chez la personne, un état psychique émotionnel, affectif et cognitif, d'un certain type, ainsi qu'une situation contextuelle d'un certain type, facilitatrice ou activatrice.

Nous verrons que dans les données présentées ci-dessous, il n'est pas toujours possible de séparer, par exemple, un crime violent d'un crime non-violent. En outre, le crime est souvent utilisé pour indiquer la violence, bien que tout acte de violence ne constitue pas forcément un crime. Il faudrait donc lire attentivement les résultats qui suivent pour apprécier comment la violence est « opérationnalisée » dans les différentes recherches.

b) Les troubles psychiatriques et les comportements violents : questions

La violence criminelle, de même que le suicide, sont d'une relative rareté, tandis que le seuil de tolérance sociale à la violence paraît s'être élevé, avec l'appoint des médias qui en font l'une des cibles majeures de l'information et le corrélat d'une politique sécuritaire.

La violence criminelle apparaît, dans les représentations sociales, fortement associée à la maladie mentale, ce qui pourrait expliquer pour partie la peur qu'inspirent les troubles psychiatriques et la mise à l'écart dont souffrent encore les malades mentaux. C'est ainsi, par exemple, que des auteurs comme Bourgeois et Bénézech (2001), sur la base de données d'épidémiologie clinique, ont pu affirmer que violence criminologique et violence psychiatrique tendaient actuellement à se confondre.

Les données relatives aux liens entre troubles psychiatriques et comportements violents apparaissent cependant contradictoires, de sorte que le débat concernant la question de savoir si la maladie mentale expose ou non au risque de comportement violent est loin d'être clos.

A l'analyse, ces contradictions nous semblent admettre deux origines distinctes, la première d'ordre méthodologique, relevant de biais et de difficultés méthodologiques, la seconde d'ordre théorique, concernant plus précisément la question de la part du trouble mental proprement dit, celle des facteurs associés, comorbides ou environnementaux dans la production d'actes violents et/ou criminels, et, plus généralement, les questions non résolues posées par le processus du « passage à l'acte », violent et/ou criminel.

Concernant la criminalité, Swanson et al (1990) ont montré que les troubles mentaux, stricto sensu et sans l'appoint d'une dépendance alcoolique, n'étaient impliqués que dans 3 % des actes criminels. Plus récemment, ces auteurs indiquent que la fréquence des comportements violents - définis comme toute bagarre, attaque physique ou sexuelle, ou utilisation ou menace d'utilisation d'une arme - chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves et identifiés dans le système de soins psychiatrique, atteint 13 %. Trois variables - le fait d'avoir été victime de violence dans le passé, la violence environnante et l'abus de substances toxiques – ont un effet cumulatif sur le risque de comportement violent (Swanson et al, 2002).

Cette révision à la hausse concerne moins le trouble psychiatrique que les troubles ou les facteurs qui lui sont associés. Cette donnée a des implications multiples, en termes de soins, de politique de prévention, mais aussi de recherche, afin de saisir la dangerosité contenue dans l'interaction du trouble mental avec des variables associées.

c) Troubles psychiatriques et comportements violents : données

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

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

(1) Etudes en population générale

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

(2) Etude de cohortes suivies depuis la naissance

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

(3) Etudes de prévalence de troubles mentaux chez les détenus

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

Grant (1982) avaient trouvé des fréquences de 80 % pour les troubles de l'humeur de de 75 % pour la schizophrénie.

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

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

(4) Données sur les personnes suivies en psychiatrie ambulatoire

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

(5) Données sur les arrestations des patients sortant d'institutions psychiatriques

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

(6) Données sur les troubles mentaux chez les meurtriers

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

(7) Comorbidité psychiatrique et comportement violent en population générale

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

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

d) Les facteurs prédictifs des comportements violents

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

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

On ne peut nier en effet qu'un comportement violent soit statistiquement corrélé à la présence chez son auteur de perturbations mentales avérées, du moins au moment du passage à l'acte. Il serait plus approprié de parler d'« état psychopathologique », sans préjuger de sa pathogénie. En effet, si tout acte violent peut être conçu comme l'expression (défensive ?) d'une souffrance incontrôlable mentalement, ou comme la réponse à une menace ou à une mise en danger éventuellement vitale, l'agent pathogène peut se trouver aussi bien chez l'auteur de l'acte en tant que trouble psychiatrique, que dans son environnement, en tant que situation pathogène incontrôlable par le sujet. Ces données environnementales ont été soulignées chez les détenus par l'Inspection

Générale de l'Action Sociale (IGAS) dans un rapport (2002) dénonçant la dégradation du dispositif public de santé mentale en tant que l'un des agents de la marginalisation voire de l'exclusion d'une frange croissante de la population, ainsi que la responsabilisation désormais courante des malades mentaux auteurs de crimes.

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

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

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

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

D'ailleurs, suivant Nestor (2002), il serait intéressant d'étudier les 4 dimensions de la personnalité qu'il considère être associées au risque criminel chez les personnes

souffrant de troubles mentaux. Il s'agit du manque de contrôle des impulsions, de la dysrégulation affective, de la perturbation narcissique et du mode de pensée paranoïde. Les deux premières sont plus corrélées aux troubles addictifs (primaires ou secondaires) et les deux autres aux troubles schizophréniques (voir aussi Rouillon, 2004).

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

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

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

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

L'importance de maintenir une continuité de soins pour prévenir la récidive chez des patients psychiatriques ayant déjà commis des crimes violents est illustrée par une étude récente, seule étude longitudinale de ce type en France. Il s'agit d'une description de 97 patients hospitalisés d'office dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) et présentant « un état majeur dangereux majeur certain ou imminent incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire »¹ (Mathis, Léger, Christophe, Kottler nd). Cette étude a analysé l'évolution clinique et sociale de 80 hommes et 17 femmes à quatre ans après admission à l'UMD. A l'issue de l'hospitalisation, on a pu considérer que l'état de la plupart des patients s'était « amélioré », et qu'aucun cas d'aggravation n'était relevé. Sur une période de 4 ans, seuls l'état de 8 hommes et d'1 femme nécessitait une ré hospitalisation en UMD, mais 30 % de l'ensemble des sujets de l'étude sont décrits comme actuellement dangereux, sans pour autant être considérés comme relevant d'une indication d'hospitalisation en UMD. Cette enquête suggère que le séjour thérapeutique en UMD et un bon suivi psychiatrique ont été bénéfiques pour des patients identifiés comme étant dangereux. Des enquêtes de ce type avec des populations psychiatriques considérées comme à risque pour des actes dangereux ou violents devraient être

¹ Arrêté 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

poursuivies, sur des échantillons plus importants, et avec de meilleurs outils épidémiologiques et cliniques et un suivi plus long.

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

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

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

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

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

a) Etat de la question : les patients en dehors de l'hôpital

Les violences en direction des personnes souffrant de troubles mentaux constituent un problème ressenti important, soulevé par les membres des associations d'usagers (FNAPSY) et des amis et des familles des malades (UNAFAM) lors des auditions devant

notre commission. Ces violences font cependant partie d'une zone opaque peu explorée et pour plusieurs raisons.

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

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

Swartz, Swanson et al 1999). Par contre, les conditions environnementales plus spécifiques qui contribuent à « cibler » ces victimes, mais qui affectent aussi la conscience qu'ils prennent (ou ne prennent pas) de leur propre vulnérabilité, seraient à élucider.

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

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

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

Toutes les enquêtes citées posent des problèmes de définition et de méthodologie et donc d'interprétation. Aucun n'examine de manière suffisamment serrée le jeu des

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

b) Violence légitime, violence illégitime : l'institution psychiatrique

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

L'histoire de la psychiatrie montre jusqu'à quel point l'intervention du soignant en psychiatrie mélange le soin et la contrainte. La contrainte, comme l'intrusion dans la vie privée du patient en dehors et encore plus à l'intérieur de l'hôpital, est souvent vécue comme une violence corporelle aussi bien que psychique (le dépouillement des affaires personnelles, les limitations de mouvement, la prise forcée de médicaments, la promiscuité, etc.). Pourtant il s'agit là d'une contrainte exercée « pour le bien du patient ». L'institution psychiatrique existe alors dans une relation étroite avec la violence d'état en deux sens, au moins : en exerçant des contraintes sur le patient fut-ce « pour son bien » ; en traitant des symptômes qui sont eux-mêmes provoqués par des violences exercées sur le patient (voir l'état de la littérature ci-dessus)². A cette violence « ordinaire », il faut ajouter des formes plus récentes et/ou particulières, soulevées récemment par des associations : le prolongement de dispositifs comme les mesures de tutelle ou de curatelle, l'abus des sorties d'essai prolongé, la non-judiciarisation (ou judiciarisation très tardive par rapport aux standards européens) des procédures d'hospitalisation sans consentement, la confusion autour même de la notion de consentement ...

² Sur ces points, voir Vivet et Tomkiewicz 1991, Martin 2000, Castel 1989.

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

La violence en institution est fonction de deux types de composantes en tension l'une avec l'autre. D'un côté les facteurs, individuels aussi bien qu'organisationnels, qui la suscitent, de l'autre les dispositifs qui permettent d'y parer, et notamment les recours possibles pour les victimes. En ce qui concerne les causes, elles sont de plus en plus connues car inhérentes aux dysfonctionnements plus généraux de la psychiatrie française actuelle. On peut citer le manque de formation du personnel, le manque d'adéquation du service au besoin du patient, le faible nombre de personnel en situation d'encombrement et/ou de crise, l'application des techniques chimiques et physiques en absence de la parole ou de la tentative du dialogue, l'utilisation à des fins punitives de techniques développées dans une optique thérapeutique (Clément 1996). On peut aussi noter la fragilité des centres de crise et d'accueil, lesquels, quand ils sont bien utilisés, permettent l'établissement d'un dialogue avec le patient en crise et l'évitement de la seule répression (Martin 2000).

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

B. Violences et traumatismes psychiques

1. Etat des lieux

a) **Conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence**

Les conséquences psychiatriques et psychologiques de la violence sont depuis une vingtaine d'années largement documentées. C'est d'ailleurs un thème récurrent en constante progression dans la littérature internationale depuis le début des années 80, puisqu'on dénombre plus de 1500 publications référencées sur ce thème en 2004³, pour seulement 22 en 1980. Avec une augmentation de près de 70 fois supérieure à l'année de référence (1980⁴), le taux de croissance de ces articles dépasse largement celui des articles consacrés à d'autres catégories psychiatriques. Par exemple, le taux d'articles consacrés à la schizophrénie double simplement dans le même intervalle de 20 ans (passant, certes, de 1130 en 1980, à 2426 en 2000), alors que dans le même temps, pourtant, l'intérêt scientifique pour la schizophrénie a été profondément renouvelé grâce à l'imagerie cérébrale, les hypothèses étiologiques neurobiologiques et neurogénétiques, la mise sur le marché de nouvelles molécules plus efficaces et le regain des débats autour des enjeux sociaux de la schizophrénie. Cette expansion tout à fait remarquable traduit un double phénomène. Avant tout, il s'agit incontestablement d'une large prise de conscience au sein de la communauté scientifique prenant désormais en considération l'impact de la violence (des violences ordinaires jusqu'aux catastrophes humaines et naturelles) sur la santé publique et sur la santé mentale.

Ensuite, c'est également la preuve d'une bien plus grande visibilité dans l'espace social des conséquences psychiques de la violence et des traumatismes (nous reviendrons plus loin sur cette distinction essentielle pour notre propos), qui s'accompagne d'une volonté très forte de la part des professionnels, des autorités sanitaires, des médias et bien sûr des victimes elles-mêmes de déstigmatiser les troubles psychologiques consécutifs à des événements violents. D'autant que dans cette recension de la littérature nous n'avons pas pris en considération les articles de vulgarisation parus dans la presse généraliste qui foisonnent sur ce sujet. En effet, à la différence des autres catégories psychiatriques, les troubles psychologiques consécutifs à des accidents ou à des violences sont désormais non seulement bien mieux dépistés mais sont surtout perçus dans l'imaginaire social comme *une réaction normale à une situation anormale* les distinguant radicalement des autres formes de pathologies psychiatriques, lesquelles conservent une connotation encore très péjorative⁵. Cet aspect est essentiel. Il dénote un profond renversement des sensibilités collectives tant chez les professionnels que chez les profanes qui favorise très largement une bien meilleure prévention (secondaire à défaut d'être primaire) de ces

³ A partir d'une recherche par mots clés effectuée sur le serveur *Sciedirect* de la maison d'édition *Elsevier* qui regroupe les principales banques de données internationales dont *MedLine* (de la National Library of Medicine) qui est la plus importante dans ce domaine. <http://www.sciencedirect.com/>

⁴ Année à laquelle a été introduite la nouvelle dénomination des troubles psychiatriques post traumatiques dans la troisième révision de la classification américaine des troubles mentaux A.P.A (1980).

⁵ Voir les parties II D 2 et III D de ce rapport. Malgré des avancées très significatives, notamment grâce à de nombreuses campagnes d'information, la dépression pourtant bien mieux comprise par le grand public demeure une pathologie mentale encore trop souvent *honteuse*. Quant aux autres troubles psychiatriques chroniques, comme les psychoses, les tentatives de déstigmatisation restent encore vaines.

troubles et la mise en œuvre précoce de soins adaptés. A la différence des autres troubles psychologiques, les victimes acceptent plus volontiers de se reconnaître souffrantes, voire d'être « étiquetées » de la sorte sans crainte de conséquences sociales préjudiciables. Ainsi aux Etats Unis, la psychiatre Nancy Andreasen, rédactrice en chef de *l'American Journal of Psychiatry*, notait dès 1995 que les troubles post-traumatiques étaient devenus les seuls diagnostics psychiatriques que les patients réclamaient, non seulement pour obtenir d'éventuelles réparations financières, mais aussi et peut-être surtout en guise de paradoxalement certificat de normalité (Andreasen 1995), bien que le statut unique de ces troubles soit en train de changer très lentement⁶. Mais c'est surtout dans les ouvrages destinés au grand public⁷ et sur Internet⁸ que la reconnaissance des souffrances psychiques induites par les violences a rencontré le plus large écho. Avec quelques années de retard la France a connu un développement similaire dans le grand public⁹, sans que toutefois la victimologie parvienne à s'imposer avec la même force dans la psychiatrie officielle française (Latté 2001).

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

⁶ Sur le marché de la justice réparatrice pour les troubles dits « sociomédicaux » aux Etats-Unis, voir Dumit J (2004).

⁷ Voir par exemple Terr (1990).

⁸ La multiplication des sites internet intégralement dédiés aux traumatismes et à leurs conséquences psychiques rend impossible toute recension exhaustive. A côté des sociétés internationales de victimologie, comme *l'International Society for Traumatic Stress Study* (<http://www.istss.org/>) ou *L'International Victimology Website* (<http://www.victimology.nl/>), la toile regorge de pages individuelles ou associatives destinées à alerter et à sensibiliser les lecteurs sur les conséquences psychologiques de la violence.

⁹ De nombreuses pages web francophones sont actuellement dédiées aux traumatismes psychologiques et aux conséquences psychologiques des violences voir par exemple <http://traumapsy.com/stress-post-traumatique.php>, notamment par les associations de victimes d'abus sexuels (par exemple <http://lesmauxdusilence.free.fr/parler.php>) cf le rapport intermédiaire de l'étude en cours de réalisation Fassin et Rechtman (2004).

imputés au terrorisme, pour la plupart dans les métros, de l'été 1995 (Verger, Dab, Laming et al 2004) pour répondre à la souffrance psychique des victimes que le Chef de l'Etat avait personnellement constatée (D'Halluin, Latté, Fassin et al, 2004).

Or, cette conception repose essentiellement sur ce lien qui semble aujourd'hui évident entre la violence et la souffrance psychique qu'elle entraînerait nécessairement.

Pourtant derrière cette évidence une réalité scientifique beaucoup plus contrastée se dessine. Deux aspects méritent d'emblée d'être soulignés.

b) violence et souffrance psychique

La notion même de souffrance psychique demeure particulièrement difficile à définir d'un point de vue clinique. Dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la « souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », les rédacteurs insistent dès l'introduction sur l'imprécision de la notion de souffrance psychique (Haut Comité de la Santé Publique 2002). A la fois signe d'un malaise propre à cet âge de la vie, chez certains, et d'une tendance déjà pathologique, pour d'autres, la souffrance psychique correspondrait essentiellement à une accumulation de petits signes infra-cliniques ne permettant justement pas de poser un diagnostic psychiatrique (Rechtman 2004), mais dont on peut craindre que l'évolution conduise vers la constitution d'un authentique trouble psychiatrique ou à l'accentuation de problèmes sociaux. Si elle a été un peu plus étudiée chez les adolescents (Choquet, Michaud, Frappier 1997), autour des notions de malaise, de mal-être, de conduites à risque et de petite délinquance, cette notion pourtant régulièrement utilisée par rapport aux adultes, notamment dans les populations en situation précaire (Joubert 2003), n'a justement pas fait l'objet d'études précises, cliniques ou épidémiologiques. La psychologie clinique l'a désigné comme l'un de ses objets spécifiques mais ne lui donne pas pour autant un contenu précis et concret¹⁰. On la retrouve également régulièrement mentionnée en médecine du travail ou en médecine générale comme un regroupement de signes devant alerter les praticiens vis-à-vis d'un trouble éventuellement en voie de constitution, mais là encore aucune définition précise ne vient circonscrire les signes qui pourraient ou non relever d'une souffrance

¹⁰ Ainsi on peut lire dans l'article de synthèse de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale « Le champ théorique de la psychologie clinique est constitué du domaine de la psychopathologie clinique étendu aux manifestations psychologiques des différentes formes de souffrance. C'est en ce sens que la psychologie clinique peut être productrice d'une théorie de phénomènes appartenant au registre de la normalité. », mais les auteurs ne s'étendent pas plus sur la définition de ces autres souffrances (Pedinielliet Bénony, 2001).

psychique¹¹. En fait c'est régulièrement plus un signal *subjectif*, une souffrance ressentie, qu'un signe *objectif*.

Difficile à définir et donc à évaluer, la souffrance psychique est avant tout un indicateur de santé mentale¹², distinct d'un trouble mental, ayant surtout une valeur pronostique vis-à-vis de l'éclosion secondaire de problèmes plus sévères (indistinctement sociaux ou de santé mentale). C'est à ce titre que la prise en charge des souffrances psychiques s'apparenterait plus volontiers à de la prévention primaire par rapport au déclenchement d'un éventuel trouble psychiatrique, ou à la prévention secondaire des problèmes déjà existants.

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

¹¹ Cf par exemple : Gallais et Alby (2002) et Raix A et Migné C. (1995). La question du statut nosologique de la souffrance psychique a été soulevée par l' Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) lors d'un séminaire national consacré à cette question, Arbresle, le 3 et 4 novembre, 2002.

champ de la santé mentale des « maux » jusqu’alors méconnus et toujours inclassables dans la nosographie psychiatrique. C’est l’inverse qui s’est produit avec l’introduction de la notion de souffrance psychique consécutive à des événements traumatiques.

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

c) Violence, traumatisme et psychiatrie

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

Le changement introduit dans la troisième révision de la classification américaine des troubles mentaux (le DSM-III) va être essentiel, dans la mesure où pour la première fois, la définition des troubles post-traumatiques va précisément indiquer que l’événement traumatique est le seul agent étiologique, sans pour autant modifier le reste de la sémiologie de l’ancienne névrose traumatique (APA 1980). A partir de cette date, le lien entre le trouble psychiatrique et l’événement traumatique va pouvoir devenir automatique et non plus conjoncturel, c’est-à-dire le produit d’une rencontre entre une susceptibilité singulière et un événement. C’est précisément la définition de l’Etat de stress post-traumatique¹², qui est le nouveau nom attribué à la névrose traumatique. Même si tous les traumatismes ne génèrent pas nécessairement de PTSD, la définition du trouble indique

¹² Même si la notion de santé mentale n’est pas non plus un concept aujourd’hui plus unifié cf Lovell, 2004.

¹³ Dont l’acronyme anglais PTSD (post traumatic stress disorder) s’est imposé en France.

clairement que c'est une réponse normale à une situation anormale et qu'il est susceptible de survenir chez n'importe quel sujet (APA 1980, OMS 1993). Dans la classification américaine comme dans la classification de l'OMS, le PTSD est le seul diagnostic qui témoigne d'un lien causal direct et exclusif entre un événement et une pathologie mentale, et de ce fait, c'est également le seul diagnostic qui va pouvoir ouvrir droit à réparation par la mise en évidence d'une imputabilité directe. Si les premiers éléments d'un lien entre violence et souffrance psychique semblent alors constitués, il faut d'emblée reconnaître que du point de vue de la psychiatrie américaine, comme plus tard en France,

ce n'est pas la violence qui engendre nécessairement un PTSD, c'est le traumatisme (Cordier Sylvestre, Leyrie 1994). Or, trop souvent la tendance actuelle consiste à élargir considérablement le champ d'application de cette conception en établissant un lien de causalité naturelle entre violence et souffrance psychique alors même que la catégorie diagnostique du PTSD est finalement beaucoup plus restrictive.

De cette discussion on peut tirer quatre points importants :

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

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

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

Or, l'idée commune aujourd'hui d'un lien naturel entre violence et souffrance psychique risque d'accréditer l'assimilation trompeuse entre le traumatisme et la violence, alors que les données existantes permettent plus modestement d'établir un lien entre certains

traumatismes et la pathologie. Le fait de subir des violences n'entraîne pas nécessairement de trouble post-traumatique du point de vue psychiatrique. De même aucune donnée objective ne permet à ce jour d'affirmer que les violences entraînent nécessairement des souffrances psychiques.

Ce qui ne veut pas dire, loin s'en faut, que des violences éventuellement *sans conséquences psychiatriques ou même psychologiques* chez certains individus ne sont pas condamnables pour autant (nous reviendrons plus loin sur les risques de tels amalgames).

Il conviendrait donc plus justement de parler d'événement potentiellement traumatique (EPT), plutôt que de violence *stricto sensu* qui, comme on vient de le voir, est une notion qui n'a pas de correspondance dans le vocabulaire psychiatrique.

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

Alors que la nouvelle catégorie de PTSD a été imposée dans la classification psychiatrique américaine (DSM III) sous la pression de mouvements sociaux et pour des motifs plus politiques que scientifiques dans les années 1980¹⁴, la démonstration scientifique du lien de nécessité entre l'événement traumatique et la pathologie a du attendre le milieu des années 90.

Ce n'est qu'au début des années 1990 que les premières grandes enquêtes épidémiologiques sur le PTSD ont été menées au Etats-Unis (Breslau, Davis, Andreski et al 1991, Breslau et Davis 1992). Or, leurs résultats n'ont pas confirmé les hypothèses des chercheurs. Alors que la nouvelle définition du PTSD affirmait qu'il s'agissait de la *réponse normale à une situation anormale*, les travaux de l'épidémiologiste psychiatrique, Naomi Breslau, sur un échantillon de plusieurs milliers de personnes exposées à de multiples situations à haut potentiel traumatique ne retrouvaient parmi eux qu'un tiers de sujets pouvant être diagnostiqués avec un PTSD, un tiers avec une réaction traumatique brève sans lendemain et un tiers indemne de pathologie psychiatrique, même s'ils présentaient, pour certains, des signes que l'on pourrait aujourd'hui qualifier de souffrances psychiques¹⁵.

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

¹⁴ La littérature anthropologique et sociologique s'est considérablement développée ces dernières années sur ce sujet dans la suite des travaux pionniers d'Allan Young : Young A 1995a 1995b, 2001, 2002. Voir aussi Summerfield 1999, 2001 et Bracken 1998.

¹⁵ D'autres études ont retrouvé les mêmes résultats. Voir Breslau, Kessler, Chilcoate et al, 1998.

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

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

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

Les populations vulnérables au PTSD

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

- les antécédents de traumatismes multiples (surtout dans la jeune enfance) sont les facteurs de risques les plus significatifs avec la précarité des relations sociales (faible capital social) (Breslau, Chilcoat, Kessler et al 1999 ; Gold, Engdahl, Eberly et al 2000).
- le sexe est le deuxième facteur puisque la prévalence du PTSD est double chez les femmes, sans que l'on dispose à ce jour d'explication satisfaisante (Breslau, Davis, Andreski et al 1997).

- un faible niveau d'éducation, des capacités intellectuelles basses sont également des facteurs de risques (McNally RJ, Shin LM 1995).
- l'appartenance à une minorité ethnique, mais ce facteur est en fait lié aux précédents (essentiellement les antécédents de traumatismes multiples et le faible niveau éducatif) puisqu'il vise préférentiellement les minorités ethniques en situation précaire et ne semble pas viser d'éventuels particularismes culturels (Breslau, Kessler, Chilcoat et al 1998).
- un facteur « génétique » a également été évoqué pour rendre compte de la transmission familiale du risque (Halligan, Yehuda 2000).
- enfin les antécédents psychiatriques lourds sont également incriminés. A ce titre, les études retrouvent un taux de PTSD très significativement augmenté chez les malades mentaux exposés à des violences parfois moins sévères que dans la population générale (Mueser, Goodman, Trumbetta et al 1998 ; Mueser, Rosenberg, Goodman et al 2002)¹⁶.

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

Les populations vulnérables à d'autres pathologies non spécifiques

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

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

Si les effets sur les personnes vulnérables des événements potentiellement traumatisants sont désormais bien établis sur le plan clinique, et devraient permettre une prévention plus adaptée aux besoins de chaque population, *il convient de souligner que la question de l'imputabilité et donc de la réparation financière demeure problématique*¹⁷. Selon la définition, seul le PTSD autoriserait la mise en évidence d'une imputabilité susceptible

¹⁶ De façon très surprenante cet aspect a été largement ignoré dans les suites de la catastrophe de l'usine AZF à Toulouse en septembre 2001 où la majorité des malades mentaux de l'hôpital Marchand, presque intégralement détruit par le souffle de l'explosion, ont du être transférer dans d'autres lieux sans qu'une attention particulière ne soit portée aux risques traumatisants encourus.

¹⁷ C'est ce qui ressort clairement de l'enquête en cours de réalisation sur la réparation financière des traumatismes psychologiques consécutifs à la catastrophe de l'usine AZF de Toulouse. Cf Fassin et Rechtman (2004).

d'ouvrir droit à réparation, alors que les autres troubles seraient éventuellement pondérés d'un facteur d'aggravation¹⁸.

2. Prise en charge précoce et débriefing¹⁹

La prise en charge précoce des victimes de violence et le débriefing demeurent des questions largement débattues dans la communauté scientifique (Aulagnier, Limosin, Verger, Rouillon 2003). Toutefois, il convient de bien différencier ces deux types d'intervention. Le debriefing est une technique de prise en charge très spécifique qui ne s'effectue pas à chaud mais en post-immédiat.

Le debriefing psychologique, conceptualisé par Mitchell en 1983 par le « Critical Incident Stress Debriefing » (CISD), vise essentiellement à atténuer la détresse psychique vécue pendant l'événement critique, dans l'idée d'en prévenir les effets négatifs au plan psychique. Initialement conçu pour des groupes de professionnels, le debriefing s'est progressivement imposé comme une véritable technique de soin proposée de manière plus générale aux sujets exposés à un événement traumatisant, même en individuel.

Les revues de la littérature, notamment les plus récentes, tendent à démontrer le caractère très controversé du debriefing psychologique, en une seule séance, pratiqué après exposition à un événement potentiellement traumatisant sur la survenue de troubles psychiques traumatisants (Aulagnier, 2003). Cependant, dans la plupart des études, le terme de « debriefing » regroupe, sous un même vocable des pratiques très différentes allant de l'intervention immédiate sur le terrain à des interventions différenciées, plusieurs jours après l'événement traumatisant.

En France, mais aussi en Belgique et en Suisse, le debriefing psychiatrique s'appuie sur des bases conceptuelles différentes, il a des indications et des limites définies et varie considérablement de celui réalisé par les anglo-saxons (Lebigot, 1997; De Clerq 1999 ; De soir, 2002 ; Prieto 2004). En pratique, l'intervention est guidée par quelques règles précises.

De façon synthétique, le « debriefing » psychiatrique dans sa version francophone :

- s'inscrit comme une intervention psychothérapeutique post-immédiate
- se base sur la notion de traumatisme
- s'alimente de conceptions psychopathologiques

¹⁸ « Il est du rôle de l'expert d'établir un diagnostic précis et, à partir de celui-ci, de démontrer une relation certaine, directe et exclusive avec le fait accidentel en cause. » (Cordier 1994).

¹⁹ Pour une description du cadre des dispositifs de prise en charge -- notamment le système des Cellules d'urgence psycho-médicale (CUMP) -- des victimes de traumatismes suite aux violences, voir Annexe 1.

- est élaboré par des praticiens de santé mentale formés et possédant une expérience de psychothérapeute
- est dédiée aux victimes directes d'un événement traumatisant ayant un groupe d'appartenance (le personnel soignant d'un service, une équipe de sauveteurs, les adolescents d'une même classe...)
- est l'amorce d'un processus thérapeutique
- est réalisé à distance de l'événement (jamais avant le 2^{ème} jour)

Le debriefing inspiré du CISD :

- se base d'avantage sur le stress et ses théories
- s'alimente des approches cognitives et comportementales
- est souvent élaboré par des secouristes et réalisé par des intervenants de différents champs professionnels
- est proposé à tous les sujets exposés à l'événement
- est parfois réalisé dans les tout premiers temps qui suivent l'événement

Dans ce cadre là, il est clair qu'on peut éventuellement proposer « un debriefing psychiatrique » (ou Intervention Psychothérapie Post Immédiate en groupe) à des victimes de violence ayant un groupe d'appartenance (un groupe qui se connaissait avant l'événement, ou qui travaillait ensemble).

3. Expertise, réparation et/ou restauration

Jusqu'aux années 1980, la névrose traumatique était assimilée à une névrose de revendication dont un des enjeux principaux était l'obtention d'une réparation financière, suspecte tant aux yeux des cliniciens qu'à ceux des pouvoirs publics ou d'autres éventuels bailleurs. Le destin de cette notion était même intimement lié à celui de la sinistrose, catégorie introduite par Brissaud en 1908 pour désigner un ensemble de symptômes consécutifs le plus souvent à un accident du travail et se caractérisant par des plaintes constantes en vue d'obtenir une compensation financière (Brissaud 1908). Malgré la volonté de certains de distinguer la névrose traumatique de la sinistrose en défendant l'idée que la première était une réalité clinique, tandis que la seconde n'était qu'une « supercherie » pour obtenir de l'argent, les débats médico-légaux restaient dominés par le soupçon d'une fraude ou d'une revendication financière injustifiée (Marin, Cotte 1969). C'est dans ce contexte que la réparation financière est progressivement apparue comme un outil « thérapeutique » susceptible d'apaiser, au moins partiellement, les personnes traumatisées.

Même si la question de la réparation des victimes de violence n'apparaît plus, aujourd'hui, comme l'enjeu essentiel qui sous-tend leur pathologie cet aspect demeure essentiel. Pour

certains, la réparation financière fait partie du processus thérapeutique (Cordier 1994) et à ce titre justifie la mise en évidence du préjudice psychologique. Or, l'identification des pathologies psychiatriques spécifiques comme le PTSD a permis d'ouvrir un droit à réparation pour les victimes de violence même en l'absence de séquelles physiques, l'imputabilité pouvant être désormais prouvée sur le plan psychiatrique. Mais il convient de remarquer que les questions liées à l'expertise des victimes et aux modalités de leur réparation (financières, symboliques et aujourd'hui psychologiques) sont loin de reposer sur un consensus.

a) L'expertise

En matière de victime l'expertise demeure peu encadrée. L'expertise de crédibilité qui repose sur un examen psychiatrique souvent sommaire est très critiquée par les différents professionnels. Les magistrats y trouvent rarement des éléments solides pour s'assurer de la véracité des dires des plaignants. Quant aux psychiatres, ils dénoncent, presque dans leur ensemble, l'impossibilité de la tâche et s'interrogent sur la pertinence de leur savoir pour répondre à une telle question²⁰. Faut-il y renoncer au profit d'une présomption de bonne foi comme le défend l'actuelle Secrétaire d'Etat aux droits des victimes ? En dehors des risques qu'une telle innovation comporte – notamment le risque qu'elle se transforme en présomption de culpabilité de l'accusé (discussion qui n'entre pas dans les attributions de notre commission) - force est de constater que l'expertise de crédibilité ne disparaîtra pas pour autant et risque de se transformer en expertise de bonne foi, tout aussi compliquée.

L'expertise des dommages, est déjà plus avancée, puisqu'elle s'appuie sur des années de pratiques assurancielles (Cordier 1994). Pour autant la question demeure de savoir s'il faut élargir le champ de l'imputabilité au-delà du seul PTSD aux troubles non spécifiques et aux décompensations de pathologies antérieures, et s'il faut lui donner un cadre réglementaire dans un nouveau droit des victimes de violence. Au quel cas, il faudrait redéfinir le champ des troubles post-traumatiques à partir d'études plus précises qui manquent encore à ce jour.

b) La restauration judiciaire

Alors que la récente reformulation de la théorie du psycho traumatisme répondait à une volonté collective d'extraire la victime de la domination de l'agresseur, en lui épargnant notamment la justification préalable de son innocence, ou plus exactement de sa non implication dans le dommage psychologique subi, l'expansion d'un droit à réparation a paradoxalement de nouveau scellé son destin à celui de son agresseur. Des voix de plus en plus nombreuses se font entendre pour insister sur les vertus thérapeutiques pour les

victimes de la procédure pénale à l'encontre de leur présumé agresseurs et plus encore, peut-être, sur le procès lui-même et la nature de la peine prononcée. L'argument y est régulièrement psychologique et s'appuie une fois encore sur cette équivalence, que nous avons mise en question plus haut, entre la violence subie et le dommage psychologique. Récemment, la secrétaire d'Etat aux droits des victimes plaide ainsi pour une justice restauratrice : « *Il s'agit de permettre aux victimes d'accomplir au mieux le parcours judiciaire, passage obligé, mais non exclusif, de leur thérapie. La justice n'a pas seulement pour fonction de déterminer des coupables. Elle est aussi une étape dans la nécessaire reconstruction de la victime*²¹. »

Or, c'est dans la condamnation sévère de l'accusé que l'on semble attendre la restauration psychologique. C'est dire que le droit à réparation que l'on cherche désormais à inscrire dans la loi s'éloigne radicalement de la seule réparation financière. Il devient symbolique. Pourtant, le lien entre réparation psychologique et réparation symbolique n'est pas soutenu par de nouvelles découvertes scientifiques. La littérature médicale ou psychiatrique reste encore bien discrète sur les vertus thérapeutiques de la procédure pénale, comme elle ne dit encore rien des effets psychologiques de ce dévoilement public des blessures intimes (Cesoni ML, Rechtman 2005).

Il semble donc nécessaire de distinguer précisément ce qui relève d'une réparation financière que la justice à également pour mission d'attribuer, d'une restauration psychologique que la condamnation de l'accusé a finalement bien peu de chance d'apporter. La thérapeutique des victimes de violence ne peut qu'être dispensée par des professionnels de la santé et en aucun cas la revendication de certains d'obtenir la condamnation, sans doute légitime, d'un accusé ne saurait être assimilée à un problème de santé et encore moins à un enjeu de santé publique.

Ici le lien entre santé mentale et violence se transforme en instrument de régulation qui risque de générer des pratiques plus répressives, qui ne relèvent pas plus de la compétence des cliniciens qu'elles ne sont susceptibles d'avoir d'efficacité thérapeutique pour les victimes.

²⁰ C'est ce qui ressort du groupe de travail sur l'expertise psychiatrique organisé par la DGS et le bureau des grâces du Ministère de la justice auquel un des membres de notre Commission participe.

C. Violences et enjeux de justice

Article 122-1 CP

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance.

Selon l'article 122-1 inclus dans le Code pénal en 1994, 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 ne sera pas jugée. Il n'y a alors ni débat public ni sanction pénale. Si son discernement est atténué, le tribunal devra tenir « compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »

Dans le premier cas, la loi considère ainsi que l'on ne peut pas juger ces prévenus car ils n'ont pas eu conscience de commettre une infraction et/ou parce qu'ils ont été incapables de s'empêcher de commettre ces actes. En d'autres termes, ils n'ont pas compris et voulu l'acte que la justice leur reproche. Ces deux facultés ne sont pas abolies, mais seulement diminuées dans le deuxième cas.

Ces articles de lois attestent du fait que la justice, depuis presque deux siècles, ne juge plus seulement des actes mais également des personnes. Ainsi les mêmes faits peuvent avoir des sanctions juridiques différentes suivant l'état psychique de leurs acteurs. Ces lois reconnaissent donc que des violences peuvent être effectuées dans des contextes très différents et qu'il est essentiel, par exemple, de distinguer des faits délinquants effectués par des personnes souffrant de troubles psychiques et qui commettent ces actes dans une détermination en rapport avec ces troubles, des autres délinquants sans troubles psychiques.

²¹ Nicole Guedj, Non, je ne suis pas inutile, *Le Monde*, 30 septembre 2004 (nous soulignons).

Cette reconnaissance juridique de la détermination psychopathologique dans certains faits de violence — qui est l'objet fondamental des expertises psychiatriques — est aujourd'hui fortement battue en brèche.

Ainsi, il faut constater que, par exemple, depuis quelques années ce que les victimes et leurs familles comprennent souvent comme une impunité est considéré par elles comme étant "scandaleux". Selon elles, priver les délinquants souffrant de troubles psychiques de procès, équivaut à nier les violences subies et les empêchent de faire leur travail de deuil. Cette position suscite beaucoup de débats entre les magistrats, les psychiatres, les victimes et leurs proches²².

Une autre cause de cette évolution est le changement profond de conception de certains psychiatres du rôle de la peine privative de liberté qui ne serait plus seulement une sanction mais qui pourrait également être thérapeutique en responsabilisant le délinquant souffrant de troubles psychiques, même s'il n'est pas pleinement l'acteur de ses actes (Bénézech 2000).

La conséquence la plus tangible de ces différentes prises de position est l'actuelle tendance à la pénalisation de la maladie mentale. Ainsi, les non-lieux psychiatriques, de 0,51 % dans les affaires criminelles en 1990, sont passés à 0,17 % en 1997. D'autre part, on constate que les jurys d'assises prononcent souvent des peines plus longues pour des personnes souffrant de troubles mentaux et qui ne bénéficient pas d'une irresponsabilité et ceci dans un réflexe de protection vis-à-vis des risques de récidive (Senon 2004).

Une autre conséquence possible de ce phénomène, attesté par une enquête de la DREES (Coldéfy, Faure, Prieto 2002) affirme que 55 % des détenus présentent lors de leur premier entretien avec un intervenant médical en prison des troubles psychiatriques plus ou moins sévères. Par ailleurs, les revues de la littérature récente s'accordent à montrer l'augmentation des cas psychiatriques en milieu pénitentiaire. Gunn (2000), par exemple, montre qu'en 1977 un tiers des détenus souffrait de troubles psychiatriques, alors que leur nombre était de deux tiers en 1995.

La question reste ouverte et controversée quant à déterminer le rôle de l'art. 122-1 du code pénal sur cette augmentation (Senon 2004). Une hypothèse soulevée lors des auditions de notre commission serait que les nouvelles procédures judiciaires, notamment l'accélération des convocations des accusés, font que dans un grand nombre de cas ceux-ci ne comparaissent pas devant la justice. Cette procédure ne permet pas de prendre en compte la pathologie psychiatrique des personnes incriminées in absentia, ce

²² Voir, par exemple, Czermak, Dubec, Jean et al (2000).

qui expliquerait une part de l'augmentation du nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

D'autre part, les difficultés psychiques de certains délinquants ne sont plus comprises comme devant être des « circonstances atténuantes » de leurs actes, mais ces difficultés sont de plus en plus considérées comme une dangerosité supplémentaire de ces personnes. Ainsi la question de l'évaluation de cette dangerosité est devenue une question centrale dans une société qui n'accepte plus les risques de passage à l'acte des personnes souffrant de troubles psychiques.

En résumé, l'évolution inquiétante décrite ci-dessus oblige de mieux distinguer les rôles respectifs des psychiatres et des juges. Ces deux catégories professionnelles ont des normes différentes qui doivent être respectées. Pour le psychiatre, ce qui importe c'est de déterminer d'une part si une personne auteur d'un acte délinquant souffre d'un trouble mental et, d'autre part, si cet éventuel trouble a un rapport avec les faits qui lui sont reprochés. Sa norme et sa logique sont déterminées par une clinique, basée sur un savoir de plus de deux siècles. Pour le juge ce qui importe est la norme sociale ; ainsi, il doit, en fonction de celle-ci, déterminer une punition des actes délinquants en rapport avec des articles de lois votés démocratiquement.

De plus, un troisième acteur doit être pris en compte, plus difficilement identifiable, constitué par l'opinion publique, dont le rôle peut fluctuer entre des positions plutôt sécuritaires (« la tolérance zéro ») ou alors allant vers une plus grande compréhension des déterminants psychiques.

D. Violence et médias

1. Médias et maladies mentales

La sociologie de la santé mentale s'est intéressée depuis longtemps aux représentations de la maladie mentale dans les médias. Plus précisément, on y trouve l'hypothèse que la façon sélective dont les médias présentent la maladie mentale sous un angle négatif renforcerait les stéréotypes du grand public. Ce n'est cependant que la première partie de cette hypothèse qui a été soutenue à plusieurs reprises, par les recherches, et ceci pour la presse en Amérique du Nord ainsi que dans certains pays européens. Les analyses de contenu des quotidiens révèlent une proportion importante d'articles dans lesquels les individus souffrant de maladie mentale sont décrits comme agressifs, et où les individus souffrant de psychose apparaissent uniquement par rapport à la criminalité qui leur est

attribuée. La presse ne présente que rarement des informations sur la maladie mentale qui la cadre sous un angle plutôt positif (voir l'état de la question dans Angermeyer et Matschinger, 1996). En France, une analyse des titres de 4 journaux nationaux, menée en 1992, a montré que pratiquement tous les articles sur la psychiatrie faisaient mention de la violence. Le thème dominant de ces articles portait sur les institutions psychiatriques pour malades ayant commis un ou des crimes. D'ailleurs, la comparaison de ces thèmes avec ceux des discernés dans des études similaires menées en 1970 et en 1985 a montré que les représentations de la psychiatrie dans la presse n'avaient guère changées (Farges et Reynaud, 1996). On peut conclure, avec d'autres recherches qui vont dans le même sens, que les quotidiens montrent une tendance vers un reportage très sélectif en ce qui concerne la maladie mentale et la psychiatrie (Angermeyer et Schultze 2001).

Pourtant, la presse écrite n'est pas celle qui domine la transmission d'informations aujourd'hui, et la télévision est de loin l'outil plus important de socialisation. Ceci nous mène à étendre l'hypothèse à tous les médias. En outre, certains spectateurs déclarent avoir plus de confiance dans le contenu des émissions de « divertissement » que dans les informations (Wilson, Nairn, Coverdale, Panapa 1999a), ce qui accentue l'importance d'inclure sous la rubrique des médias la fiction et le ludique, aussi bien que le reportage des soi-disant « faits ». Ainsi il semblerait que les fictions télévisées et cinématographiques fournissent une source importante de représentations de la maladie mentale. Or, on trouve le même cadrage sélectif dans les fictions que dans les formats « factuels ». Une analyse de contenu de 34 films de la compagnie Disney montre jusqu'à quel point les références à la maladie mentale, exprimées par des termes non scientifiques tels que « fou » ou « dingue », constituent des mécanismes pour différencier, écarter ou dénigrer les personnages. Dans 85 % de ces films d'animation, il y avait une référence stigmatisante de ce type (Wilson, Nairn, Coverdale, Panapa 2000). Dans une étude menée sur un an sur des comédies dramatiques qui sont passées à la télévision pendant les heures d'écoutes maximum et dont au moins un des personnage était malade mental, la plupart de ces personnages furent dépeints comme étant physiquement violent envers eux-mêmes ou autrui (Wilson, Nairn, Coverdale, Panapa 1999a).

A ces études, nous pouvons ajouter le constat souvent répété lors des auditions de la Commission que la psychiatrie elle-même et les travaux des psychiatres ne sont que rarement présentés quand il s'agit de succès ou de parcours positif. Toutefois, ni ces constats ni les résultats présentés ci-dessus ne nous permettent de mettre à l'épreuve l'hypothèse de l'effet des informations et des images sur le lecteur ou le spectateur.

Une étude allemande fournit une sorte d'expérience « naturelle » pour examiner ces effets supposés des médias. Il s'agit d'appréhender les attitudes du grand public envers la maladie mentale avant et après deux attentats violents et très médiatisés contre des

figures politiques importantes. L'étude est basée sur 6 enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs des adultes de nationalité allemande non institutionnalisés, entre 1990 et 1992. Les résultats montrent une augmentation, suite aux attaques, des indicateurs de distance sociale²³ et des attributions de caractéristiques de dangerosité et d'imprévisibilité aux individus atteints de schizophrénie. Ces attitudes diminuent avec la distance dans le temps par rapport aux attentats. La même évolution des attitudes envers la maladie mentale n'a pas été trouvée par rapport aux individus décrits selon le questionnaire comme étant dépressifs, ces attitudes là étant restées stables. (Angermeyer et Matschinger, 1996). Un troisième événement, considéré comme plutôt régional que national, a été suivi par une plus faible augmentation de distance sociale, et ceci uniquement au niveau régional (Angermeyer et Schulze, 2001).

Si ces deux études sont limitées méthodologiquement – il s'agit de comparaison d'échantillons transversaux et pas de mêmes individus dans le temps (ce qui serait une étude de panel) – elles permettent de tirer quelques conclusions et les questions qu'elles posent méritent d'être traitées de façon plus rigoureuse. D'abord, les médias ne tendent à présenter ni informations complémentaires (par exemple, que le risque de manifester un acte violent n'est pas plus probable chez une personne malade mentale que si celle-là est en phase psychotique aiguë et montre d'autres facteurs de risque ; voir la partie II A 1 de ce rapport) ni représentations plus typiques de la maladie mentale. Enfin, ces études, si elles montrent que les médias influencent réellement les représentations du public, n'aident pas à comprendre s'il est possible de se servir de ces médias pour modifier de telles représentations.

2. De la construction à la modification des images de violence

Mise en relation avec les études sur les attitudes décrites dans la partie II D de ce rapport, les résultats que nous venons de présenter ne mènent pas à des solutions pratiques évidentes. Nous avons déjà vu, par exemple, qu'une meilleure connaissance scientifique du trouble mental ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution des stéréotypes, en particulier de ceux qui associent la violence ou la dangerosité et la maladie mentale – en fait, c'est l'effet contraire qui s'avère. Si une meilleure information concernant la santé mentale et son traitement peut encourager la prévention et le recours aux soins (Jorm 2000), il n'est pas évident qu'une meilleure information à elle seule puisse changer les attitudes. En fait, certaines recherches suggèrent que le contact avec

²³ Entre le sujet et une personne souffrant de maladie mentale. Ces indicateurs de distance sociale, désormais classique, mesurent le type de rapport que le sujet déclare prêt à avoir avec une telle personne : de voisinage, de collègue de travail, etc. jusqu'à l'acceptation de la personne dans sa famille (par mariage) ou en tant que gardien de son enfant.

des personnes qui souffrent de trouble mental semble plus influencer les attitudes que la possession de connaissances, au moins auprès des « profanes », ou public (Wolff 1996).

La question se pose aussi de savoir comment influencer l'information et les représentations véhiculées par les médias. Une recherche-action menée au Canada montre les difficultés potentielles d'une telle démarche. Lors d'une campagne anti-stigma, ciblant en particulier le reportage des actes violents, un journal local a été ciblé. Un journaliste éditorial a été recruté pour aider à développer des articles plus « positifs », et les journalistes ont été nourris d'informations scientifiques, invités à participer à des événements de santé mentale, et mis en liaison avec des experts psychiatriques pour commenter des événements qui « faisaient la une » (*newsbreaking*). Les articles publiés avant et après ces interventions ont été comparés. Les articles présentant la schizophrénie sous un angle positif ont augmenté, mais aussi ceux les présentant sous un angle négatif. En fait, la longueur de ces articles négatifs dépassait de loin ceux des positifs. Les auteurs concluent que les informations locales peuvent être éclipsées par les informations internationales et particulièrement par les stéréotypes puissants venant de la télévision et du cinéma (Stuart 2003).

Agir en collaboration avec la presse demande en préalable une réflexion plus large. Lors des auditions devant la Commission autour de la question de violence et médias, certains points pertinents ont été relevés. Premièrement, en ce qui concerne la violence plus généralement, il n'y a pas nécessairement une corrélation entre le niveau de violence « réelle » et les débats suscités par la violence dans les médias²⁴. En même temps, les études sociologiques suggèrent que certaines catégories de personnes n'ont d'autre légitimité pour entrer dans le débat public que quand ils commettent des actes répréhensibles. (Si ce point concerne les habitants des quartiers dits sensibles et les « jeunes », il pourrait s'appliquer aux individus souffrant de maladie mentale). Ensuite, la presse n'est pas du tout homogène quant à l'attention qu'elle apporte à la violence et à la façon dont elle la représente et la traite. Enfin, il faut tenir compte non seulement de ces points, mais des autres facteurs en jeu. Il va de soi que les choix des journaux et des autres médias sont gouvernés par des considérations économiques, politiques et tiennent compte des caractéristiques du lectorat. Le contenu de certains journaux est plus influencé par le haut (par exemple, par les figures politiques) et d'autres par le bas (par exemple, par son lectorat, les mouvements plus près des citoyens, etc.). Le thème de la maladie mentale est en proie à des décisions sur ce qui « fait la une », comme d'autres thèmes, bien que de telles décisions n'obéissent pas aux même critères selon le journal. Enfin, la psychiatrie semblerait faire l'objet d'une confusion entre morale, science et/ou

²⁴ Audition du Professeur Angelina Peralva.

clinique, comme l'atteste une certaine utilisation médiatique de la psychiatrie pour régler des problèmes sociaux et moraux.

Agir par rapport aux autres médias soulève d'autres questions. Les études des représentations de la maladie mentale dans les films et téléfilms révèlent la complexité des procédés propres à la fabrication artistique (par exemple, de la musique et des autres effets sonores jusqu'au travail de la caméra et au découpage et montage de l'action narrative) dans la production des effets affectifs, de peur, d'angoisse, etc. Il est évident qu'un travail de déstigmatisation dans les médias demande une connaissance sophistiquée des pratiques et des priorités de la production médiatique (Wilson, Nairn, Coverdale, Panapa 1999b). De même, la psychologie sociale des représentations et des connaissances montre la nécessité de comprendre quels types de connaissances contribuent à quel type de représentations. Dans une étude britannique, certaines connaissances concernant la maladie mentale semblent avoir un effet sur les attitudes envers ceux qui souffrent de trouble mental, mais la plus grande partie de la variance entre les attitudes restent sans explication, pour l'instant. Cette étude suggère aussi l'importance de comprendre non seulement le rapport entre les attitudes et les connaissances qui peuvent être véhiculées par des campagnes d'information, mais aussi la relation entre attitudes et expérience personnelle que peut avoir le sujet de quelqu'un qui souffre de trouble mental (Addison et Thorpe, 2004).

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle que jouent les cadres d'interprétation dans la réception proprement dite des images et des informations. Le problème du rapport violence - médias – stéréotypes de la maladie mentale ne peut donc pas être limité aux médias tout court, mais engage nécessairement l'école et les autres lieux de socialisation et d'apprentissage.

IV. PRECONISATIONS

A. Les besoins en matière de production des connaissances

La commission a été confrontée aux limites des données accessibles, dans plusieurs domaines qu'elle a abordés. Pour étayer son propos, elle a dû faire appel à des études réalisées dans d'autres pays, certes éclairantes mais qui se situent donc dans d'autres contextes sociopolitiques et culturels et qui témoignent à contrario de la faiblesse d'un milieu de recherche sur les relations entre la violence et la santé mentale. C'est pourquoi il lui a semblé important d'émettre des recommandations en matière de recherches. Pour relever les enjeux du plan de santé publique auquel cette commission contribue, il est essentiel de favoriser le développement de compétences de recherches sur les relations entre violence, contexte sociaux, et santé mentale, ce qui exige un effort de longue haleine, de la formation de chercheurs compétents et reconnus jusqu'au développement et la stabilisation de programmes de recherches dédiés dans le cadre d'une politique de la recherche en cours de redéfinition. L'Agence nationale de recherche (ANR) doit avoir un rôle d'impulsion et coordination de la recherche dans ce domaine. Ce développement de compétences est un préalable à la mise en place de dispositifs de veille sanitaire qui pourraient être assurés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Préalable en effet, car il s'agit dans un premier temps de définir des catégories d'observation pertinentes, des indicateurs à privilégier et des méthodes à mettre en œuvre.

Cet objectif de long terme posé, il nous semble que les axes de recherche que nous avons identifiés peuvent être déclinés autour des quatre grands axes que nous avons définis comme prioritaires. Nous présentons ci-dessous les questions et les thèmes propres à chacun des ses axes et ensuite nous faisons quelques préconisations transversales à la production de ces sous domaines de connaissances.

1. Violence et trouble mental

a) Facteurs de violence chez les patients psychiatriques auteurs d'actes de violence

L'analyse de la très riche littérature dans ce domaine pointe 5 types de questions qui méritent d'être étudiées afin de mieux comprendre ce qui contribue au passage à l'acte violent chez des patients atteints de trouble psychiatrique.

(1) Questions cliniques et psychologiques

Il serait utile d'étudier systématiquement des *aspects cliniques ou psychologiques* dont on pourrait faire l'hypothèse qu'ils sont soit des facteurs de risque soit impliqués dans le passage à l'acte violent. Parmi ces aspects, on peut noter :

- (a) la fantasmatique des criminels atteints de trouble mental et leurs ressources linguistiques, décrites généralement comme élémentaire et restreinte
- (b) leurs aptitudes à conceptualiser et symboliser
- (c) leur type de mécanismes de défense
- (d) leur style de « coping »
- (e) leur « estime de soi »
- (f) leur aptitude à l'anticipation et au projet (qui rejoint la question de leur représentation de la temporalité)

(2) Questions psychosociales

Plus généralement, et cette fois-ci au *niveau socio-psychologique ou social*, il serait important d'examiner :

- (a) leurs ressources face à l'adversité : liens sociaux, soutien social, réseau social etc.
- (b) les conceptions de l' « altérité », de l'échange, de l'interaction
- (c) les notions de peur et de confiance.

(3) Questions en matière de caractéristiques psychiatriques

En ce qui concerne *la psychiatrie* proprement dite, il faudrait développer et affiner en même temps les données concernant :

- (a) les troubles de la personnalité
- (b) les troubles de l'humeur dans leur acception élargie (cf. les travaux de Akiskal) en rapport avec les troubles de la personnalité
- (c) le rôle de la dépression comme prédicteur d'un comportement violent, voire criminel
- (d) les états dit de « vulnérabilité psychologique », dont on sait qu'ils font le lit des troubles de l'adaptation et, partant, des comportements déviants, peuvent être source de comportements violents

Il faudrait *développer des outils* alternatifs à *l'échelle de « psychopathie »* de Hare, dont la passation ne fait pas encore partie de l'évaluation diagnostique en pratique clinique courante).

(4) Questions à propos du contexte social

Il serait important de mieux étudier *les événements de vie*, dont l'expérience clinique nous montre qu'ils sont toujours nombreux, précoces, répétés et de nature psycho-traumatique chez les auteurs d'infractions violentes. L'impact de ces événements sur les troubles de la personnalité et les comportements déviants est avéré et pourrait constituer un facteur prédictif direct et indirect de la violence.

Il faudrait :

- (a) envisager des alternatives aux instruments de recherche et de clinique existant dont nous disposons et qui ne répondent pas aux besoins cliniques.
- (b) examiner les événements de vie sur la vie entière et leur intrication avec les troubles psychiatriques et les comportements violents

(c) développer ou améliorer les instruments de mesure dont nous disposons de façon qu'ils répondent aux besoins cliniques et permettent d'appréhender des événements sur la vie entière ainsi que l'intrication de troubles psychiatriques et de comportements violents.

(5) Questions concernant les dispositifs de soins

Etant donné l'importance pour la prévention de la violence de *la réponse aux besoins, l'accès aux soins, et la prise en charge continue des patients* ayant déjà été auteur de violences, il faudrait étudier :

- (a) le contexte social (conditions de vie, réseau social) et la trajectoire des personnes souffrant de trouble mental et ayant commis un acte violent
- (b) les dysfonctionnements institutionnels (manque de personnel, manque de formation, discontinuités dans les soins, techniques thérapeutiques utilisées à but punitif) qui pourraient être facteur d'expression de violence au sein des dispositifs de soins
- (c) les facteurs prédictifs des ruptures de soins, et ceci tout le long d'une trajectoire psychiatrique

(6) Il faudrait développer les données de *la neuro-biologie, de la neuro-endocrinologie, de l'imagerie cérébrale* et probablement de *la génétique*.

(7) Questions d'éthique

Au niveau de l'*éthique*, des réflexions sont à développer par rapport à la représentation du bien commun, voire du bien et du mal, de l'équité etc.

b) Violences en direction des patients et ex-patients

Pratiquement aucunes données n'existent en France sur les violences en direction des individus souffrant de trouble mental. Il semblerait important de combler les lacunes par des recherches descriptives et analytiques sur :

- (1) La description, la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients dans les lieux de vie
- (2) La description, la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients dans les dispositifs et institutions de soin
- (3) L'analyse des trajectoires de sortie de l'hôpital ou d'autres dispositifs de soin psychiatriques pour permettre de rendre compte des problèmes auxquels ils sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence adviennent
- (4) L'analyse rétrospective et, dans la mesure du possible, prospective, des trajectoires pré hospitaliers pour permettre de rendre compte des facteurs contextuels et

organisationnels auxquels ils sont confrontés et des conditions dans lesquelles les situations de violence adviennent

(5) Plus généralement, reprendre, dans un sens plus large, les questions posées ci-dessus par rapport à la violence et le trouble mental, autour des concepts d'« altérité », de l'échange, de l'interaction, de la peur et de la confiance. De telles recherches devraient viser à analyser :

- la variabilité socioculturelle des représentations du trouble mental
- les relations entre ces représentations et des pratiques tout autant d'acceptation que de stigmatisation des malades mentaux dans la vie ordinaire.

C'est au prix d'une connaissance approfondie de cette diversité des représentations et des pratiques qu'il sera possible de mieux expliquer les dynamiques sociales et culturelles en œuvre dans des procédures de stigmatisation que la commission a souvent pointées.

2. Violences et traumatismes psychiques

Les données ne manquent pas dans ce domaine, elles encouragent à poursuivre la recherche dans cette voie, mais il existe des difficultés encore très importantes liées, d'une part à des contraintes bio-éthiques, d'autre part à des résistances conceptuelles, s'opposant encore à l'unification d'une démarche visant à intégrer et articuler la recherche dans des domaines aussi divers.

Avant tout, il convient de noter que l'essentiel des données objectives repose aujourd'hui sur des études nord-américaines dont la transposition dans le contexte français reste problématique. De plus ces études sont essentiellement psychiatriques, elles laissent par conséquent de côté les aspects qui relèveraient de la souffrance psychique.

Ainsi, il semblerait important de *mieux documenter par des recherches cliniques, épidémiologiques et sociologiques les conséquences de la violence sur la santé mentale de la population en France* en particulier sur :

(1) les *aspects psychiatriques* : pathologies spécifiques et non spécifiques afin d'avoir une meilleure connaissance de la prévalence de ces troubles

(2) les *facteurs de vulnérabilité*, afin de savoir si l'on retrouve en France les mêmes facteurs de risques qu'ailleurs, sachant que plusieurs ont une forte connotation socio-économique.

(3) les aspects propres à la *souffrance psychique et sur leurs conséquences sanitaires et socio-économiques*. Tout d'abord, il faudrait arriver à obtenir une définition « objective »

de cette notion encore bien imprécise, et d'étudier son impact en termes de santé mentale. Par exemple :

- (a) le risque de développement secondaire d'une pathologie mentale
- (b) les risques de problèmes sociaux
- (c) les effets sur le capital social

Etant donné les controverses autour des effets du débriefing – voir ci-dessus- à propos duquel une recherche est actuellement en cours en France, il serait important de *mettre à jour l'état des connaissances dans l'optique de revoir éventuellement les protocoles d'intervention.*

3. Enjeux de justice

Dans le domaine de justice et psychiatrie, deux types d'études semblent nécessaires à combler les lacunes quant aux évolutions récentes : des recherches en sciences sociales et des recherches cliniques.

(1) Des recherches en sciences sociales devraient porter sur les thèmes et questions suivantes :

- (a) l'évolution des conséquences de l'application de l'art. 122-1 du Code pénal depuis son entrée en vigueur, et plus spécifiquement
 - L'application de l'alinéa 1 : évolution du nombre des non-lieux, quelles sont les pathologies en cause dans les non-lieux, quelles sont les pathologies qui ne bénéficient pas de non-lieux, etc.
 - L'application de l'alinéa 2 : comment l'atténuation des peines s'effectue-t-elle ? comment les jurys tiennent-ils compte des risques de récidive ?
- (b) Les parcours judiciaires des personnes souffrant de troubles psychiques et qui ne bénéficient pas d'expertise psychiatrique et de l'application de l'art. 122-1 du code pénal.
- (c) Dans le domaine psychiatrique, la nécessité de demander le consentement éclairé de la personne avant tout acte médical
- (d) Dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie, l'évolution des notions de consentement et de contraintes en psychiatrie.

(2) Des recherches et évaluations en psychiatrie sont nécessaire pour traiter les questions suivantes :

- (a) l'évaluation de la dangerosité

- (b) les effets de l'évolution des droits des patients, en particulier dans le domaine psychiatrique à propos de la nécessité de demander le consentement éclairé de la personne avant tout acte médical
- (c) intérêt et limites des instruments d'évaluation de la dangerosité avec comparaison des instruments cliniques (PCL-R, HCR-20, SVR-20,...) et des instruments actuariels (VRAG, SORAG,...).

4. Violence et média

Pratiquement aucune étude n'a été menée en France sur les médias, la violence et la santé mentale, malgré l'existence d'un champ scientifique reconnue, celui de la sociologie des médias. Il serait important d'étudier :

- (a) La variation du traitement des relations entre la violence et la santé mentale en fonction du support (écrit, audiovisuel) et du lectorat
- (b) L'évaluation des effets des campagnes de déstigmatisation sur les attitudes du public

Toutefois, étant donné le caractère équivoque des résultats les études internationales dans ce domaine, il serait nécessaire de mener surtout une réflexion quant aux questions à poser, aux hypothèses et aux méthodologies adéquates pour y répondre.

5. Propositions transversales aux 4 axes

Les questions de recherche spécifiques présentées pour chaque axe requièrent des compétences dans différentes disciplines et approches. Il est évident, tout d'abord, que ces recherches recoupent à la fois des approches quantitatives (épidémiologiques, sociologiques, en droit, etc.) et des approches qualitatives (cliniques, en sciences sociales et en droit).

Certaines questions nécessitent une approche pluridisciplinaire ; ceci est notamment le cas en matière de connaissances à développer dans les axes « Violences et traumatismes psychique » et « Enjeux de justice », où la collaboration des psychiatres, des juristes et des sociologues, anthropologues et/ou historiens, seraient essentielle.

B. Actions sur les causes et les effets de la violence en rapport avec la santé mentale et le trouble mental

1. Le besoin comme principe transversal aux différentes préconisations

Les débats de la commission « violence et santé mentale » ont légitimement porté sur les réponses apportées par les institutions aux traumatismes et aux troubles psychopathologiques associés à la violence. Une telle approche sectorielle, pour intéressante et nécessaire qu'elle est, présente le risque d'une dispersion des questions et des recommandations. De plus, elle peut reproduire le point de vue des institutions et risquer ainsi de passer à côté de son objet. Ainsi, il va de soi de considérer une victime de violences comme une personne ayant des demandes de prise en charge, alors qu'un auteur de violences ne sera pas considéré sous le même angle même s'il a des demandes de prise en charge. Ces regards, dont le fondement social et institutionnel s'explique aisément, peuvent conduire à aborder de façon différenciée les questions qui se posent dans le champ de la santé mentale. C'est pourquoi la commission s'est attachée à trouver un cadre de référence partagé à partir duquel envisager des recommandations et préconisations se basant sur les constats relatifs aux réponses institutionnelles actuelles.

Ce cadre de référence commun est constitué par la prise en compte de façon centrale des individus et leur reconnaissance comme des sujets ayant des besoins en santé mentale liés aux situations de violence qu'ils rencontrent et qui trouvent ou ne trouvent pas des réponses appropriées dans l'environnement qui leur est accessible. Bien évidemment, c'est l'absence ou la limitation des réponses appropriées qui retient de façon primordiale l'attention de la commission parce qu'elle est susceptible de se traduire par des souffrances pour le sujet ou qu'elle peut conduire, dans certains cas, à des actes de violence. L'intérêt de ce cadre permet de se déprendre d'approches sectorisées et de rapporter les réponses institutionnelles tout d'abord à leurs finalités à l'égard de sujets et non pas d'emblée aux contraintes organisationnelles qui sont les leurs.

En amont de tout besoin de prise en charge des séquelles de traumatismes ou des troubles psychopathologiques associés à la violence apparaissent les besoins des individus. Si ceux-là sont ignorés, ils peuvent conduire à des situations ou à des conditions favorables à la violence. Nous avons vu ci-dessus jusqu'à quel point l'environnement et ses conditions sont un jeu dans le passage à l'acte violent aussi bien que dans la victimisation. Ces réflexions nous mènent à distinguer l'approche purement sectorielle et disciplinaire de la perspective plus large de prévention en santé mentale. C'est ainsi que prennent toute leur importance : les besoins des familles, l'éducation au rôle parental, la place de l'école dans l'intégration des jeunes aussi bien que dans le

repérage de grandes difficultés (psychologiques ou non), la place des actions de santé publique locales (y compris à l'échelle d'un quartier)... pour ne donner que quelques exemples.

La reconnaissance des besoins des sujets conduit à questionner les capacités et les possibilités qu'ils ont de faire entendre leurs besoins et de les faire prendre en compte dans les dispositifs sociaux ou institutionnels spécialisés existant. Il devient alors possible d'interroger le contexte social et le cadre institutionnel dans la prise en compte de souffrances et des traumatismes de sujets et dans les réponses qu'ils leur apportent.

2. Les compétences des collectivités locales dans le domaine de la santé mentale

La commission a abordé de façon limitée la question de la violence et de la santé mentale dans le cadre des politiques locales de santé. Il en est toutefois ressorti des auditions et des réflexions de la commission que l'échelon local peut permettre la coordination des différents acteurs locaux en charge de la santé mentale. Les élus locaux sont des acteurs centraux dans le cadre du maintien de l'ordre public. Les maires sont, en outre, dans le domaine de la psychiatrie, compétents dans le cadre de la procédure d'urgence des hospitalisations d'office. Leurs compétences et leurs actions dans divers domaines de la vie quotidienne (actions sociales, accès au logement, prévention, conditions de vie dans les quartiers...), en font par ailleurs des partenaires essentiels de la santé mentale. De fait, la coordination de l'action locale peut souffrir de désajustements entre des demandes sociales, dont les élus se font l'expression, et des réponses professionnelles spécialisées en psychiatrie. Le domaine sur lequel s'est penchée la commission est à l'interface de différentes aires de compétences, ce qui ne favorise pas la coordination d'actions en santé mentale à l'heure où tant la dimension locale des politiques que les nécessaires coordinations entre institutions sont mises en avant dans de nombreux domaines d'intervention publique. L'implication des maires aux politiques locales en relation avec la santé mentale n'est pas sans poser de questions légitimes en terme de compétence. La commission estime que ce sujet de l'articulation sanitaire, social et médico-social, qui recueille des avis contrastés d'élus politiques et de professionnels de la santé mentale, devrait être un objet d'attention particulier. *Nous préconisons la multiplication d'initiatives venant d'élus (association des maires de France, Présidents des Conseils généraux...)* sur la question de l'articulation des compétences des collectivités locales et des professionnels de la santé mentale notamment dans le domaine de la prévention et de la réinsertion en santé mentale, en relation avec les autres politiques locales et les orientations contenues en ce domaine dans le projet de plan gouvernemental "psychiatrie et santé mentale".

3. L'application de la législation en matière des droits des patients

La loi française prévoit la protection des malades et la représentation des usagers dans des instances de décision (Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CHDP), notamment). La loi du 27 juin 1990 a affirmé le droit des malades hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux. A ce titre, elle a mis en place les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques. La loi du 4 mars 2002 a affirmé des droits généraux notamment en matière d'informations sur leur santé sans spécifier les personnes atteintes de troubles mentaux. Elle a, en outre, inclus des représentants des patients dans des institutions chargées de veiller à la protection de ces droits.

Les dispositifs et procédures établis par ces lois peuvent permettre aux usagers de jouer un rôle, y compris en matière de prévention de violence.

La commission préconise le suivi et l'évaluation des décrets d'application de la loi du 4 mars 2002 concernant notamment :

- . Les CDHP
- . La commission des relations avec les usagers
- . L'agrément des associations d'usagers
- . L'accès aux informations personnelles concernant les malades , détenues par les professionnels et les établissements de santé.

4. La prise en charge des violences d'ordre psychiatrique

La prise en charge du malade qualifié de « difficile » est inhérente au travail du psychiatre en pratique générale. Il n'existe pas de psychiatrie « facile ». Tout patient, quelle que soit sa pathologie mentale, peut passer par « un temps difficile » voire « dangereux », sans pour autant représenter définitivement cet état qui par définition est évolutif à condition de lui offrir les soins adaptés dont il relève. La qualité du dispositif sanitaire à mettre en place est fondamentale.

Le dispositif sanitaire doit essentiellement s'organiser autour des occurrences cliniques à partir d'un travail en réseau intégrant 3 niveaux d'interventions graduelles sans rupture de relations thérapeutiques entre elles. Ce qui sous entend un travail de liaison entre les équipes référentes:

Les préconisations qui suivent prennent en compte cette analyse :

- *Le secteur psychiatrique* doit maintenir la diversification de ses prises en charge et être capable d'offrir des conditions de soins immédiats à des populations souffrant de pathologies intriquées génératrices de troubles comportementaux, tant dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire que d'une hospitalisation, en fonction des besoins des patients et de l'évolution de leur pathologie. Les équipes de secteur, doivent définir une stratégie de soins adaptée à la prise en charge des patients affectés de pathologie grave et aux faibles capacités adaptatives (souvent les plus exposés aux ruptures de soins et aux risques de passage à l'acte violent) et faire face à l'augmentation des pathologies mentales complexes d'expression violente (âge jeune des patients, prise de toxiques associée, délinquance, acculturation...).
- Il apparaît nécessaire que dans le cadre d'une organisation sectorielle ou intersectorielle, une réponse adaptée soit apportée en matière d'hospitalisation contenante et sécurisée. Les unités pour malades difficiles (UMD) doivent demeurer des structures de recours ultime, conformément à la vocation qui est la leur. Elles sont souvent la réponse institutionnelle aux passages à l'acte pathologiques. Leur fonctionnement est régi par un arrêté spécifique. Leur mission répond au traitement de la dangerosité installée par rapport aux états de crise psychopathologique relevant des structures psychiatriques traditionnelles. Les patients sont en HO.

Le travail de liaison à partir de rencontres de terrain entre équipes est aussi préconisé. La limite d'appréciation entre patient difficile et patient considéré comme dangereux est délicate à définir. La tendance à la subjectivité des équipes en souffrance prend souvent le pas sur l'analyse rigoureuse des facteurs en cause. L'implication des divers acteurs reste, dans tous les cas, la condition première à la poursuite de la prise en charge et influe sur la question du pronostic. Le travail de liaison entre équipes dedans et dehors durant la crise mais en post crise, et surtout après passage à l'acte agressif, apparaît comme une garantie supplémentaire au rétablissement des équilibres à venir.

L'augmentation au fil des années des demandes diverses d'aide auprès des UMD (Unités pour Malades Difficiles) indiquent clairement la nécessité, d'ouvrir le champ des missions, en particulier celui du soutien aux équipes de secteur en difficulté à partir de rencontre de terrain. L'adéquation au lieu de soins, la chimiorésistance supposée de la pathologie mentale, et la cohérence des stratégies thérapeutiques doivent être chaque fois ré interrogées au regard de la marge de manœuvre restante des équipes confrontées aux impasses thérapeutiques. L'évaluation clinique in situ des patients considérés comme difficiles ou dangereux reste la pierre angulaire de tout projet thérapeutique. Elle ne peut s'effectuer que de façon pluridisciplinaire (psychiatre, soignants et psychologues) et partenariale entre équipes concernées avant toute prise de décision d'orientation. Ce type de rencontre s'impose tout au long de la période sensible, et tout particulièrement si le

patient est hospitalisé en UMD, afin d'optimiser les conditions d'accueil au retour dans son service d'origine qui devra se sentir apaisé et opérationnel.

5. La prise en charge suite aux traumatismes

Les orientations de l'action en matière de prise en charge des victimes des traumatismes liés aux violences devraient *récuser l'idée trop simpliste selon laquelle la réponse normale à l'exposition à la violence est la souffrance psychique ou la pathologie mentale.*

Cette optique est nécessaire afin d'empêcher de stigmatiser les personnes qui ne développeraient pas de problèmes psychologiques et d'éviter de fonder la *réalité* d'une violence sur la mise en évidence de ses conséquences psychologiques.

Toutefois, il faut insister sur la nécessiter de *distinguer la prise en charge thérapeutique des victimes de violence et les réponses sociales, pénales et réparatrices* que la société se doit d'apporter aux problèmes de la violence. Le procès équitable des auteurs présumés, leur condamnation lorsque les faits sont constitués, comme l'accompagnement judiciaire des victimes ne relèvent pas du domaine de la santé publique.

La commission préconise les orientations et les actions suivantes en termes de prise en charge :

(a) La nécessité d'une vigilance face à certaines pratiques professionnelles, telle celles qui se basent sur :

- une grande méconnaissance de la part de certains professionnels de santé eu égard à la réalité des conséquences post-traumatiques

- une grande méconnaissance de la part des professionnels du droit, de la police, des secteurs sociaux eu égard à ce qu'est une victime, ce qui mène au

- danger des victimologues auto-proclamés,
- risque de dérives de récupération sectaires.
- confusion entre psychotraumatisme et victimologie

(b) La nécessité de développer des compétences spécialisées, y compris pour la prise en charge des enfants et des adolescents.

(c) Permettre aux CUMP de fonctionner et de se développer, conformément aux orientations ministérielles, réaffirmées dans le cadre du plan "psychiatrie et santé mentale".

6. Enjeux de justice

Pour améliorer la situation ambiguë du rapport entre psychiatrie et justice, la commission préconise les actions suivantes :

- (a) Favoriser les interventions thérapeutiques directes dans les lieux de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- (b) favoriser les interventions précoces lors de troubles psychiques
- (c) améliorer l'encadrement de soins dans les services pénitentiaires
- (d) créer des formations spécialisées sur la prise en charge des situations de violence
- (e) améliorer les pratiques de l'expertises psychiatriques (création de diplômes spécialisés, de formations continues, de groupes de supervisions ou d'intervisions, etc.).

7. Campagnes de déstigmatisation

La stigmatisation, nous l'avons vu, a un impact très négatif sur les personnes souffrant de troubles mentaux, véhiculant des sentiments de perte de dignité, de désappartenance, d'inutilité. Ceci peut se traduire par le rejet de la réalité de la maladie, le refus des soins, et un risque de troubles compliqués ou de violences. Pour sa part, le public a tendance à traduire cette stigmatisation en rejet du malade ; il remet en question la capacité du système psychiatrique et du système de santé mentale à proposer des réponses adéquates, y compris à favoriser la réinsertion.

Des campagnes médias devraient être organisées autour de l'objectif de réduire l'amalgame que fait l'opinion publique entre "folie = violence = maladie mentale" ; quelques initiatives sont déjà en cours en France. Toutefois, il est important de distinguer campagnes d'informations et campagnes de déstigmatisation, étant donné les effets inattendus possibles des premiers sur les représentations sociales. En outre, une campagne de déstigmatisation pourrait engager plus généralement l'éducation pour la santé et l'utilisation d'autres outils pédagogiques, télévisés, cinématographiques etc .

Enfin la commission préconise l'importance de mettre en place une réflexion spécifique – au plan national – portant sur le rapport entre les usagers, la psychiatrie et les médias.

V. REFERENCES

Addison SJ, Thorpe SJ (2004) Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 228-234.

Andreasen, N. C. (1995). Posttraumatic stress disorder: psychology, biology and the manichean warfare between false dichotomies. *American Journal of Psychiatry* 152 : 963-965.

Angemeyer MC, Matschinger H (1996) The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 43: 1721-1728.

Angemeyer M, Schulze B. (2001) Reinforcing stereotypes : How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 24: 469-486.

Angemeyer MC, Beck M, Matschinger H. (2003) Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 48: 663-668.

Anguis M, Roelandt J-L, Caria A, (mai 2001) La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites, *Etudes et Résultats* n°116, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, pp. 1-5.

A.P.A (American Psychiatric Association). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-III)* (3rd ed.). Washington: APA Press.

Asnis GM et al, (1997) Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Anger, Aggressions Violence, Psychiatric Clinic of North America*; 20 (2)

Asnis GM et al., (1994) Homicidal behaviors in psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 45 : 127-32.

Aulagnier M, Limosin F, Verger P, Rouillon F (2003) Les différents modes de prise en charge de l'état de stress post-traumatique. *Ann Med Interne* 154 : 227-232.

Barrois C. (1988). *Les Névroses Traumatiques*. Paris: Dunod.

Bénézech M (2000). Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. *Journal français de psychiatrie*, 13 : 23-24.

Bourgeois ML, Bénézech M (2001) Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol*. 159: 475-86.

Bracken P J (1998). Hidden agendas: deconstructing post traumatic stress disorder. In Bracken PJ, Petty C (Eds.), *Rethinking the trauma of war*. London: Free Association Books.

Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services* 52: 1358-1366.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48: 216-222.

Breslau N, Davis GC (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American Journal of Psychiatry*, 149 : 671-675.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz L. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 54: 1044-1048.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz, LR., Davis GC, Andreski P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55: 626-632.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis G. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 156: 902-907.

Breslau N et Kessler RC (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry* 50: 699-704.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:748-766.

Brissaud E (1908) La sinistrose, Concours médical, 1908, pp 114-117

Brunner J. (2000). Will, Desire and experience: Etiology and Ideology in the German and Austrian medical Discourse on War Neuroses, 1914-1922. *Transcultural Psychiatry*, 37: 297-320.

Castel R (1989) Institutions totales et configurations ponctuelles In : I Joseph (sld) *Le parler frais d'Erving Goffman*. Paris : Minuit, pp. 31-43.

Cesoni ML, Rechtman R (2005) La « réparation psychologique » de la victime : une nouvelle fonction de la peine ? *Revue de droit pénal et de criminologie*, février.

Choquet, M., Michaud, P.-A., et Frappier, J.-Y. (1997). Les adolescents et leur santé: repères épidémiologiques. In P. A. Michaud et P. Alvin (Eds.), *La santé des adolescents: approches, soins, préventions* (pp. 65-80). Lausanne: Editions Payot Lausanne.

Chuang HT, Willaim R, Dalby JT (1987) Criminal behaviour among schizophrenics. *Canadian Journal of Psychiatry* 32: 255-258.

Clément MC (1996) L'institution psychiatrique et la violence. Thèse de Docteur en Médecine. Université Claude Bernard Lyon I, Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche.

Coldefy M, Faure P, Prieto N (2002). La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *Etudes et Résultats*. DREES, N° 181, 1-8.

Cordier B, Sylvestre M, Leyrie J. (1994). Pathologies psychiatriques post-traumatique. *Encycl. Méd. Chir.*(37-329-A-10), 1-6.

Crémniter D. (2002). L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. *L'Evolution psychiatrique*, 67 : 690-700.

Czermak M, Dubec M, Jean J, Majster N, Melman C (numéro coordonné par) (2000). Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels. *Journal français de psychiatrie*, n° 13, 2000.

D'Halluin, E., Latté, S., Fassin, D., et Rechtman, R. (2004). La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires. RFAS 1 : 57-75.

Dumit J (2004). La justice restauratrice : un secteur en expansion. In : A. Lovell (sld) Santé mentale et société. Problèmes politiques et sociaux, La Documentation Française n° 899, pp. 76-78.

Eronen M et al, (1996) Mental disorders and homicidal behavior in Finland, Arch Gen Psychiatry, 53 : 497-501

Eronen M et al, (1998) The psychiatric epidemiology of violent behaviour, Soc Psychiatr Epidemiol, 33 : S13-23.

(Falissard, Rouillon 2004)

Farges F, Reynaud M. 1996) La psychiatrie vue par la presse quotidienne. In : Fédération Française de la Psychiatrie, Images de la psychiatrie, Paris, Ed. Frison-Roche, pp. 269-275.

Fassin D, Bourdelais D (sld) Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral. Paris : La Découverte.

Fassin D et Rechtman R (2004) Les usages sociaux du traumatisme psychique. Enjeux d'une catégorie réinventée de la santé mentale. Inserm, MiRe / Drees.

Franklin CL, Sheeran T, Zimmerman M. (2002). Screening for Trauma Histories, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), and Subthreshold PTSD in Psychiatric Outpatients. Psychological Assessment, 14: 467-471.

Gallais JL et Alby ML. (2002). Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie (37-956-A-20), 6p.

Gottlieb P et al, (1987) Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983, Acta Psychiatr Scand 76 : 285-92.

Gold PB, Engdahl BE, Eberly RE, Blake RJ, Page WF, Frueh BC (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , 35: 36-42.

Gunn J (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry, Br. J. Psychiatry 176 : 332–338. Cité par Bruno Gravier (2004). Le psychiatre, le juge et la peine. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 162: 676-681

Hafner H, Böcker W (1982) Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge : Cambridge University Press (Originally published in Germany in 1973 as Gewalttaten Geistesgestörter, Berlin, New York, Heidelberg: Springer.

Halligan, S. L., et Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. PTSD Research Quarterly, 11(3), 1-3.

Haut Comité pour la Santé Publique. (2000). La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Hodgins S. (1992) Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth Cohort. Arch Gen Psychiatry 49 : 476-83

Hodgins S. (1998) Epidemiological investigations of associations between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33 : S29-37

Hodgins S et al, (1996) Mental disorder and crime : evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 53 : 489-96

Hodgins S et al, (1999) Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : a 2 year follow-up. Journal of Affective Disorders, 55 : 187-202

Hiday VA, Swartz MS, Swansons JW, Borum R, Wanger HR (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. Psychiatric Services 50: 62-68.

Joubert, M. (2003). Villes, violence et santé mentale. Ramonville Saint-Agne: Collection Questions vives sur la banlieue (Obvies), Editions Erès.

Kriegel B (2002) La violence à la télévision : rapport de Mme Blandine Kriegel à M. Jean-Jacques Aillagon, Ministre de la culture et de la communication. France : Ministère de la culture et de la communication. Mission d'évaluation, d'analyse et de propositions relatives aux représentations violentes à la télévision. Paris: Ministère de la culture et de la communication;2002;75 pages;24cm

Lam JA, Rosenheck R (1998). The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 49: 335-342.

Latté, S. (2001). La "naissance" de la victimologie. Institutionnalisation d'une discipline et ébauche d'une construction sociale d'un groupe improbable. DEA Sciences Sociales, ENS, Paris.

Lamb HR , Grand RW (1982) The mentally ill in urban country jail, *Arch Gen Psychiatry*, 39 : 17-22.

Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Debriefing psychologique des victimes. (2001) In : De Clercq M, Lebigot F, *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson : 164-187.

Lehman AF, Ward NC, Linn LS (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 139: 1271-1276, 1982.

Link BG et al, The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter, *Am J Sciol* 1987 ; 92 : 1461-500.

Link BG et al (1992) The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev*.

Link BG, Stueve A, Phelan J (1998) Psychotic symptoms and violent behaviors : probing the components of "threat/control-override" symptoms, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33 : S55-S60.

Link BG and al, Real in their Consequences :A Sociological Approach to Understanding the Association between Psychotic Symptoms and Violence (1999) *American Sociological Review*, 64: 316-332.

Link BG, Phelan JC (1999) The Labeling Theory of Mental Disorder (II): The Consequences of Labeling. In: In AV Horwitz, TL. Scheid (dir.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M et al (1999) Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance, *American Journal of Public Health*, 89: 1328-1333.

Lovell AM (sld) (2004) Avant-propos. In : AM Lovell (sld) Santé Mentale et Société. Problèmes politiques et sociaux, n° 899, avril, pp. 5-10.

Marin A, Cotte (1969). L'expertise des névroses traumatiques , LXXVIIe Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Bruxelles, rapport de médecine légale, Masson, tome 2, pp. 1293-1407.

Martin JP (2000). Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain. Paris : Erès.

Mathis D, Bodon-Bruzel M, Kottler C (2004a) Homicides psychotiques. A partir d'une étude réalisée à l'Unité pour Malades Difficiles Henri-Colin incluant 21 cas.

Mathis D, Léger AS, Christophe S, Kottler C. (2004b) Evaluations à quatre ans des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin.

McNally RJ, Shin LM (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. The American Journal of Psychiatry 152: 936-938.

Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R, et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol 66: 493-499.

Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. Schizophrenia Research 53 : 123-143.

Mylle J et Maes M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. Journal of Affective Disorders 78: 37-48.

Nestor PG (2002) Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features.

Am. J. Psychiatry 159: 1973-1978.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé (1993). Classification Internationales des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (10 ème ed.). Paris : Masson.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé (2001) Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève.

Pedinielli JL et Bénony H. (2001). Psychologie clinique. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie (37-032-A10).

Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 46-59.

Phelan J, Link B, The Labeling Theory of Mental Disorder (I) : The Role of Social Contingencies in the Application of Psychiatric Labels . In AV Horwitz, TL. Scheid (dir.), A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press , pp. 144-148.

Prieto N, Vignat JP, Weber E. (2002) Les troubles traumatiques précoces. *Revue Francophone du stress et du trauma* 2 : 39-44

Raix A et Migné C. (1995). Psychopathologie du travail et du chômage. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS,, Psychiatrie (37-886-A-10).

Rechtman R. (2005). Du traumatisme à la victime: une construction psychiatrique de l'intolérable. In D Fassin et P Boudelais (Eds.), Les constructions de l'Intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral (pp. 165-196). Paris: La Découverte.

Rechtman, R. (2004). Le miroir social des souffrances adolescentes: entre maladie du symbolique et aveu généralisé. *L'Evolution psychiatrique*, 69 : 131-139.

Rechtman, R. (2002). Etre victime: généalogie d'une condition clinique. *L'Evolution psychiatrique*, 67 : 775-795.

Robins LN, Regier : (1991) *Psychiatric disorder in America. The ECA surveys*. New York, Praeger.

Rouillon F (2004) Epidémiologie des troubles bipolaires. In : Augendre J (sld) *Problèmes bipolaires et incidences médico-légales*. Interligne, Paris.

Senon JL (2004). Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 162 : 646-652.

Stuart H 2004) Stigma and the daily news : evaluation of a newspaper intervention. Can J Psychiatry 48: 651-310.

Summerfield D (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. Social Science and Medicine 48:1449-1462.

Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. British Medical Journal 322:, 95-98.

Swanson JW et al, (1990) Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the ECA surveys, Hosp Community Psychiatry, 41 : 761-70

Swanson JW et al, (2002) The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness, American Journal of Public Health, 92: 1523-31

Tepplin LA, (1994) The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : Comparison with the ECA programm, Am J Public Health, 84 : 290-3.

Tepplin LA et al, (1996) Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : pretrial jail detainees, Arch Gen Psychiatry, 53 : 505-12

Tepplin LA, (1994) The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : Comparison with the ECA program, Am J Public Health, 84 : 290-3.

Tepplin LA et al, (1996) Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : Pretrial jail detainees, Arch Gen Psychiatry, 53 : 505-12.

Terr, L. (1990). Too scared to cry: psychic trauma in childhood: Harper et Row. et Terr, L. (1994). Unchained memories: the true stories of traumatic memories lost and found. New York: Basic Books.

Verger P, Dab W, Lamping DL et al (2004) The psychological impact of Terrorism : An épidémiological Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995-1996 Bombings in France. American Journal of Psychiatry 161: 1384-1389.

Vigarello G (2005) L'intolérable de la maltraitance infantile. Genèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France. In : D Fassin, P Bourdelais (sld) *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris : La Découverte.

Vivet P, Tomkiewicz S (1991). Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents. Paris : Seuil.

Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A (1999a) Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *Austr N Zealand J of Psychiatry* 33: 332-239.

Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A (1999b) Constructing mental illness as dangerous: a pilot study. *Austr N Zealand J of Psychiatry* 33: 240-247.

Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa (2000) How mental illness is portrayed in children's television: a prospective study. *British Journal of Psychiatry* 176: 440-443.

Young A. (1995a). *The harmony of illusions Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

Young, A. (1995b). Reasons and causes for Post Traumatic Stress Disorder. *Transcultural Psychiatric Research Review* 32 : 287-341.

Young A (2001) Nos névroses traumatiques ont-elles un avenir? In: A Ehrenberg, AM Lovell (sld) *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Odile Jabob, 101-126.

Young, A. (2002). L'auto-victimisation de l'agresseur: un éphémère paradigme de maladie mentale. *L'Evolution psychiatrique*, 67 : 653-675.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Augendre J (coord) (2004) *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris : Interligne.

De Beaurepaire C, Kottler C, Bénézech C (sld), (2004) *Les Dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris : John Libbey Eurotext.

De Beaurepaire C (2004) Epidémiologie des troubles bipolaires en détention. In : J Augendre (sld) Troubles bipolaires et incidences médico-légales », Paris : Interligne.

De Beaurepaire C (2004) Faut-il pénaliser les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux ? In : de Beaurepaire C, Kottler C, Bénézech C (sld) Les Dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie, 2004, John Libbey Eurotext, Paris.

Calvez M, (2000) Violence et contextes sociaux. La prise en compte des régulations sociales intermédiaires dans le procès de pacification des mœurs. Kreiz 13 : 11-23.

Kannas S, Mauriac F, Pochard F, Robin M (2002). Violence, société et psychiatrie. Communication présentée aux journées du secteur de Bondy.

Lopez G, Portelli S, Clément S (2003). Les droits des victimes. Victimologie et psychotraumatologie. Paris : Dalloz.

Louzon C, Salas D (1998). Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique. Ramonville Saint-Agne : Erès.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1 : LES CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ET AUTRES DISPOSITIFS

A. Le système des Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

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

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques ont été créées de manière expérimentale en 1995 à Paris, suite à la vague d'attentats parisiens dans le métro et le RER, et ont été étendues sur tout le territoire national en 1997²⁵²⁶. Le réseau alors mis en place comprenait :

- un Comité National chargé de définir la politique globale de prise en charge de l'urgence médico-psychologique et de veiller à la cohérence du dispositif.
- Sept cellules permanentes interrégionales rattachées aux SAMU des grandes villes (Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse et Nantes) et composées d'un psychiatre coordonnateur, d'un psychologue et d'une secrétaire mi-temps.
- 100 psychiatres référents, un par département. Le psychiatre référent est nommé par le préfet, en lien avec le médecin chef du SAMU. Dans les départements non dotés d'une cellule permanente, le psychiatre référent nommé par le préfet est rattaché au SAMU. Il constitue une liste départementale de volontaires (infirmiers spécialisés en psychiatrie,

²⁵ Voir Circulaire DH/EO4/DGS/SQ2 n° 97-383 du 28/05/1997 ci-dessous.

²⁶ Prieto N, Weber E, Prost G. (2000) La cellule d'urgence médico-psychologique : des soins spécifiques et en réseau. La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 34 : 98-101

psychologues, psychiatres) susceptibles d'intervenir sur le terrain, définit un schéma type d'intervention et organise des formations spécifiques des volontaires du département. Le psychiatre coordonnateur d'une interrégion est en même temps psychiatre référent pour son département.

Les critères d'attribution de moyens en 2003 et 2004 ont amené au renforcement de la région île de France (Création du CUMP pour les départements 93 94 92 77 78 91 95). De même pour les DOM, les deux départements les plus peuplés (Réunion et Guadeloupe) ont été renforcés en 2003.

Les textes référents au CUMP sont les suivants :

- Arrêté du 28 mai 1997 modifié portant création d'un comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
- Circulaire DH/EO4/DGS/SQ2 n° 97-383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau nationale de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
- Circulaire 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommés « plans rouges »
- Circulaire DHOS/HFD/DGNSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accidents nucléaire ou radiologique
- Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes
- Circulaire DHOS-O-F2/DSS-1A- n°609/2002 du 19 décembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2003 des établissements sanitaires financés par dotation globale
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C N°2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe

B. Indications

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique est déclenchée par le médecin régulateur du SAMU, mais c'est le psychiatre coordonnateur ou référent qui pose l'indication d'intervention. Les modalités d'activation du dispositif, le schéma de déclenchement, les procédures d'appel des volontaires...etc ont été définis au préalable selon des indications données au plan national mais adaptées à chaque département par le psychiatre référent. Chaque intervention nécessite une organisation spécifique avec des modalités d'engagement (nombres d'intervenant, type de soins, temps d'intervention) adaptées à la situation. Les personnes prises en charge peuvent être les victimes directes, les familles

et les proches mais également les intervenants ayant du gérer une intervention particulièrement éprouvante.

La CUMP est susceptible d'être mobilisée dans le cas de catastrophes ou d'accidents collectifs avec un grand nombre de victimes et d'impliqués (Plan Rouge), mais également lors d'événements pouvant parfois ne toucher qu'une seule personne mais ayant un fort impact psychique collectif (vol à main armée avec prise d'otages, violence au travail, suicide ou mort accidentelle dans une institution, ...). Ici que se pose vraiment la question des limites car les indications sont moins cadrées, répondent à une clinique psychiatrique, nécessitent une « culture » de la part des SAMU et ne peuvent pas être modélisées stricto sensu car l'ensemble des critères ne peuvent être objectivés. Le paramètre de déclenchement qui apparaît le plus pertinent, bien que difficile à appréhender, est sans doute, l'impact émotionnel de l'événement sur les équipes de secours et les partenaires habituellement engagés, qui fait dire que l'événement en question sort de leur quotidien. Ce critère apparaît désormais plus déterminant que le caractère collectif.

C. Modalités d'intervention

La prise en charge thérapeutique se fait selon trois modalités (Prieto, Vigna, Weber 2002) :

(1) Les soins immédiats, sur le terrain:

L'équipe de la C.U.M.P. intervient avec les équipes mobiles du SAMU, en deuxième vague l'urgence vitale primant. Les soins dispensés sur le terrain relèvent :

- d'une aide à la gestion de la crise avec les partenaires des secours, de tri, d'orientation et d'information des victimes et impliqués, avec la préparation de relais thérapeutiques ultérieurs
- de prise en charge des états de « stress » aigu adaptés²⁷, sous forme de décharge immédiate et de première mise en mots de l'expérience vécue, parfois réalisés en petit groupe, de manière toujours volontaire et sans intrusion (*defusing*).
- d'interventions de psychiatrie d'urgence : traitement psychologique et/ou médicamenteux d'états pathologiques aigus (stress dépassés) dus à l'événement (avec troubles du comportement : sidération, agitation, prostration, actes automatiques, états confusionnels, ...)²⁸.

²⁷ Crocq L, Douthieu C, Louville P, Crezniter D. (1998) Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. Encycl Méd Chir Psychiatrie 37-113-D-10.

²⁸ Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Debriefing psychologique des victimes. (2001) In : De Clercq M, Lebigot F, Les traumatismes psychiques. Paris : Masson : 164-187.

(2) Les soins post-immédiats :

Il s'agit de prises en charge précoces qui peuvent être individuelles ou groupales. Le « debriefing » psychologique ou IPPI (Intervention Psychothérapique Post Immédiate) ne s'effectue jamais à chaud. En groupe, l'IPPI concerne souvent des intervenants (sapeurs-pompiers, intervenants du SAMU, soignants d'une institution...) et est indiquée pour des groupes d'appartenance (le personnel d'une banque, les adolescents d'une même classe...). Il s'agit d'une technique spécifique, de maniement difficile, qu'il convient de résérer aux spécialistes formés²⁹.

(3) Les soins à moyen terme :

Il s'agit de consultations individuelles spécialisées du psycho traumatisme qui ont été créées dans la plupart des cellules permanentes. Dans tous les cas, un accompagnement pour une aide sociale ou juridique peut être proposé en articulation avec le réseau associatif.

D. La situation des CUMPS aujourd'hui

Les cinq premières années, le nombre d'interventions des équipes CUMP n'a cessé d'augmenter, pour finalement parvenir à se stabiliser³⁰, des groupes de travail du Comité National notamment ayant permis de réfléchir sur les limites et les indications et de mieux définir le champ d'intervention des CUMP. Le gouvernement a alors décidé de renforcer le dispositif et a prévu (depuis mai 2003) la mise en place d'une cellule permanente par région et dans chaque département de plus d'un million d'habitants. 30 villes sont ainsi concernées³¹. Les pouvoirs publics souhaitent également favoriser le développement du travail en réseau des équipes d'urgence médico-psychologique et l'amélioration de leurs conditions d'intervention.

Il apparaît donc essentiel de bien rappeler que le travail des professionnels de l'urgence médico-psychologique est un travail de soins psychique réalisé par des professionnels de la prise en charge psychotraumatique auprès de personnes blessées psychiquement, c'est à dire de victimes ayant été confrontées à un événement traumatisant. Ces interventions d'urgence sont relayées par les consultations spécialisées de psycho-

²⁹ Prieto N, Lebigot F. (2003) Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. Revue Francophone du stress et du trauma 3 : 29-33.

³⁰ Les données les plus récentes font état d'environ 700 interventions CUMP pour toute la France en 2000. On peut estimer une légère baisse et puis stabilisation vers 2002.

³¹ Circulaire DHOS/02/DGS/6C n° 2003/235 du 20/05/2003 : renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique.

traumatisme proposées dans certains établissements publics hospitaliers. Le soutien psychosocial et l'accompagnement des victimes est un autre aspect de la prise en charge, complémentaire, mais qui n'est pas à confondre avec celui effectué dans l'immédiat par les CUMP. Ce type de prise en charge est en immédiat habituellement assurée par les équipes de secouristes (Croix Rouge, Protection civile...) dont l'action peut se poursuivre sur plusieurs jours voire plusieurs semaines selon le type d'événement.

En aval de l'intervention des CUMP différents types de dispositifs, mobilisables immédiatement ou après la catastrophe, se sont développés : « cellule d'urgence » de l'Education Nationale, cellules spécialisées de la médecine du travail (SNCF, Aéroport de Paris) ou encore des organismes privés (banques, RATP, industrie...). Certaines institutions comme l'Education nationale font aussi intervenir des associations spécifiques à certains domaines tels la prévention du suicide (exemple : association « Phare enfant Parents » Paris). L'ensemble de ces dispositifs participe au réseau de prise en charge des victimes de catastrophe, ce qui nécessite un travail préalable de reconnaissance des compétences de chacun et de définition des collaborations, tenant compte des missions, des fonctions de chacun afin de garantir en cas d'intervention une qualité et une cohérence dans la prise en charge des victimes.

Enfin les associations d'aides aux victimes, pour la grande majorité fédérées par l' Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM), participent à la prise en charge des personnes impliquées dans les temps qui suivent la catastrophe. Elles inscrivent leur accompagnement dans une perspective victimologique, c'est-à-dire dans une approche aux victimes qui est à la fois juridique, sociale et psychologique.

Si d'un point de vue formel les situations dans lesquelles interviennent les CUMP désignent des événements où se produit un nombre important de victimes en un même lieu et sur une même unité de temps, l'actualité témoigne de ce que certaines situations amènent à des sollicitations excessives des CUMP hors champ de la catastrophe (ex. déclenchement auprès d'agriculteur suite à l'abattage de son troupeau ; mouvement de revendication syndicale ; règlement de problèmes de société). D'ailleurs, la poussée de la demande d'aide dont il a été question ci-dessus (Partie III A 1) amène vers une pression considérable sur les CUMP pour intervenir hors catastrophe ou événement à fort impact psychologique. L'urgence médico-psychologique est, dans ces situations, utilisée pour panser des souffrances sociales, institutionnelles, matérielles³².

³² A titre d'exemple, le cas du décès d'un secouriste qui se tue en moto au retour d'une intervention. Il n'existe aucun témoin direct de son accident mais l'ensemble de son équipe est particulièrement choqué, en particulier les 15 jeunes secouristes dont il assurait la formation. Dans ce cas, le responsable de la protection civile a demandé un déclenchement CUMP pour ses personnels particulièrement marqués par cette mort brutale et en incapacité de reprendre leur poste. Cette

Toutefois, il existe une très grande inégalité dans la prise en charge des victimes. Il n'existe pas, par exemple, un nombre suffisant de lieu de consultation pour les enfants et les adolescents. D'autres clientèles ne peuvent pas toujours être accueillies en consultation de psycho trauma. Ils leur reste dans ce cas la possibilité d'une prise en charge dans le secteur privé, laquelle demande des moyens financiers souvent inexistant, et donc pose un problème d'inégalités sociales devant les problèmes de santé mentale. Autrement dit, les difficultés confrontées par les dispositifs d'urgence médico-psychologique rejoignent celles du système de soin psychiatrique plus généralement, en matière de ressources, de leur distribution et de leur accessibilité.

Enfin, le fonctionnement des CUMP est astreint à des problèmes de moyens pour le fonctionnement. Les budgets prévus pour dédommager les volontaires n'ont toujours pas été attribués. De même, le statut des psychologues au sein des SAMU étant inexistant, une partie importante de leur travail – un particulier les heures supplémentaires exigées par le travail n'on pas pu être dédommagées.

situation ne relève pas de la gestion d'une « catastrophe collective » mais de l'accompagnement au deuil, travail d'élaboration indispensable mais qui ne fait pas partie des missions de la CUMP.

ANNEXE 2 : MEMBRES DE LA COMMISSION VIOLENCE ET SANTE MENTALE

Mme Anne Lovell, Anthropologue, Directeur de recherche INSERM - U 379

Dr. Patrick Alécian, Psychiatre

Mme Evelyne Bonnafous, DHOS Bureau O2 (psychiatrie)

M. Marcel Calvez, Université de Rennes, Maître de conférences, UFR Sciences Sociales & Département AES , Université de la Haute Bretagne

Dr Piernick Cressard, Conseil national de l'ordre des médecins

Dr Christiane de Beaurepaire, Psychiatre au SMPR de Fresnes

Mme Elisabeth de Langre, Vice-Présidente de l'association « Phare enfants parents »

Dr Jacques Gasser, Historien, psychiatre, expert auprès des tribunaux pour les délits où il est question de maladie mentale

Mme Thérèse Hannier, Présidente de l'association « Phare enfants parents »

Dr Serge Kannas, Psychiatre PH, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Dr Christian Kottler, Responsable de l'UMD (unité pour malades difficiles) Henri Colin

Dr Lesieur, Psychiatre, centre de polytraumatisés

Dr Nathalie Prieto, Psychiatre au SAMU de Lyon CUMP

Mme Murielle Rabord, DGS / SD6 C (bureau santé mentale)

Dr Richard Rechtman, Psychiatre et anthropologue, Médecin-chef d'Etablissement et chef du service de psychiatrie de l'adolescent de l'institut Marcel Rivière, chercheur au CESAMES (CNRS-INSERM-Université Paris V)

Mme Hélène Romano, Psychologue au SAMU de Créteil (SAMU-CUMP 94)

Dr Frédéric Rouillon, Psychiatre, cellule d'appui scientifique de la DGS

ANNEXE 3 : PERSONNALITES AUDITIONNEES

Dr Jean Canneva, Président de l'UNAFAM

Dr Laurent El Ghozi, adjoint au maire de Nanterre

Mme Claude Finkelstein, Président de la FNAPSY (texte envoyé)

M. Eric Giacometti, journaliste « Le Parisien »

Mme Sophie Jehel, CSA

M. Michel Joubert, sociologue

Mme Angelina Peralva, sociologue

M. Serge Portelli, juriste