

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
« Institutions, organisations et violence »

Docteur Omar Brix

Mars 2005



R É S U M É

La loi de santé publique, adoptée le 9 août 2004, a prévu l'élaboration et la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux de santé, dont l'un doit traiter de l'impact des violences sur la santé.

Pour y parvenir, un comité d'orientation interministériel chargé de débayer la phase préparatoire a été mis en place en octobre 2004, sous la responsabilité du Dr Anne Tursz.

Ce comité s'est réparti le travail dans le cadre de six commissions¹.

Parmi celles-ci, une commission a été dédiée à l'examen **des effets des violences sur la santé sous l'angle des institutions et des organisations**.

Tant les violences commises par les personnes à l'encontre des institutions que celles générées par les institutions à l'encontre des personnes dont elles assurent le service et la protection.

Vaste et délicate problématique pour une commission elle-même constituée de représentants institutionnels, de chercheurs et de professionnels d'horizons divers. Avec une difficulté en plus, celle du temps et des outils d'investigation consentis.

La commission, réunie en cinq séances d'octobre 2004 à février 2005, a écouté ses membres, invité des représentants et des professionnels et consulté quelques rapports et études sans avoir pu mener un travail plus approfondi.

Un rapport est établi ce 17 mars 2005. Il doit être présenté lors d'une journée nationale d'étude et de débat le 13 avril 2005 à Paris, sur l'initiative de la DGS.

Le travail amorcé s'est appuyé sur un rapport de l'OMS élaboré en 2002 sur cette question et sur celui que le Haut comité de santé publique a réalisé en mai 2004.

L'état des lieux partiel que nous avançons dans le rapport de la commission « Institutions, organisations et violences » ne permet surtout pas de trancher sur l'évolution des violences, encore moins sur la nature et l'ampleur des conséquences sur la santé.

Incriminer l'insuffisance des données, leur dispersion, leur niveau de fiabilité ne suffit pas, même si c'est une réalité partagée. Une information reconnue sur les violences et leurs conséquences sur la santé présuppose un débat et un accord de la société, des institutions et des experts. De quelle manière entendre les violences, comment les nommer, que tolérer et surtout comment les mesurer ? Cet effort reste à faire et à faire en commun.

L'analyse engagée a peiné sur une double difficulté. La première découle de notre vision en quelque sorte marquée par une culture de « l'intolérance zéro ». Et si la violence exprimait la vie ? Certes à des niveaux et des manifestations que nous avons appris à maîtriser. Comme nous devons veiller —avec vigilance, fermeté et respect des droits de toute personne— à en rappeler les limites et les cadres d'expression.

La seconde difficulté relève de notre propension à toujours rejeter sur l'autre : la violence, c'est les autres. Notre violence en tant que personnes est souvent déniée. Celle de nos institutions la plupart du temps niée.

La commission propose de considérer les manifestations des violences à leurs sources, dans leurs mécanismes et leurs logiques de production, qu'elles soient évidentes ou invisibles, afin de les prévenir le plus en amont, comme nous y incitent l'analyse et les méthodes de santé publique.

La commission avance 10 propositions relevant de six domaines : mieux en délimiter les périmètres, mieux connaître, en assurer la gestion des conséquences, remonter à la prévention, en approfondir la compréhension et enfin élargir les coopérations.

La commission a surtout conscience des limites de ce travail, des secteurs non investigués, des personnes et des sources non consultées et donc du travail à mettre en chantier sur la durée.

Dans tous les cas, ce travail est soumis, avec celui des autres commissions, au processus de concertation en vue de l'élaboration du plan violence et santé.

¹ « Genre et Violence », « Périnatalité, enfants et adolescents », « Personnes âgées et personnes handicapées », « Violence et santé mentale », « Violence, travail et emploi », « Institutions, organisations et violence ».

S o m m a i r e

1. Des délimitations difficiles

2. Des regards partiels mais signifiants

3. Un état des lieux controversé

4. Des propositions dans 6 directions

5. Pour voir de plus près

6. Conclusion

7. Nos sources bibliographiques

Les membres de la commission IOV

« Institutions, organisations et violences »

Omar BRIXI – Médecin et enseignant de santé publique, conseiller à la Fédération des mutuelles de France

Bernard BELLIER – Directeur, Centre de détention de Villenauxe-la-Grande

Gilles CAPELLO - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire

Jacqueline CHARRE – Directeur d'hôpital, DHOS, sous direction de l'organisation du système de soins

Boris CHATIN, Conseil de l'Ordre des médecins

Chantal De SINGLY – Directeur, Hôpital Saint-Antoine Paris

Marc EMIG – Directeur, Direction centrale de la sécurité publique, bureau ordre public police générale

Marie-louise FIMEYER, Direction générale de la police nationale

Jérôme FLOQUET, Direction générale de la gendarmerie nationale, bureau de la police administrative

François ARSAC, Chef d'escadron, Direction générale de la gendarmerie nationale, bureau de la police administrative

Emmanuel FORICHON – médecin de santé publique, DRASS adjoint, DRASS Midi-Pyrénées

Anne GUICHARD – INPES

Colette MENARD - INPES

Félix MONTJOUVENT – Directeur, Centre d'Action Educative (CAE)

Marie-Hélène MOUNEYRAT – Secrétaire générale, Comité consultatif national d'éthique

Isabelle ROUSTANG – Médecin, coordonnatrice UCSA au CJD, Fleury-Mérogis

Yves SIHRENER – Coordonnateur académique, Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (cité académique Guy Debeyre à Lille)

Jean-Dominique TORTUYAUX, Caisse autonome nationale de Sécurité sociale des Mines

Renée ZAUBERMAN – Sociologue, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP)

Véronique MALLET et Chantal FROGER, DGS, Sous direction Santé et société

Ont participé aux travaux de la commission, l'ont soutenue et en ont assuré la continuité et les liens tant avec la DGS qu'avec les autres commissions ainsi qu'avec le comité d'orientation interministériel présidé par **Anne TURSZ**.

« On ne cesse de parler de crise des institutions, de l'école, de l'hôpital, du travail social... et, à terme, de la République. Il faut aller au-delà de cette plainte et de cette nostalgie.

Longtemps, le travail sur autrui, le travail consistant à éduquer, à former, à soigner, s'est inscrit dans ce que j'appelle un programme institutionnel.

Le professionnel, armé d'une vocation, appuyé sur des valeurs légitimes et universelles, mettait en œuvre une discipline dont il pensait qu'elle socialisait et libérait les individus.

Les contradictions de la modernité épuisent aujourd'hui ce modèle et les professionnels du travail sur autrui ont le sentiment d'être emportés par une crise continue et par une sorte de décadence irréversible.

Dans Le Déclin de l'institution, j'ai voulu montrer que cette mutation procédait de la modernité elle-même et qu'elle n'avait pas que des aspects négatifs, qu'elle n'était pas la fin de la vie sociale.

Plutôt que de se laisser emporter par un sentiment de chute parce qu'il n'imagine pas d'autre avenir qu'un passé idéalisé, il nous faut essayer de maîtriser les effets de cette mutation en inventant des figures institutionnelles plus démocratiques, plus diversifiées et plus humaines ».

François Dubet

Le déclin de l'institution

1 Des délimitations difficiles

Le travail de la commission « Institutions, organisations et violences » participe d'un mandat et s'inscrit dans une démarche à plusieurs.

Cette commission est une des six commissions² mises en place dans le cadre des travaux du comité interministériel d'orientation chargé de contribuer à l'élaboration du plan national de lutte contre les effets des violences sur la santé³.

La composition des commissions, dont celle qui nous concerne, a été conçue en concertation entre la DGS et les membres du comité d'orientation dans l'esprit d'un groupe de travail limité dans le temps afin d'appréhender les grandes lignes des thématiques dont elles ont eu la charge.

Une réflexion et un débat préalables ont été menés sur les entrées possibles, les découpages et les répartitions effectuées. Le rapport général aura à y revenir et surtout à corriger les inconvénients d'un découpage qui dans tous les cas est limitant même s'il est signifiant.

La commission (institutions, organisations et violences) a réuni des représentants institutionnels -ministères de la santé, de la justice, de l'intérieur, de l'éducation nationale- des chercheurs des champs concernés et des praticiens de 1^{ère} ligne⁴.

Elle s'est comportée à l'image de sa composante et des préoccupations de ses membres et des institutions qu'ils représentent.

Cela explique les entrées du travail d'exploration engagé, les secteurs et les angles non abordés et donc les limites de notre effort.

De nombreux autres témoins et acteurs - ceux de la prévention, des transports, du social, du médico-social, les promoteurs des politiques de la ville, les professionnels de la psychiatrie - et de bien d'autres milieux et horizons, auraient certainement apporté un éclairage plus large.

Comme les autres, notre commission s'est interrogée sur **son mandat**.

Si les autres commissions avaient à traiter d'une approche populationnelle ou d'une problématique thématique ou sectorielle, plus ou moins familière dans les milieux de la santé, une approche institutionnelle ou organisationnelle était à la fois moins habituelle et moins évidente.

L'intérêt d'un traitement spécifique de « la problématique institutionnelle » après avoir été discuté a emporté la décision tant il paraissait nécessaire de porter un regard particulier sur les logiques institutionnelles, notamment celles ayant pour vocation la protection des personnes.

² Périnatalité, enfants et adolescents, Genre et violence, Institutions, organisations et violences, Personnes âgées et personnes handicapées, Santé mentale, Violence, travail et emploi

³ Plan prévu et découlant de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004

⁴ Confère liste des membres de la commission

La délimitation de notre champ de responsabilité, de notre objet de travail n'a été ni évidente ni simple à convenir.

La nature et les degrés de violences, ses effets sur la santé, les différentes approches, le souci de l'opérationnalité, ce sur quoi les décideurs concernés ont ou n'ont pas pris, soulèvent autant d'enjeux que de difficultés.

Une institution peut-elle se réguler elle-même ?

Tout particulièrement une institution dont la raison d'être est la protection des personnes au sens le plus large tout en ayant l'usage et le pouvoir institutionnels de la violence.

Doit-on traiter des violences faites aux institutions et à leurs représentants et personnels ou traiter des violences commises par les institutions aux personnes qu'elles sont censées protéger ? L'angle d'approche n'est pas le même ! Les liens ne sont pas évidents !

Usagers, malades, détenus, citoyens et autres populations



Personnels, professionnels, dépositaires de l'autorité

Institution organisations - Institution organisations - Institution organisations - Institution...

Finalement et après bien des échanges, la commission a convenu de son **objet de travail** dans les termes suivants :

- déceler et comprendre en quoi et pourquoi une organisation⁵ est confrontée à des violences, génère ou peut générer des phénomènes de violences,
- relier ces phénomènes de violence avec des problèmes et des réponses dans le champ de la santé,
- repérer quelques préconisations susceptibles de participer aux éléments du plan national de lutte contre les effets sur la santé des violences.

Cette orientation de travail audacieuse, novatrice, traduit, quelles que soient les limites du travail engagé, une volonté d'aller au fond des logiques et des mécanismes.

Si l'approche de santé publique pousse à la compréhension en amont et de manière aussi globale que possible des phénomènes pour intervenir au plan préventif, on peut dire que la responsabilité spécifique de cette commission réside dans sa capacité à introduire l'analyse de santé publique sur des phénomènes largement partagés et disputés par d'autres secteurs de la société, voire de tous.

⁵ Manière dont un Etat, une administration, un service sont constitués.

Mais aussi sur **les champs et les contenus**

Sur la base de quelle(s) définition(s) ou délimitation (s) de la violence, de la santé, des institutions, des organisations et de leurs articulations, avons-nous travaillées ?

Il était évidemment difficile d'échapper à ce questionnement.

Sans éviter le débat ni avoir eu le temps de l'approfondir, nous avons convenu, pour pouvoir avancer et clarifier en marchant, de nous référer à la définition de l'OMS⁶.

Celle-ci définit **la violence** comme suit :

« l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré (ou l'absence de régulation collective selon la commission), 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 ».

L'adoption de cette définition a été néanmoins accompagnée d'interrogations et de réserves. Autant l'approche globale rassemble, autant le qualificatif de « *délibéré* » a fait réagir tant il a semblé aux membres de la commission qu'il nous fallait, s'agissant des institutions, être précisément attentifs à **ce qui est** et à ce qui **n'est pas** délibéré.

Qu'il nous fallait au contraire être attentifs à ce qu'une institution produit ou induit, y compris malgré elle, du fait de tel mode d'organisation ou des rapports à l'œuvre à tous les niveaux.

Là aussi la définition de l'OMS propose une typologie extrêmement claire et pratique sauf que la classification introduite selon les auteurs des violences pointe à côté des violences dirigées contre soi même, des violences interpersonnelles, des violences dites collectives. Or ce qui est mis derrière « collective » a rapport avec les Etats, les groupes, des situations de guerre et de persécution mais pas de manière explicite les violences exercées de fait – délibérément ou non - par une institution contre ses personnels et/ou les personnes qu'elle est censée servir et protéger.

C'est pour cela que nous préférons le terme de violences liées aux institutions et aux organisations, y compris les organisations sociales au sens large du terme, à la typologie de « collective ou communautaire » proposée par l'OMS.

De la même manière, et à propos **du concept de santé**, une clarification s'impose.

Si par santé on parle de maladies et de traumatismes de tous ordres, de gestion des conséquences des phénomènes de violences, du rôle des services et des professionnels du soin, on est dans la réalité mais une part seulement de celle-ci.

« La santé publique, par définition, ne se concentre pas sur les patients à titre individuel, mais plutôt sur la santé des communautés et des populations.

Les interventions de santé publique sont axées, chaque fois que possible, sur les groupes de populations les plus exposées aux maladies et aux traumatismes.

Les objectifs fondamentaux de la santé publique sont de préserver, promouvoir et d'améliorer la santé.

⁶ Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé. OMS, Genève 2002

La santé publique insiste sur la prévention des maladies et des traumatismes ou sur la prévention de leur réapparition, plutôt que sur la prévention de leur réparation, plutôt que sur le traitement des conséquences sur la santé »⁷.

Cette approche de la santé qui n'est pas nouvelle rejoint l'approche dans laquelle la commission a inscrit ses réflexions comme ses propositions.

Elle conforte le parti pris de la réflexion sur le fond, aux sources des violences parce qu'il importe de gérer la réparation mais aussi d'élargir la compréhension aux déterminants et mécanismes à l'œuvre en amont.

Elle nous permet à la fois de situer la nécessaire et légitime **place de la santé publique** dans la question des violences tout en nous gardant de surenchérir dans cette inclination à la surmédicalisation et à cette sollicitation croissante - disproportionnée ou inappropriée - des professionnels comme des institutions du soin dans la société contemporaine. Elle nous invite à une grande vigilance afin de ne déplacer ni les lieux du débat ni ceux de la responsabilité, encore moins ceux de la décision.

Les termes mêmes **d'institution⁸ et d'organisation⁹** nous ont naturellement interpellés. Ils ne sont pas dénués de sens de l'histoire.

Nous avons surtout eu des difficultés à approfondir l'indispensable effort de distanciation par rapport à une organisation, à la confusion/fusion entre les hommes et les responsabilités et tâches qui leur reviennent ou qu'ils mènent.

De distinguer les missions confiées ou celles que l'on s'attribue, des logiques et mécanismes implicites et/ou structurels, des conjonctures et des visions sur la durée et le fond. Les déconstructions comme les reconstructions auxquelles appelle François Dubet dans des perspectives plus larges nous poussent à une vision plus ouverte et in fine plus positive.

L'institution, dans un mouvement qui lui échappe, enferme et s'enferme tout à la fois. Il est difficile de parler de la violence dans les institutions sans parler de la violence institutionnelle pour ne pas dire institutionnalisée. Ce qui rend évidemment la réflexion et la réforme de l'institution toujours délicates.

La commission a surtout conscience **des limites de ce travail.**

Elles sont largement perceptibles tant à la lecture par une personne externe qu'aux yeux des auteurs du travail comme des rédacteurs du rapport.

Les limites liées au temps consacré ne sont ni un prétexte ni une excuse mais une réalité. La commission a, sur le fond, consacré à peine l'équivalent de cinq journées en temps partagés en réunions sans compter les travaux de lecture, de coordination et d'échanges formels et informels.

⁷ idem

⁸ Le terme désigne d'abord l'action d'instituer quelqu'un ou quelque chose.

Comme de nombreux substantifs abstraits, il réfère également à la chose instituée, une fondation, une organisation.

Une organisation est donc une chose instituée.

Plus spécialement, en droit et en philosophie, ce mot désigne ce qui est établi par les hommes (mariage, famille, association, gouvernement, parlement, propriété.), par opposition à ce qui est naturel.

On parle ainsi des institutions politiques, administratives, religieuses.

⁹ Manière dont un Etat, une administration, un service sont constitués.

Les limites liées aux secteurs examinés : leur faible nombre, leur nature et surtout ceux qui n'ont pas été examinés dans ce cadre mais qui ont une importance sociale tout aussi grande.

Ces choix de fait sont signifiants. Ils ne sont pas significatifs au sens de la représentativité encore moins de l'exhaustivité et ne nous autorisent à aucune velléité de généralisation.

Nous avons aussi clairement conscience des limites du fait du peu de travaux investigués, et surtout de personnes auditées. Nous l'avons déjà pointé plus haut.

Redisons-le avec clarté. Ce travail partiel n'a ni le statut d'un rapport d'étude ou d'expertise exhaustif ou suffisamment fouillé. Il est un ensemble de réflexions et de contributions qui n'expriment que leurs auteurs dans les limites soulignées. Il s'inscrit surtout à côté des travaux des 5 autres commissions dans les répartitions thématiques effectuées et consenties. Il participe du rapport plus général que doit réaliser Anne Tursz, présidente du Comité d'orientation et chargée du rapport général auprès du ministre.

Dans tous les cas, les membres de la commission ont pris de l'intérêt à ce travail, au temps partagé en commun, en assumant pour l'essentiel le contenu et les limites.

La commission « Institutions, organisations et violence » avait pour mandat de contribuer à repérer quelques éléments d'analyse et propositions concernant la responsabilité de la santé publique dans la prévention et la gestion des conséquences sur la santé des violences exercées tant sur les institutions que par elles.

Tout partiellement par quelque unes des institutions publiques dont la vocation est la protection des personnes et l'usage de violences comme mode légal de l'exercice des missions conférées par la société.

Sa composition restreinte et le temps consacré lui ont permis de réaliser ce travail avec toutes les limites soulignées d'autant qu'il n'a de sens qu'articulé et en complément des travaux des autres commissions et du rapport général.

Ce rapport n'est ni un rapport scientifique ni un rapport administratif. Il se veut avant tout une mise en commun de témoignages, constats et questions avec quelques éléments d'analyse partagés et de premières préconisations.

2 Des regards partiels mais significants

A la demande des membres de la commission et sous la pression du climat ambiant auquel nous n'avons pas échappé, nous avons regardé quelques milieux et encore sous un angle très limité et partiel - l'hôpital, la prison, les lieux relevant des forces de l'ordre, l'école et des situations particulières de personnes en situation de vulnérabilité.

Choix limité, partiel, partial, signifiant mais certainement ni complet ni suffisant même pour ces espaces dont le seul trait commun mais non exclusif est un rapport à la violence « placé sous surveillance renforcée de toutes parts », si l'on peut user d'une telle formule !

L'hôpital

Les auditions et les débats autour de l'hôpital ont été intenses, passionnées, contradictoires.

Les hôpitaux sont aujourd'hui « harassés » de tout ce qu'ils doivent assumer : changements majeurs profonds (gouvernance, Tarification à l'activité :T2A), poursuite de la tendance à leur reporter tout ce que la société ne fait plus ou presque plus (les vieux, les handicapés, la mort) avec la violence des passages aux urgences, le manque de lits, les entassements de personnes dans un espace inadapté, les agressions sur le personnel de sécurité de l'hôpital.

Une des violences dont a eu le souci la commission, c'est de permettre la parole, traquer le « non dit » car ce qui fait probablement le plus violence à tout le monde c'est que s'installent l'indifférence, l'acceptation ou l'accoutumance à tout cela.

D'où la difficulté que nous avons éprouvée de pouvoir prendre du recul, autoriser et nous autoriser une vision globale et critique d'autant que nous vivons une actualité fortement médiatisée, une résonance sociale toute particulière et un contexte de changements et de contraintes multiples et cumulés.

Des situations particulières

D'emblée ont été soumis à la commission par la représentante de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (la DHOS), l'examen des situations particulières, celle des détenues accompagnés pour soins à l'hôpital.

La commission y a d'autant adhéré qu'il lui semblait que cette focalisation, partielle et singulière à une catégorie de malades, pouvait aussi révéler ce qui marche, ce qui dysfonctionne, ainsi que les efforts portés à leur repérage et leur correction.

Ce d'autant que la commission a pris l'option de s'appuyer sur les travaux récemment menés en lien avec la nature du mandat qui lui revient.

C'est ainsi que nous avons été amenés à entendre le compte-rendu synthétique du rapport d'un groupe de travail interministériel¹⁰ finalisé en juillet 2003 et traitant des conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des personnes accompagnées par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire.

¹⁰ Groupe de travail interministériel relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et ou par l'administration pénitentiaire, juillet 2003.

La réflexion du groupe de travail en question a été guidée par le souci de concilier qualité des soins et sécurité et d'aborder les propositions sous l'angle des coordinations et des coopérations à établir avec les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire afin de prévenir les situations de violence à l'hôpital et de mieux y faire face.

Ce groupe de travail a étudié les données disponibles sur le nombre de personnes concernées. Il s'est appuyé sur une enquête réalisée en 2002 par la DHOS auprès des établissements de santé recevant habituellement des personnes détenues et a audité des acteurs de terrain (représentants d'établissements hospitaliers, de la police, de la gendarmerie et d'établissements pénitentiaires).

Différentes actions à mettre en place doivent être concrétisées dans des protocoles déclinés en fonction des situations rencontrées (urgence, consultations, hospitalisations, plateau technique).

La violence à l'hôpital en général

La commission a aussi entendu un représentant de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé) mandaté pour suivre les questions liées au climat social au sein des établissements hospitaliers.

Depuis quelques années, pour ceux qui travaillent à l'hôpital (soignants et administratifs...), l'émergence de la violence est un sujet de préoccupations. C'est pourquoi dès 1999, un travail a été mené conjointement entre le ministère de la Santé, la Gendarmerie, la Police et la SNCF, en vue d'une réflexion approfondie sur la question de la violence.

Plusieurs constats ont été relevés :

- le personnel hospitalier paraît supporter de plus en plus difficilement les événements violents.
- les hôpitaux sont naturellement ouverts vers l'extérieur et vers les quartiers dans lesquels ils sont insérés ; les urgences hospitalières deviennent aussi des lieux d'accueil des urgences sociales
- les personnes qui accompagnent les patients peuvent perdre patience et deviennent parfois violentes.
- Les responsables hospitaliers se sont interrogés sur la question de l'insécurité de manière générale. Ils ont alors constaté que les agents ressentaient un sentiment d'insécurité par rapport à leurs conditions de travail et d'emploi. Ce qui a pu aboutir à des signalements dits « subjectifs » sans qu'ils fassent l'objet d'enquêtes systématiques.

Depuis, de nombreuses expériences ont tenté, au cours des dernières années, d'améliorer l'organisation interne des urgences, (y compris dans le cas des nouveaux établissements au plan de l'architecture) pour limiter les risques d'émergence de la violence dans l'hôpital : formation, organisation des équipes, encadrement des plus jeunes.

Une politique de réduction des événements violents au sein des établissements hospitaliers a été décidée dans le cadre du protocole de mars 2000. Elle prend appui sur :

- la création d'une centaine de postes de psychologues, afin d'accueillir les personnes qui subissent des violences, d'intervenir auprès des personnes perturbatrices ou menaçantes et d'accompagner les personnels victimes de la violence des patients.
- le suivi des plaintes au plan administratif, juridique et financier.

- la mobilisation des forces de l'ordre dans le cadre de conventions, afin qu'elles interviennent rapidement en cas de violence dans un établissement hospitalier.
- la politique de communication locale qui tend à rendre la violence à l'hôpital « illégitime ».

Un budget de 100 millions de francs annuels a été débloqué par la circulaire du 15 décembre 2000 et inscrit en base dans les budgets des ARH afin de financer des projets de prévention de la violence dans les établissements hospitaliers.

Au moment de son intervention devant la commission, le représentant de la DHOS nous a fait savoir qu'il était question de créer un observatoire hospitalier de la violence chargé de recueillir l'ensemble des données relatives aux actes de violence survenant dans les établissements hospitaliers, cette équipe pouvant à la demande intervenir auprès des établissements et des personnels victimes d'agression grave, afin de réaliser un débriefing et d'analyser les causes de la situation. Cet observatoire permanent travaillera avec les forces de l'ordre et la justice afin de mettre en place une politique nationale de sécurisation adaptée. Par ailleurs, les établissements seront encouragés à déposer systématiquement une plainte et à mettre en place un accompagnement psychologique pour les agents agressés et leurs équipes.

Au niveau régional, les financements des projets visant à réduire la violence devraient être assortis d'une obligation de résultats. L'objectif est que les actes de violence baissent de façon réelle.

Par ailleurs, tous les établissements seront inscrits dans les contrats sécurité santé ville, afin d'éviter les déplacements de la violence entre différents lieux d'une même ville.

Notre interlocuteur a beaucoup insisté sur le fait qu'il faut faire travailler ensemble soignants, justice et forces de l'ordre, s'attacher à faire tomber les préjugés professionnels, mettre en commun ce qui rassemble au-delà de ce qui divise.

Par ailleurs, l'ANAES (maintenant la Haute Autorité en Santé) incite les hôpitaux, dès la première visite, à mettre en place des systèmes de déclaration de ces événements. Un décret du 5 novembre 2001 impose à tous les établissements la création d'un « document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs », ce que l'on appelle le document unique.

La problématique du signalement

La problématique du signalement, au plan institutionnel, est une problématique complexe : les signalements et leur recueil permettent de donner à voir ce qui n'était pas regardé auparavant, en ce sens ils donnent une existence à ce qui était invisible. Par ailleurs, ils pointent les dysfonctionnements de l'institution mais sont la plupart du temps partiels.

Sont-ils utiles ? Comment les interpréter et les utiliser ? Comment les analyser dans le temps (l'augmentation du nombre de faits signalés ne constitue pas l'augmentation des événements observés). Que permettent-ils de mesurer : signalements subjectifs, objectifs ?

Une vue encore plus élargie

Cet examen d'une situation particulière et d'une appréciation globale telles que les appréhendent les responsables que la commission a entendus s'est élargi au fur et à mesure de nos travaux.

Les questions de fond relatives à la nature des tensions qui affectent l'organisation hospitalière ont été rappelées avec forces témoignages, chiffres, et analyses sans

que l'on puisse prétendre à une quelconque exhaustivité encore moins en termes de consensus.

On ne pourra comprendre les manifestations des violences à l'hôpital si on ne les situe pas dans le contexte des charges qui pèsent sur les hôpitaux. Charges qui ont aussi leurs raisons dans certains désengagements d'autres acteurs de la santé. Plusieurs pistes de compréhension ont été rappelées.

Parmi elles, nous pointerons sans remplacer ou rappeler les travaux déjà effectués, la question des évolutions du nombre de lits, récurrentes et par ailleurs largement connues, celle plus sensibles des personnels, celle des conditions et des rythmes de travail, celle en lien avec les niveaux de qualifications et les exigences de formation. C'est là des questions de fond dont on ne peut faire l'économie si l'on veut saisir les phénomènes dans toutes leurs dimensions, comprendre sur le fond et agir durablement et efficacement sur les violences à l'hôpital.

Regarder du côté structurel

La commission ne peut se contenter de rappeler ce que tout le monde sait.

Elle relève et alerte sur **l'accentuation des décalages**. Il y a nécessité de rechercher une partie des explications et des solutions du côté des tensions structurelles, et des violences à leurs sources. Le premier de ces décalages résulte de l'écart entre l'accentuation des charges et le type de mobilisation et de répartition des ressources.

Des établissements hospitaliers confrontés à la baisse tendancielle des lits, suppressions et regroupements, à des réaménagements d'ampleur nouvelle dans leur financement, leur organisation, continuent dans le même temps à être sollicitées en interne et en externe de toutes parts.

En interne,

L'exigence croissante de qualité des soins, (exigence légitime bien sûr) et la nécessité de rendre compte de cette qualité aux soignés, aux tutelles, aux contrôleurs (avec le travail administratif que ce contrôle exige) mobilisent les soignants et leur laissent de moins en moins de disponibilités pour le relationnel, cette partie du soin qui apaise les relations soignants/soignés et les relations soignants/soignants.

La « traçabilité » qui est en train de s'implanter dans les pratiques et la culture hospitalière engage des ressources. Si celles-ci ne sont pas mobilisées en plus, elles sont forcément prises quelque part. Le seraient-elles sur la relation humaine ?

Un autre décalage relevé se rapporte aux effectifs médicaux et paramédicaux. Ce qui fait problème, c'est non seulement l'état des effectifs et de leurs évolutions par rapport aux besoins, mais la nature, les niveaux et types des formations dispensées. Ce qui fait problème, ce n'est pas l'absence de qualification des professionnels face aux phénomènes de violences mais la nature des formations auxquelles on fait souvent appel (gestion du style comportementaliste),

Ce qui fait problème, ce n'est pas le niveau d'insécurité générale et ambiante qui n'épargne pas plus les hospitaliers que les autres catégories de salariés ou de la population, ce qui fait problème, c'est les conditions d'exercice.

Un autre niveau et type de décalage : l'organisation des espaces en milieu hospitalier. On pourrait interroger et réfléchir sur le genre de bâtiments hospitaliers favorisant l'accueil et l'apaisement des tensions.

On ne peut arrêter de poursuivre les efforts d'amélioration de l'accueil des malades, de leurs familles, de circulation au sein de l'hôpital. L'espace et son organisation, les densités et les flux, ne sont pas neutres et jouent un rôle sur les comportements des individus.

Il ressort de nombreux témoignages le fait que la diminution du nombre de lits, l'accroissement du stress dans le travail diminuent la résistance à la violence.

Le développement de la technicisation des soins met le focus sur cette compétence chez les soignants et met de côté les compétences relationnelles indispensables pour faire face à la violence et tenter de la réduire.

En externe

L'exemple du transfert en cours de la permanence des soins et en particulier après minuit sur les seuls hôpitaux est une réalité.

Le report de toutes les urgences et de la permanence des soins sur les hôpitaux du fait du retrait d'une partie de la médecine ville est une politique lourde de conséquences dans le présent et l'avenir.

L'hôpital selon la formule parlante des soignants hospitaliers eux-mêmes ne peut être à la fois le niveau des premiers secours, des premiers et des ultimes recours !

Plus largement, le déséquilibre dans l'organisation du système des soins fait porter à l'hôpital ce qui n'est pas pris en charge en amont et en aval. Une première ligne des soins en difficultés ne peut qu'engendrer des tensions sur le niveau hospitalier des soins. Et à la charge habituelle et normale des établissements hospitaliers s'ajoutent les soins ambulatoires du quotidien qui ne sont pas suffisamment ou correctement pris en charge en amont et en aval.

L'exemple plus récent et mis en avant de manière plus dramatique par les événements survenus au centre hospitalier de Pau est aussi éloquent des dysfonctionnements révélateurs et générateurs de violences.

La baisse du nombre de lits psychiatriques pose d'autant problème que l'alternative que devait constituer la prise en charge ambulatoire, diversifiée et sectorisée des soins psychiatriques se débat dans une crise dont témoignent largement les professionnels du champ. Sans compter que « la psychiatrisation » de nombreux faits socioéconomiques et culturels crée des tensions insoutenables. Les ruptures de soins et de prise en charge ne sont pas à rapporter trop vite sur le niveau hospitalier¹¹.

¹¹ cf plan psychiatrie récemment élaboré et publié

Comme on le voit pour l'hôpital, que cela soit pour des catégories particulières ou pour tous les malades, leurs proches comme pour l'ensemble des personnels, la question des violences est présente et est vécue différemment selon la place que l'on occupe dans le système et la vision que l'on a des risques.

Allons- nous regarder un bout, plusieurs bouts, l'ensemble ?

Allons-nous sous estimer les efforts, les améliorations et ce qui fonctionne ?

Allons-nous nous masquer les dysfonctionnements, les manquements, les tensions ?

Qui est responsable, si tant est qu'il faille rechercher une seule responsabilité ?

C'est ce que nous essayerons de traiter dans les paragraphes qui suivent.

La prison

L'examen de cet espace et de cette institution a été fortement investi et investigué.

Du témoignage réquisitoire du président du Comité consultatif national d'éthique, aux données fournies par les représentants tant du ministère de la justice que d'établissements pénitentiaires, à celui de médecins praticiens et de chercheurs, les échanges ont été intenses.

Le milieu carcéral, un lieu de violences

Dans cet espace fondé sur la privation de la liberté et l'usage légitime de la force dans les cadres réglementaires dans le respect des droits de l'homme et de la personne, la violence, prévue par la loi, est structurellement inscrite.

La privation de liberté constitue en elle-même une violence faite au corps et à l'esprit de celui qu'elle touche. Elle s'exprime et façonne les rapports sociaux entre détenus, entre surveillants, entre surveillants et détenus, et se manifeste par et dans les représentations qu'en a la société.

S'y adjoignent d'autres aspects, tels que :

- la violence (symbolique) de la machine judiciaire,
- l'organisation de la vie carcérale : l'aménagement de l'espace, les privations et la dépendance imposées par une vie collective faite de contraintes et d'interdits (règlement intérieur strict, horaires figés, nourriture imposée...).

La surpopulation et la vétusté relativement fortes que connaissent certains établissements pénitentiaires aujourd'hui en France aggravent encore la promiscuité de vie génératrice de violence en milieu carcéral. Les dispositions du code de procédure pénal français prévoient un encellulement individuel, non réalisé dans la réalité des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, certaines dispositions légales (fouilles à corps, qui peuvent être renouvelées de nombreuses fois dans une même journée par différentes administrations ou encore les méthodes d'interventions lors de situations de risques de violence...) sont très souvent à l'origine de sentiments d'humiliation et d'atteintes à l'estime de soi de la part des détenus, et de sentiments de dévalorisation de leur

travail de la part des surveillants. Sentiments renforcés par le fait que ces procédures peuvent être parfois remises en cause dans leur efficacité : on observe ainsi que certaines ont été abandonnées dans d'autres pays européens.

Certains facteurs peuvent encore aggraver cette violence. Un exemple : l'absence de réponse des services à des demandes formulées par les personnes détenues (tous les services travaillant en milieu pénitentiaire sont concernés, services médicaux, service d'insertion et de probation, enseignement...).

Les personnes détenues

Les relations entre personnes détenues et surveillants obéissent à une extrême diversité et à une profonde complexité. La prison est aussi caisse de résonance de notre société. De nombreux facteurs concernant les personnes incarcérées concourent à faire croître la violence :

- la montée des replis communautaristes rend plus difficile la cohabitation de personnes d'origines différentes ;
- le rejet de certaines personnes incarcérées pour des délits sexuels dont le nombre et la proportion dans la population carcérale vont croissants ;
- la présence dans des proportions toujours plus grandes en détention de personnes désocialisées ou porteuses d'affections psychiatriques ou de troubles importants de la personnalité ;
- la présence de nombreux toxicomanes, essentiellement en maison d'arrêt, engendre la présence de drogues en détention, elles-mêmes sources de racket, de pressions diverses...
- les inégalités de ressources des personnes incarcérées, sources également de trafic, de racket...

Le personnel de surveillance

Les surveillants manifestent et expriment une souffrance multiple :

- Souffrance narcissique d'une profession rarement choisie, d'un statut peu gratifié socialement, d'un travail très peu valorisé au sein de notre société.
- Souffrance liée au cadre professionnel quotidien, parfois à la peur de la population pénale, à la difficulté de donner du sens à leur action.

Leur travail est difficile :

- Le caractère très hiérarchisé et de plus en plus technique du travail de surveillant (aggravé par la surpopulation carcérale) ne valorise pas les qualités humaines de celui-ci.
- L'insuffisance de formation des surveillants (concernant entre autres, les situations à risque de violence) et le manque d'encadrement des surveillants stagiaires et des jeunes surveillants lors de leurs premières années d'exercice : les gradés sont de plus en plus occupés par des tâches administratives et ne peuvent toujours assurer un réel soutien des surveillants sur le terrain.

Les surveillants semblent eux-mêmes souffrir de problèmes croissants (alcoolisme, suicide...).

Les interactions

Les violences entre détenus, entre détenus et surveillants, ainsi que la violence à laquelle les surveillants font face au quotidien **sont liées**.

Les violences physiques ou psychologiques observées ont de graves conséquences sur la santé de ceux qui les subissent (fractures, plaies, cicatrices, anxiété, insomnies, somatisations, syndromes réactionnels post traumatiques ou dépressifs...), détenus comme surveillants. Or, depuis dix ans, les actes de violence

en milieu carcéral croissent de façon inquiétante : violences envers les surveillants ou entre personnes détenues, suicides, automutilations....

Les statistiques disponibles montrent une progression du nombre d'agressions sur le personnel par des détenus : 233 en 1995 ; 320 en 1999 ; 413 en 2001 ; 519 en 2004. Ces données auraient mérité d'être complétées par les violences exercées par les surveillants sur les détenus.

La prison est un lieu où le détenu est conduit parce qu'il a enfreint la loi ou est censé avoir enfreint la loi. Le rôle majeur du personnel, outre la garde, l'entretien et l'insertion des détenus réside dans la protection des plus faibles (personnes âgées, détenus fragiles psychologiquement, handicapés, jeunes majeurs, personnes suicidaires...). Si la sécurité de cette personne ne peut y être assurée (dans certains lieux, comme les cours de promenade, parfois, les surveillants ne peuvent intervenir pour ne pas mettre en jeu leur propre sécurité, même en cas de violences importantes entre détenus), la prison ne peut qu'engendrer des sentiments d'injustice et d'arbitraire, eux-mêmes générateurs de violence.

Le personnel de surveillance doit disposer de tous les moyens d'exercer ce rôle (moyens matériels mais aussi formation suffisante, soutien, conseils...).

La prison est lieu de travail pour le personnel de surveillance. Si ce travail se vit dans l'insécurité, cela ne peut qu'engendrer des sentiments d'impuissance, d'inutilité, de dévalorisation.

Il ne s'agit évidemment pas de confondre les positions respectives de l'un et de l'autre ni d'occulter l'évidence de la peine infligée en principe aux seuls détenus mais **de repérer la réciprocité des violences et des souffrances, souvent consécutives**. La violence d'un détenu provoquant la souffrance d'un personnel, mais surtout en ce que l'institution carcérale peut être source de violence et de souffrance pour les uns et les autres.

La société qui incarcère doit dès lors offrir aux personnes incarcérées et au personnel qui s'en occupe une sécurité optimale.

Le milieu carcéral ne peut être un lieu de violences arbitraires, de toutes natures et en tous sens sans que cela ne remette en cause sa fonction sociale définie et encadrée par la loi.

A moins que ce ne soit précisément là que réside le nœud de la question : quelle est au fond aujourd'hui la fonction sociale de la prison, la fonction dévolue, celle reconnue et celle à l'œuvre ?

L'école

La question de la violence dans l'école rejoint par certains aspects ce qui a été décrit précédemment et en diffère.

Il nous a été donné d'écouter et d'apprécier un des dispositifs de prévention mis en place de manière originale par l'Académie de Lille en 1989, qui est la deuxième de France en importance¹².

Il s'agit du dispositif dénommé GASPARG (groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risques), issu de la « cellule de prévention des conduites déviantes » voulue en 1984 par le Ministère dans chaque Académie et dissoute depuis.

Après quelques centaines d'interventions dans des établissements scolaires du second et du premier degré de l'Académie de Lille, Yves SIHRENER nous propose quelques réflexions qui, nous renseignent sur les fonctionnements d'autres lieux institutionnels.

Partant de la réflexion que les faits de violence, qu'ils soient verbaux, physiques, ou symboliques, sont toujours vécus comme insupportables par la plupart des personnels, la commission a aussi entendu quelques modalités de réponses qui méritent d'être rapportées. Les interventions faites par ce dispositif lui font dire qu'un même événement sera mieux surmonté par l'ensemble des adultes si préexistent des procédures clairement identifiées pour sa résolution, et des solidarités inscrites dans la vie normale de l'établissement scolaire. Par contre, le même événement venant mettre du relief sur des difficultés de relations, un sentiment de solitude ou de non reconnaissance par l'institution, déclenchera des attitudes de remise en cause de l'institution, des collègues, de soi-même, amenant à la paralysie du lieu de fonctionnement.

d'où l'utilité d'une réponse institutionnelle immédiate

Dans les établissements scolaires où un enseignant a été victime d'une violence grave, ou ressentie comme telle par les adultes, l'équipe GASPARG a assisté à des périodes de « tétanisation » où l'ensemble des adultes se disait dans l'incapacité de reprendre le travail, si ce n'est après avoir obtenu des moyens de sécurité disproportionnés :

- il faut d'abord mettre en place les conditions d'une réponse immédiate de l'institution pour reconforter les personnels victimes, assurer les autres personnels de l'implication institutionnelle dans le traitement du fait déclencheur et réaffirmer la considération due aux personnels.

- un accompagnement doit être assuré par l'institution pour permettre au personnel victime de se « reconstituer » après un événement qui, non seulement interroge chacun sur la responsabilité qu'il peut avoir dans son déclenchement, mais parfois interroge sur soi, sur la mission effectuée, sur le sens de son travail dans l'institution. Un autre enseignement a été dégagé de ce travail sur la durée :

¹² Confère plus de précisions sur le dispositif GASPARG dans l'annexe 7

La nécessité d'un travail d'anticipation et de prévention

Il importe de ne pas attendre le déclenchement de faits de violence graves pour travailler :

- dans l'anticipation : mettre les équipes en situation imaginaire d'incident grave, et faire travailler sur les procédures de résolution, le rôle de chacun, la solidarité et son expression dans le lieu de fonctionnement (à la manière des exercices « incendie ») ;
- les pratiques à créer ou à développer pour limiter au maximum les risques d'incident ? Cet aspect passe par une formation initiale et continue qui prend acte de l'existence possible de phénomènes de violence dans le fonctionnement naturel et actuel de l'institution. Ce processus de formation les réinscrit dans un ensemble contemporain. Il les amène à comprendre les comportements des publics potentiellement difficiles —comprendre n'étant pas excuser— et fait acquérir un certain nombre d'outils de résolution individuelle et collective.

On se rend compte que dans les établissements scolaires où s'est développé ce travail, on ne supprime pas l'effet traumatique d'incidents graves, mais on fait l'économie des temps de blocage et de paralysie des acteurs institutionnels.

De même que dans tous les lieux à risque importants, doivent se mettre en place des moments d'écoute des personnels, en dehors de toute survenue de fait marquant, ainsi que des temps de répétition des procédures de résolution qui, dans les établissements scolaires, mettent les personnels en sécurité et créent des cohérences favorables.

Globalement la violence et/ou le sentiment de violence se diffusent

Multiforme, elle peut changer d'aspect mais elle n'est nullement en régression dans le contexte scolaire. Parfois la violence s'ignore elle-même.

A l'évidence, la violence verbale s'avère un des phénomènes les plus prégnants et constitue très souvent, la porte d'entrée du problème.

Même le premier degré scolaire est affecté par la violence, quelles que soient les tentations de l'occulter.

Il est souvent difficile de faire reconnaître la violence dans les écoles primaires, car il paraît impossible qu'un enseignant ne parvienne pas à maîtriser la violence des élèves.

L'enseignant confronté à la violence

La violence questionne l'enseignant dans le rapport qu'il entretient avec sa fonction. Il arrive qu'il se demande s'il a choisi le bon métier lorsqu'il juge une situation intenable.

Les matières et les programmes sont souvent sacralisés par les professeurs. La formation initiale y contribuant. De là, ils rejettent les élèves réfractaires comme étrangers à leur discipline et à leur univers.

Les enseignants victimes de violence en ont été souvent culpabilisés.

Heureusement, les mentalités évoluent sur ce point, car si le système n'est pas solidaire des personnes qui le composent, c'est l'ensemble de l'institution qui s'écroule. Chacun perd alors son rôle.

Des enseignants à l'origine de violences ?

Bien sûr que l'on doit aussi s'interroger sur le rôle des enseignants et des autres personnels dans le déclenchement d'un événement violent.

Il est gravissime de ne brimer que la violence des élèves et pas les autres formes de la violence.

Afin de discipliner l'être social, des « non éducations », des « non conflits » ont été institués, lourds de conséquences.

L'Education nationale, en tant qu'institution, se sent-elle concernée ?

De plus en plus fortement. Il faut reconnaître que ni les parents, les élèves, les médias, et plus globalement la société, ne laissent l'institution scolaire sans une observation et une critique rapprochées et permanentes. Le sont-ils toujours à bon escient et de bonne manière ?

Dans certaines académies comme après certains événements, l'Education nationale a cherché à objectiver les faits, afin de constituer une base de discussion avec les équipes. D'où la constitution d'un observatoire et d'une base de recueil de signalements¹³. Sauf que ce dispositif se borne au signalement sans chercher à disposer d'un outil d'analyse qui aille au-delà de l'immédiateté des phénomènes alors que la violence est en effet susceptible d'être corrélée à de nombreuses variables.

De nombreuses autres initiatives témoignent des efforts faits avec les responsables institutionnels pour que la gestion de la violence en milieu scolaire change.

L'Education nationale réalise un travail de prévention sur ce point auprès des personnels et semble-t-il ne craint plus de s'interroger sur les liens entre la violence et le milieu dans lequel elle exerce.

*Nous n'avons eu malheureusement ni le temps ni l'opportunité de regarder de plus près d'autres dispositifs et surtout d'entendre d'autres représentants, acteurs ou partenaires de l'école.
Nous ne pouvons donc que témoigner d'une vue partielle.*

¹³ SIGNA est un dispositif de signalement voulu par le Ministère par lequel les chefs d'établissement sont tenus de signaler les actes de violence.

Les forces de l'ordre

S'agissant des institutions police et gendarmerie, désignées sous les termes génériques de « forces de l'ordre » ou de « représentants de la loi », elles sont par vocation chargées de maintenir l'ordre (établi) en se référant à une norme (la loi). Elles détiennent la force légitime, et constituent le premier rempart contre la violence la plus injuste : celle du plus fort à l'égard du plus faible.

C'est pourquoi, si l'usage de la force strictement nécessaire dans un cadre légal (codes pénal, de procédure pénale et de déontologie) ne peut souffrir d'interrogations et de considérants de conjoncture, peut-on pour autant faire l'économie de considérer et prendre en compte la perception qu'en ont les personnes qui s'en estiment « victimes » ?

En toute hypothèse, l'action de police est encadrée par des textes qui répriment tout manquement sur le plan pénal et disciplinaire.

Sous cette réserve, il apparaît que policiers et gendarmes sont au cœur de la problématique, soit en tant qu'acteurs soit en tant que victimes.

En tant qu'acteurs, ils interviennent en première ligne lors des situations de violences individuelles ou collectives, qu'elles se déclarent dans les lieux privés ou publics.

Ainsi, à titre d'exemples les 433 commissariats de Sécurité publique interviennent plus de 150 000 fois chaque année pour des différends familiaux. Ces interventions ne donnent pas forcément lieu à poursuites pénales (faute de plainte) mais permettent de saisir les services sociaux pour une action suivie, la police n'étant impliquée qu'en cas de crise. Cette remarque est également valable pour les interventions concernant les marginaux et sans-abri, ainsi qu'à l'égard des malades mentaux.

Concernant le partenariat avec les instances hospitalières, il est développé au plan local comme au plan national pour prévenir et traiter les problèmes de violences à l'hôpital, et s'élargit à l'administration pénitentiaire pour tout ce qui concerne les soins aux détenus.

Pour améliorer la réponse donnée aux victimes de violences, un dispositif d'accueil du public et d'aide aux victimes a été mis en œuvre depuis cinq ans au sein des commissariats de Sécurité Publique. Il consiste notamment à développer les dépôts de plainte personnalisés sur rendez-vous, à informer les plaignants sur le suivi judiciaire de leur plainte, tout particulièrement dans les bureaux de police des quartiers sensibles. D'autre part, le partenariat avec les associations spécialisées a été renforcé.

Des résultats positifs ont été obtenus notamment avec les sociétés de transport (les transports en commun sont un terrain privilégié d'exercice de violences collectives à l'égard de l'utilisateur et des employés) ainsi qu'avec les bailleurs sociaux.

Ces quelques exemples illustrent la volonté de la police nationale de privilégier une approche commune avec les autres partenaires institutionnels, qui se concrétise par la mise en œuvre de contrats locaux de sécurité (CLS).

L'implication de partenaires à l'élaboration du diagnostic enrichit l'analyse du phénomène de violences et du sentiment d'insécurité et permet d'assurer une meilleure sécurité au public et aux agents de ces partenaires.

Les personnes en établissements

Dominique Tortuyaux a attiré l'attention de la commission sur la situation des personnes en situation de vulnérabilité lors de leur séjour, placement et déplacements dans des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il a rapporté les raisons qui ont amené la Fédération hospitalière de France à initier une conférence de consensus les 24 et 25 novembre 2004 sur la « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ».

La conférence s'est penchée sur les conditions de sécurité dans les établissements et de respect du malade et de l'utilisateur définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle a examiné les conditions d'exercice du droit d'aller et venir, du respect de la vie privée, de la dignité, de l'autonomie de l'utilisateur.

Car cette liberté est trop souvent limitée en raison des risques possibles, que les difficultés qui les provoquent soient « motrices, sensorielles, cognitives ou mentales ».

Beaucoup de raisons sont évoquées pour justifier les restrictions à la liberté d'aller et venir :

- la répartition des établissements sur le territoire qui peut retreindre le principe de proximité et de libre choix,
- les règles d'organisation interne qui peuvent introduire des restrictions,
- la sécurité des personnes qui peut amener à des restrictions pour des raisons d'hygiène, de protection face à des comportements dangereux.

De même que cette conférence s'est penchée sur la réalité du risque contentieux, voire du risque pénal, en cas d'accidents induits par défaut de surveillance.

La question de la contention systématique, du confinement et des aménagements de l'espace et des équipements a été aussi examinée.

D'où l'idée de cette conférence de consensus et des recommandations qu'elle a portées et sur lesquelles nous reviendrons dans les propositions.

A la demande des membres de la commission et sous la pression du climat ambiant auquel nous n'avons pas échappé, nous avons regardé quatre milieux et encore sous un angle très limité et partiel : l'hôpital, la prison, les forces de l'ordre, l'école et très rapidement, des situations particulières.

Choix limité, partiel, partial, signifiant mais certainement ni complet ni suffisant même pour ces espaces dont le seul trait commun mais non exclusif est un rapport à la violence « placé sous surveillance renforcée de toutes parts », si l'on peut user d'une telle formule !

Nous disions bien que le deuxième temps de travail de la commission a porté sur des regards partiels mais signifiants.

Des regards partiels puisque n'ont été examinés que certains milieux (l'hôpital, la prison, l'école, ceux dédiés aux forces de l'ordre..) et que certaines catégories de personnes en situation de vulnérabilité (les détenus à l'hôpital, les personnes gardées à vue, les personnes en situation de dépendance dans les établissements...).

Des regards signifiants

Les institutions dont nous avons traitées ne relèvent pas du hasard et ne se confondent pas avec n'importe quelle organisation.

En quoi les institutions que nous avons regardées sous cet angle diffèrent-elles des entreprises ou d'autres organisations de la vie sociale pour ce qui est de la violence et de la santé ?

Elles représentent des espaces de la vie sociale et de services de protection des personnes. Les acteurs sociaux concernés sont en contact avec le public, que le rapport soit marchand ou non, conflictuel ou non.

Le dénominateur commun est la réalisation de missions, de services le plus souvent de protection des personnes par l'exercice non de la violence arbitraire mais de l'application ferme et équitable des lois et des règles.

Mais des regards non significatifs

Tout au moins au sens statistique du terme. Une fois répétons le, nous n'avons pas regardé la rue, les espaces commerciaux, les transports notamment collectifs, les maisons de retraite, les lieux de travail etc.

Les autres commissions, le rapport général, d'autres travaux les abordent et doivent l'approfondir.

3 Un état des lieux controversé

Prendre la mesure et/ou formuler un jugement fondé ou du moins sous contrôle aura été notre souci d'emblée mais aussi relevant de notre mandat.

C'est ce que nous mettons derrière cet intitulé « d'état des lieux ». Le qualificatif de « controversé » exprime surtout la difficulté que nous avons eu à repérer des sources, en prendre connaissance, en apprécier la fiabilité, à se repérer par rapport aux différentes interprétations, la plupart du temps peu concordantes, et usages possibles.

Y a-t-il des données ?

Sans être obsédée par l'évaluation globale ou quantitative, ni n'avoir eu envie ou le temps de s'en donner les moyens, la commission ne s'est pas privée de la recherche et de l'examen de quelques sources et données.

Mais sans les moyens d'un travail systématique ni l'existence d'un état des lieux suffisamment exhaustif et fiable, nous avons navigué entre quelques données, sources et avons découvert non un système d'information mais une série de dispositifs, de sources et de données.

Nous n'avons pas échappé à la tentation du recueil direct d'autant que nous avions la proximité de quelques institutions.

Fragmentaires, partielles, certaines de ces données sont rapportées avec prudence dans les annexes 1 et 2 sur les données et la problématique des données.

Les sources bibliographiques que nous avons consultées (rapport du Haut comité de santé publique, rapport OMS, rapports des groupes de travail et des conférences de consensus) sont néanmoins autant de compilations voire d'interprétations de données.

Plus significative aura été notre difficulté à retrouver et pouvoir regarder de plus près non pas seulement les données existantes sur les manifestations des violences mais plus précisément celles de leurs effets sur la santé.

Que disent les différentes sources ?

La fiche annexe 1 en recense quelques-unes des données dont nous avons dit qu'elles étaient fragmentaires.

x L'enquête d'opinion réalisée par l'institut BVA en mars 2004 à la demande du Haut Comité de Santé Publique, montre comme d'habitude dans ce genre de sondage les perceptions à la fois nuancées et difficiles à interpréter.

x Renée ZAUBERMAN, sociologue dans un centre de recherche (le CESDIP¹⁴) a rapporté un effort d'estimation de l'ensemble des violences dans le temps, issues de ce qu'elle appelle les enquêtes de victimation¹⁵

Cette méthode d'enquête en population générale a été conçue pour édifier une connaissance de la délinquance indépendante des systèmes officiels d'enregistrement (Fiche annexe n° 2).

¹⁴ CESDIP : Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales.

¹⁵ victimation ou victimisation réfère au même contenu.

L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes par le Cesdip¹⁶ sur la période 1984-2001 – avec un spectre très large, allant de l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital – traduisent une croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ depuis environ 5% à 15 % en 15 ans.

Ces comportements augmentent-ils vraiment ou bien plus de gens font-ils preuve d'une susceptibilité croissante ? Il est bien sûr difficile de trancher, mais au minimum, elle avance l'idée **d'une rugosité accrue des relations sociales**.

x Dans certaines académies comme après certains événements, l'Education nationale a cherché, à objectiver les faits, afin de constituer une base de discussion avec les équipes. D'où la constitution d'un observatoire et d'une base de recueil de signalements¹⁷ (SIGNA).

Sauf que ce dispositif se borne au signalement sans chercher à disposer d'un outil d'analyse qui aille au-delà de l'immédiateté des phénomènes alors que la violence est en effet susceptible d'être corrélée à de nombreuses variables.

x Des enquêtes ponctuelles ont été réalisées comme celle initiée par la DHOS en 2002 auprès des établissements de santé recevant habituellement des personnes détenues durant l'année 2000.

Le nombre d'incidents relevés (51 dont le tiers étaient des incidents jugés graves) est à rapporter aux chiffres de présence des détenus à l'hôpital (9.378 hospitalisations et 46.073 venues à l'hôpital de personnes détenues pour des consultations nous incitent à la mesure).

x Les données statistiques établies par la direction centrale de la Sécurité Publique montrent un accroissement des outrages à dépositaires de l'autorité¹⁸ (de 19 358 procédures établies en 2003 à 30 675 faits constatés en 2004) et des violences toujours à dépositaires de l'autorité (14 847 en 2003 à 21 723 en 2004).

x Les violences policières alléguées seraient en hausse de 18,5% en 2004 selon un article¹⁹ publié au moment de l'établissement de notre rapport.

« ...Cette situation a été jugée suffisamment alarmante au ministère de l'intérieur pour que Dominique de Villepin adresse un long message écrit à tous les fonctionnaires de police le 25 février sous l'intitulé « Une police professionnelle, appréciée des citoyens et davantage respectueuse. » commente le journaliste, auteur de l'article cité en référence.

x Les mesures de garde à vue exécutées en France en 2004 sont de 472 000, chiffre en quasi-constante augmentation depuis trente ans.

L'évolution du nombre de mesures de garde-à-voir de 1974-2004²⁰ nous fait passer de 200 000 à plus de 400 000 mesures, rapporte l'étude du CESDIP..

La barre des 300 000 est passée dès 1983, puis la croissance se ralentit puisqu'il faut ensuite 15 ans pour atteindre les 400 000.

16 confère annexe 2 sur les données des enquêtes de victimation.

17 SIGNA est un dispositif de signalement voulu par le Ministère par lequel les chefs d'établissement sont tenus de signaler les actes de violence.

18 Par dépositaires de l'autorité, il est entendu les forces de l'ordre, les gardiens d'immeubles, les professionnels de santé...

19 Le monde, rubrique Société, p 12, 10 mars 2005, sous la plume de Piotr Smolar.

20 Source : état 4001, sérialisation B. Aubusson/base david

La courbe du nombre des mesures de plus de 24 h de 1974-2004²¹ paraît plus faiblement évolutive. Dans le temps où l'ensemble de mesures se multipliait par un plus de 2 (2,37 exactement), les gardes à vue prolongées se multipliaient par 4.

La réalité des gardes à vue en France présente des disparités, notamment en ce qui concerne les conditions matérielles de rétention et le nombre de personnes gardées à vue. La garde à vue est souvent ressentie par les personnes qui la subissent comme une expérience et une épreuve psychologiquement difficiles, et ce indépendamment des conditions dans lesquelles elle se réalise.

Dans ce contexte particulier, il convient, quelles que soient l'accusation et la gravité des faits, de respecter la dignité et les droits fondamentaux de la personne. L'autorité judiciaire a une obligation de protection en ce qui concerne la dignité de la personne, son intégrité physique et psychique et sa santé.

Depuis 1993, la loi fixe clairement les règles de la garde à vue en France. Le Code de procédure pénale stipule que « toute personne gardée à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin » (art.63-3). Médecins légistes, urgentistes, généralistes, psychiatres sont sollicités pour ces examens pratiqués sur réquisition de l'autorité judiciaire.

L'examen médical n'est pas seulement une garantie donnée au gardé à vue, mais aussi une garantie pour les autorités concernées, notamment en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements.

Que retenir des chiffres, des comparaisons et des perceptions ?

On peut ainsi égrener longtemps des données, des séries sans pour autant être en mesure d'en tirer un point de vue équilibré et plus ou moins partagé.

Le « paysage regardé » est aussi variable que les lunettes que l'on met.

D'abord un double sentiment : pas assez ou trop d'une part. D'autre part, une lisibilité compliquée.

On a par moment le net sentiment de se perdre dans les données, les sources, les catégories, les interprétations

Peut-on avoir à partir de ce type de données une vue partagée et quelque peu contrôlée ?

Le seul consensus porterait sur l'accroissement des violences dites verbales. Comme s'il y avait glissement de la violence physique vers la violence verbale ou fixation sur celle-ci. Ce d'autant qu'aujourd'hui, le seuil à partir duquel on considère qu'il y a conflit s'est déplacé. C'est comme si les personnes concernées s'étaient longtemps accommodées de la violence verbale et qu'elles ne l'acceptent plus, désormais. Est-ce l'expression d'une évolution ou d'une forme régressive ?

Est-ce qu'un travail systématique a été réalisé ?

Pas à notre connaissance. Pour autant, il ne faut ni reculer devant cette nécessité ni surtout occulter. Les difficultés de la mesure et l'appréhension de la violence. Elles ne sont pas réductibles à des critères aisés à construire ou simplement à des sources bien construites et coordonnées.

²¹ idem

Comme on le voit, il est difficile d'avoir une vision commune de la nature et de l'ampleur des phénomènes de violence et de leurs effets sur la santé.

La disponibilité et la fiabilité des sources, la nature des données et leur variabilité sont une première difficulté.

Leur interprétation en est une autre.

Mais outre les problèmes « techniques » (catégories, seuils, types de mesures, critères, interprétations...) se pose la question des lieux de la collecte des données et la légitimité et fiabilité de celui ou ceux qui sont mandatés pour recueillir et analyser les données permettant une évaluation distanciée des phénomènes de violence ?

C'est in fine la dimension subjective qui façonne les critères utilisés selon le système de valeurs et des normes de référence.

Toute société étant aux prises avec sa propre violence et ce qu'elle considère comme telle, et tolère ou pas, à tel ou tel moment de son histoire.

Une tentative de compréhension sur le fond

Des questions perpétuellement oubliées et redécouvertes

Il est utile de rappeler à quel point les questions de violences sont présentes dans l'existence et l'histoire des hommes et de relever que ce sont des questions perpétuellement oubliées et redécouvertes.

Aussi proposons-nous d'explorer cette problématique avec une exigence sur nous même : aller aussi loin que possible dans la compréhension sur le fond sans céder à l'inclination à la dramatisation ambiante ou à la banalisation suicidaire.

La violence doit être comprise dans toutes ses dimensions

La violence doit être considérée d'une part pour ses effets sur la santé et d'autre part en tant que signe d'une souffrance doit être comprise dans ses dimensions individuelles -histoire personnelle, vulnérabilité, ressources physiques, morales- et sociales.

Or la violence est souvent l'objet d'une sorte de « déni ».

Déni individuel quand la violence est générée par des individus. L'approche collective sans que les individus ne soient interpellés est vouée à l'échec

Déni collectif, en lien avec l'histoire collective d'une communauté, d'une institution, des modes d'organisation et de fonctionnement, des environnements, des difficultés conjoncturelles...

La commission attire l'attention non pas sur la dimension individuelle ou collective et leurs intrications mais sur les risques **d'une approche « asymétrique »** !

L'individu, la collectivité et les organisations participent les uns des autres.

L'élan de violence est co-porté et co-produit par l'individu et l'institution.

Le sujet et l'institution sont comme imbriqués à l'image de la relation de soi à sa propre violence. Il va s'agir alors de ne pas considérer la violence comme un facteur à externaliser (ou à rendre invisible) mais comme un élément en soi, dynamique (y compris dans le soi de l'institution) qui rappelle à la fois la dimension inéluctable du lien et de la différence des places (des missions de service public, du projet de l'usager, de l'état de droit, par exemple). Une dimension qui est éminemment sociale et donc relevant du registre conflictuel.

La violence doit également être comprise dans ses variations

La violence doit également être comprise dans ses variations culturelles et sociologiques : évolution des seuils de tolérance, phénomènes d'amplification médiatique...

Des comportements considérés comme violents à une période donnée n'apparaissent plus comme tels par la suite.

Les risques de dérapage dans les représentations et dans les attitudes (exagérations, inadéquations...) augmentent à l'évidence avec le sentiment d'insécurité des personnes et des groupes lié à l'environnement économique, social, culturel (chômage, exclusion, perte des repères, évolutions des valeurs, menaces concrètes ou indéterminées...)

L'enquête d'opinion menée par BVA à la demande du HCSP et rapportée plus haut montre bien la relativisation sociale des phénomènes de violences assez différentes de celles rapportées par les médias.

Le Haut comité conclut de ses travaux que si le système de soins constitue un lieu privilégié pour faire remonter les informations, informer et orienter les victimes, les phénomènes de violences ne peuvent être pris en compte sous le seul angle de la santé publique. Une approche multidisciplinaire doit être développée et soutenue par des actions interministérielles.

Le système de santé ne saurait revendiquer une position hégémonique, ni centrale pas plus ou moins que les autres secteurs concernés.

D'où l'importance d'un contrôle par le social mieux compris et encouragé. La démocratie n'est rien d'autre.

La violence institutionnelle, un sujet tabou ?

Les membres de la commission se sont interrogés sur la manière dont les institutions auxquelles ils appartiennent abordent leur propre violence.

Nous sommes face à une société qui peine à réfléchir sa responsabilité concernant les conditions d'émergence de la violence et donc à se mettre en question

Pourquoi et de quelles façons les cultures institutionnelles peuvent générer et aggraver les violences ?

Beaucoup reconnaissent que les services de l'Etat auxquels ils appartiennent vivent une « violence ordinaire » étouffante. A tous les niveaux, les personnels sont amenés à se défausser, à se protéger en cascade.

Parmi les logiques en cause a été signalée pour exemple la culture de la qualité et ses protocoles, selon les normes AFNOR. Sous couvert de tendre à l'objectivité, à la rationalité, on cherche à évacuer les questions de personnes et à taire les défauts, même si la violence n'a pas la même signification selon l'institution concernée.

Une institution peut-elle se remettre en question ?

Il est rarissime qu'une institution reconnaisse sereinement qu'elle produit intrinsèquement de la violence.

La remise en cause du bizutage en France, pour référer à cet exemple, n'est certainement pas venue des institutions mais d'individualités, soutenues par leurs familles et par les médias, au risque pour les personnes concernées de se faire exclure de leur corps d'appartenance.

Est-ce qu'un tel constat ne voudrait pas dire qu'une institution générant de la violence ne peut la juguler par elle-même ?

Est-ce que la résistance au changement ne tient pas aussi aux fonctions sociales de la violence dans une institution ?

Est-ce que l'intervention d'un tiers est nécessaire pour qu'une institution puisse s'interroger et conduire un processus de correction ?

Dans ce cas, on s'est demandé si un consultant extérieur est la bonne personne ou s'il est possible de nommer un médiateur interne à l'organisation ou s'il faut plus structurellement mettre l'institution en demeure de se réguler.

Traiter les questions de violence pousse à réfléchir à la manière de travailler seul ou en équipe.

A l'hôpital comme dans les écoles, les prisons ou différents espaces, les professionnels ne peuvent plus travailler tout seul. La complexité des situations,

l'intrication des sphères, la multiplicité et le rythme des tâches invalident le travail isolé.

Cette nouvelle situation engendre des sentiments d'impuissance, de disqualifications et de solitude, sources de souffrances, de culpabilisation et liti de toutes les rancœurs voire des violences, contre soi ou autrui.

Les équipes ont besoin de travailler ensemble, un temps, souvent ou par moments.

Il semble urgent et nécessaire d'offrir les moyens à tous de travailler ensemble au sein même des institutions et de réfléchir aux moyens de favoriser le travail en commun chez chaque intervenant.

Or, les enseignants, les hospitaliers, les médecins, les travailleurs sociaux, les surveillants, les policiers ne disposent pas de temps, d'un point de vue institutionnel, pour travailler ensemble ou en disposent de moins en moins.

La violence pose avec plus de force la nécessité de l'évolution du travail individuel et du travail en commun. L'institution, en tant qu'organisation régulant les rapports au travail et dans la société, ne saurait faire l'économie de cette nécessaire évolution, de cette réforme sur elle-même. Il y va de sa crédibilité voire de sa survie.

Intérêts, dangers et limites de la médicalisation

La multiplication des fonctions, des temps, des lieux d'une écoute psycho-sociale ainsi que tout le travail d'assistance aux victimes et à leurs familles doivent beaucoup ces derniers temps à l'engagement du système de soins, celui des professionnels de l'écoute et des travailleurs sociaux.

Si le médecin, les professionnels et les services de soins ont des fonctions de réparation dans des champs relevant plus de la gestion des effets, il leur appartient tout autant de contribuer à la prévention et d'exercer une fonction d'alerte.

Le terme de « violento-vigilance » étant à ce titre évocateur.

Mais attention, le domaine de l'action sanitaire et sociale offre un paradigme de l'évitement du conflit.

Dans la société contemporaine, il s'opère une décharge collective sur des acteurs sacralisés dans leur fonction tels les médecins.

Or, les professionnels de santé vivent souvent très mal cette sollicitation croissante, débordés par cette assignation d'un rôle envahissant, relatif à la gestion de la violence.

Une difficulté réside dans l'évaluation partagée de l'ampleur et de la nature des phénomènes de violence, une autre dans leur interprétation, une plus grande encore dans leur compréhension sur le fond.

Il est certainement impératif de travailler sur les questions soulevées, dans leurs dimensions tant individuelles que collectives, celles liées aux institutions et à leurs logiques d'organisation et de fonctionnement.

La commission a insisté sur une approche qui s'intéresse plus à l'emboîtement des mécanismes générateurs de violence et de leurs effets sur la santé, qu'à l'éventail de ses multiples composantes.

Il importe simultanément de remonter aux racines des violences et d'agir sur leurs causes profondes.

Construire et promouvoir une telle approche, c'est permettre à la collectivité de parvenir à réguler ses violences.

La commission tire de ses observations que la violence semble s'enraciner et se développer dans les institutions où prévalent et persistent des rapports sociaux marqués par les excès de pouvoirs, où les rapports de domination tendent à l'emporter sur des rapports régulés par la prise en compte des droits des personnes, du respect des règles et d'un souci d'égalité.

4 Des propositions

Quelles préconisations propose une commission qui a été amenée à réfléchir, partiellement certes, sur un des aspects les plus délicats de la problématique « violences et santé » ?

Pour non seulement améliorer la gestion des conséquences des violences sur les personnes mais aussi s'obliger à remonter aux sources, aux mécanismes générateurs pour promouvoir une politique et des actions de prévention sans lesquelles, les professionnels de la réparation s'épuiseront bien vite.

C'est sur ce niveau que nous espérons apporter une plus value au côté des travaux des autres commissions contribuant ainsi à la phase suivante, celle de l'élaboration d'un plan national de lutte ou de réduction des effets des violences sur la santé.

C'est dans cet esprit que nous formulons —à ce jour et avec prudence—

10 propositions relevant de **6 directions ou niveaux d'intervention**.

1

mieux délimiter

2

mieux gérer les conséquences au plan de la santé

3

mieux connaître

4

mieux comprendre

5

mieux prévenir

6

promouvoir des coopérations élargies

4-1 Mieux délimiter

Mieux délimiter la définition

Une de nos premières propositions est que le rapport général couronnant les travaux des six commissions débouche sur une définition de compromis sur les violences, la santé et les effets des violences sur la santé.

Sous cet angle notre commission insiste sur la nécessité de regarder les phénomènes de violences à leurs sources et en particulier dans les types d'organisation, la nature des rapports, les décalages et les écarts.

Autant la définition de l'OMS nous agréée dans ses développements, autant le qualificatif de « *délibéré* » nous paraît restrictif.

Tout comme nous préférons le terme de violences liées aux institutions et aux organisations, y compris les organisations sociales au sens large du terme à la typologie de « collective ou communautaire » proposée par l'OMS.

Proposition 1

La commission propose dans ce sens la reprise de la définition de l'OMS en n'en restant pas à la seule intention du délibéré et d'élargir la typologie aux logiques d'organisations et des institutions potentiellement productrices de violences.

C'est ce type de reprise, d'ajouts et de synthèse que nous appelons définition de compromis.

Nous proposons qu'une formulation explicite soit réalisée de manière concertée et contributive dans le cadre des travaux de synthèse des différentes commissions.

Mieux délimiter les responsabilités

Les questions de violences dans leurs effets sur la santé intéressent le Ministère dans la gestion de leurs conséquences.

Elles concernent l'ensemble des secteurs dans l'effort de prévention en amont.

Il s'agit non de savoir comment délimiter les responsabilités mais comment les articuler. Toute position mono sectorielle nous expose à des gestions réductrices.

Proposition 2

La commission propose que le futur plan violence et santé réaffirme et traduise l'apport de la santé publique et la place des professionnels et des institutions de soins, de prévention et de santé au côté des éducateurs, des forces de l'ordre, des intervenants sociaux et des agents économiques. La gestion et la prévention des effets des violences devraient relever de l'intersectorialité.

Reste à définir l'instance ou l'organisation qui en assurera les rapprochements et les régulations ?

4-2 Mieux gérer les conséquences au plan de la santé

La prise en charge des conséquences ou des effets de violences de natures diverses sur la santé et la vie des personnes est une des missions ordinaires, quotidiennes de l'ensemble des services de santé ²².

Toute personne victime ou se considérant comme telle, quel que soit son statut a droit et relève pour des soins courants ou en situation d'urgence des services offerts à toutes et à tous.

La 1^{ère} question que pose la violence aux services de santé est celle de l'efficacité et de l'efficience des soins offerts et pratiqués pour tous et en particulier pour les personnes en situation de détresse ou de risque vital.

La 2^{ème} question posée est de savoir ce qu'il faut corriger en urgence, compléter ou modifier.

La 3^{ème} question posée est de savoir ce qu'il faut penser et faire des dispositifs parallèles qui se mettent en place²² et ils commencent à compter : faut-il les démultiplier, les intégrer ou préconiser leur disparition ?

A défaut d'avoir eu le temps et les compétences pour en traiter, si tant est que ce type de questions relevait du mandat de notre commission, celle-ci a néanmoins examiné 3 dispositifs : la consultation de nos collègues suisses, celle en cours de construction à Toulouse et les lieux d'écoute qui se multiplient.

Pour ce dernier aspect, le nombre et l'ampleur des dispositifs d'interventions, d'assistances et d'écoutes psychologiques sont à une phase de développement opportune. Suffisants pour commencer à en tirer des enseignements et pas encore totalement généralisés pour espérer pouvoir mettre en place des recommandations de bonnes pratiques.

L'expérience rapportée et commentée par Renée Zauberman (confère annexe 14) sur l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention (IAPR) est significative par son rythme de développement.

La police nationale, pour répondre aux contraintes spécifiques d'ordre psychologique auxquelles leurs personnels ont à faire face du fait de leur mission ou dans leur vie familiale, a mis en place un réseau de soutien par le recrutement d'un ou plusieurs psychologues par région.

Ne faut-il pas prendre appui sur les enseignements d'une analyse systémique pour promouvoir des approches et une généralisation, de préférence intégrée sauf pour les dispositifs transitoires et/ou de gestion de crises ?

Sous l'angle du devoir d'assistance et de prise en charge, la commission s'est penchée en particulier sur l'intérêt et la nécessité de :

22 Article « Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou » à paraître dans la Santé de l'Homme en mai 2005
Auteur : Colette Ménard

Résumé : 8 médecins généralistes sur 10 sont confrontés mensuellement à des cas de violences que leurs patients déclarent ou qu'ils repèrent eux-mêmes. Ce chiffre est issu de l'enquête « baromètre médecins/pharmaciens » de l'INPES, en cours de publication.

x la prise en charge tant des victimes que des auteurs. Mais une réelle difficulté pour y faire venir les auteurs en l'absence de décision a été signalée. Nul n'est contraint d'entrer dans une logique de soin.

□ maintenir et soutenir les dispositifs parallèles mis en place le plus souvent par défaut et travailler à leur intégration dans le cadre de l'évolution des pratiques, des métiers et des organisations,

□ conforter les ouvertures pluridisciplinaires dont se réclament ces dispositifs avec un renforcement de la fonction d'écoute et de conseil juridique,

□ l'intérêt et la nécessité pour les institutions de prendre soins de leurs personnels.

La responsabilité institutionnelle passe par une double protection

Les missions de protection des personnes doivent être entendues des deux côtés : les personnes qui recourent ou sont sous la responsabilité des institutions et celles qui y travaillent.

Toute velléité de n'appréhender ou de ne privilégier qu'une de ces deux dimensions liées est vouée à des résultats à court terme voire à des résultats contraires au principe de l'égalité de toute personne devant le droit et la loi.

La responsabilité des personnels de la santé, des écoles et des prisons celle des forces de l'ordre doit à la fois être réaffirmée, protégée et aussi étroitement surveillée et redevable devant leurs propres institutions comme la société.

Mais cette responsabilité n'est tenable que si les institutions elles-mêmes sont vigilantes et agissantes vis-à-vis des violences qu'elles peuvent générer ou avoir à gérer.

Les victimes comme les auteurs doivent être pris en charge

L'expérience de la consultation de médecine sociale du Docteur HALPERIN de Genève a été examinée. Elle mérite d'être regardée de plus près (confère fiche annexe n° 13).

Ce d'autant qu'elle inspire par la théorisation des pratiques dont elle témoigne nos collègues de Toulouse. En effet une consultation spécialisée de prévention de la violence va être créée à Toulouse et dans plusieurs établissements de santé de la région, avec le souci de travailler en réseau, de recueillir des données épidémiologiques et de construire des protocoles de soin et d'accompagnement des victimes et des auteurs.

Les personnes détenues accompagnées à l'hôpital

Il s'agit de faire le lien avec les analyses et les propositions formulées :

- dans les dispositions de la réforme de 1994 concernant le droit d'accès des personnes détenues aux services de santé de droit commun,

- dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes et des malades,

- dans le rapport du groupe de travail interministériel²³ établi en juillet 2003²⁴,

- dans les travaux de certaines des commissions qui ont travaillé dans le cadre de préparation du plan national de lutte contre les effets des violences sur la santé.

²³ confère annexe 3

²⁴ Extraits du rapport du groupe de travail interministériel relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire - J. Charre, P. Vayne, G. Capello, J. Floquet, M. Emig

Les personnes en garde à vue : systématiser l'examen médical

Le gardé à vue est un détenu de courte durée qui a droit, en vertu des dispositions du code de procédure pénale, à être examiné par un médecin.

De ce fait il a droit à un examen médical. Cet examen n'est pas seulement une garantie donnée au gardé à vue. Il l'est aussi pour les autorités concernées, en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements. Il peut enfin être un acte d'investigation en vue d'établir la preuve des infractions.

Le travail réalisé par la conférence de consensus réunie dans ce cadre ainsi que les recommandations qui en sont issues doivent être prises en compte. (Confère le noyau des recommandations de la conférence de consensus - fiche annexe 9)

Des actions de formation des professionnels à la prévention de la violence en institution, au repérage des situations à risque (notamment au cours de la grossesse) et à l'utilisation des outils d'évaluation sont mises en place dans la région pour la deuxième année.

Proposition 3

Le soutien aux victimes et aux auteurs est à la fois un acte de réparation médico-psycho-social et un acte de prévention des complications ou des violences en chaîne.

La commission propose d'encourager les dispositifs d'accueil et d'accompagnement en place ou en création.

La protection et l'assistance en particulier aux personnes en situation de vulnérabilité ont été traitées dans de nombreux rapports et font l'objet de propositions qu'il importe de reprendre une à une, pour en interroger la pertinence et la cohérence dans le cadre du plan destiné à cet effet.

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

Les institutions doivent exprimer et organiser le soutien à leurs personnels

Il y a aussi dans le soutien institutionnel le souci que doit exprimer toute institution vis à vis de ses personnels en situation ordinaire comme suite à des actes d'agressions et autres situations de violences.

Regardons de plus près des démarches à l'œuvre.

Peut être que l'innovation est là ?

Exemple 1 : démarche de soutien institutionnel en milieu pénitentiaire

La reconnaissance d'un problème de violence à l'intérieur des établissements pénitentiaires doit être la première étape de la démarche d'analyse de la situation.

L'organisation de rencontres interdisciplinaires pourrait ensuite permettre à chaque intervenant concerné (pénitentiaires, sanitaires, bénévoles, formateurs, enseignants, services d'insertion et de probation, magistrats...) de partager sa vision des choses et sa connaissance de la situation (tout en utilisant à bon escient la « positivité » du secret professionnel de chacun), pour permettre une analyse très fine de toutes les données étiologiques et des mécanismes qui favorisent cette violence : les origines de la violence en milieu carcéral sont multiples.

Chaque intervenant en milieu pénitentiaire a une connaissance particulière du milieu lui permettant un repérage bien particulier et une intervention spécifique et c'est dans l'interdisciplinarité qu'il est possible de trouver des solutions efficaces et adaptées aux différents lieux de détention.

La violence structurelle n'apparaît nullement inéluctable aux acteurs de terrain mais seul un réel travail d'élaboration en interdisciplinarité semblerait être en mesure de faire reculer le problème.

La société qui incarcère doit dès lors offrir aux personnes incarcérées et au personnel qui s'en occupe une sécurité optimale.

En milieu carcéral, limiter la violence à sa source, c'est déjà la politique de santé la plus sûre et la plus payante.

De même que les enseignements des institutions étudiées par notre commission, nous font dire qu'un accès au droit assuré et qu'une médiation de tiers, extérieurs à cette institution, contribuent à la diminution des violences et à la prévention de leur expression.

C'est pourquoi nous pourrions préconiser des procédures en ce sens :

- mise à disposition des personnels et des usagers des textes législatifs et réglementaires définissant et encadrant les pratiques institutionnelles,
- élaboration commune et diffusion d'un règlement intérieur, contractualisation de l'activité de tiers extérieurs à l'institution, chargés du conseil des professionnels et des usagers ainsi que d'une médiation entre ceux-ci.

Exemple 2 : démarche de soutien institutionnel en milieu hospitalier

Développer la médiation interne et externe

Les institutions doivent créer les conditions de médiations, avec des personnes auxquelles cette médiation est confiée (exemple conciliateur médical), ou des lieux de régulation et d'écoute (les fameux groupes de parole gardent toute leur utilité).

Dans ce domaine les institutions peuvent utilement s'appuyer aussi sur des bénévoles qui aident à prendre la distance et apportent une autre vision.

Si les conflits sont nécessaires, il faut donner des espaces de régulation et de résolution

Ne pas cesser de travailler sur et d'explicitier le sens de ce que l'on fait à l'hôpital

L'exemple des centres d'éthique est intéressant car il conduit les professionnels à travailler sur leurs finalités et à discuter comment ils parviennent à les atteindre, malgré les difficultés rencontrées.

« Cocooner » les personnels

Nous devons développer ce qui se fait dans des hôpitaux canadiens ou de grandes entreprises françaises ou Nord-américaines et qu'ils appellent les PAE (programme d'aide aux employés). Il s'agit de donner aux employés du temps pour divers soutiens (kiné, gym, diététiciens, psychologue etc...) à la carte offert librement à ceux qui le souhaitent. Ceci permet de supporter le stress et la violence, de garder ou renouveler ses ressources internes

Penser les espaces hospitaliers

Nous pourrions suggérer que le ministère lance un grand appel à projets de bâtiments hospitaliers favorisant l'accueil et l'apaisement des tensions, en faisant réfléchir des architectes et des artistes. De même qu'on a lancé les normes de Haute Qualité Environnementale, on devrait créer des normes de Haute Qualité d'Accueil.

Pour conclure sur ce paragraphe, il importe de prendre en compte l'ensemble des risques avec rigueur, sérieux et surtout prudence, les risques dans toute la population comme les risques hospitaliers. Les notions, et démarches d'évaluation de ces risques progressent.

Il importe de donner plus de visibilité à la violence.

Proposition 4

Nous avons eu à entendre de nombreux exemples d'initiatives et de démarches à l'œuvre dans différentes régions et secteurs. Les fiches en annexe en témoignent (Gaspar, démarche MP, projet CJD-FM, gestion des violences en milieux ouverts l'IAPR²⁵...).

Dans les paragraphes qui suivent, nous rappelons quelques exemples de démarche de soutien institutionnel ciblés sur le milieu pénitentiaire, et hospitalier.

Non par prétention d'exemplarité mais par souci de partage de l'expérience tant leurs initiateurs ont eu le souci de revenir sur les enseignements qu'ils en tirent.

Il doit y avoir de nombreux autres exemples que nous n'avons pas eu la chance de connaître et qui témoignent à quel point les professionnels et responsables concernés agissent, innovent et assument. Ils doivent être certainement plus nombreux qu'on ne l'imagine. Ils doivent surtout consentir beaucoup d'efforts et d'ingéniosité pour assumer leurs tâches et responsabilités.

La commission recommande aux institutions concernées et au futur plan de reconnaître et de souligner cet esprit d'initiative et de s'y appuyer.

Elle propose d'examiner les conditions de leur élargissement notamment dans le cadre les programmes régionaux de santé et comme une reconnaissance et une contribution du secteur de la santé publique.

²⁵ L'exemple de l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention sa construction, l'audience qu'il a eue indique une voie. Confère fiche annexe 14

4-3 Mieux connaître

Grâce à un travail sur les données, les sources et leur traitement

On a vu que différents dispositifs de recueil de l'information sur les phénomènes de violence existaient déjà (Éducation nationale, Sécurité publique) ou se dessinaient (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).

Il n'est pas un jour sans qu'une institution n'annonce la construction à son niveau d'un dispositif. On a examiné plus haut les termes de la controverse sur l'utilité et les limites de tels dispositifs.

Que faut-il préconiser : le laisser-faire, le regroupement ?

Nous avons déjà examiné les considérants dont il faut tenir compte avant de tenter de répondre à cette question.

Une institution ne peut recueillir toutes les données la concernant, en assurer le traitement et le contrôle. Les problèmes techniques sont réels et non un alibi.

Sans compter les problèmes multiples liés à leurs interprétations et à leur exploitation.

Tout en reconnaissant l'intérêt de données regroupées et de sources fusionnées ou coordonnées ou en tous les cas compatibles, la commission n'est pas favorable à l'idée d'un observatoire, en tant que structure, en plus de celles qui existent.

Il importe comme premier prolongement de ce travail de poursuivre le recensement des différents dispositifs en place et des évaluations et travaux de tous ordres dans ce domaine. Il paraît de bon sens d'en interroger les liens, niveaux et degrés de cohérence.

Proposition 5

En matière d'informations destinées à améliorer notre connaissance des violences et de leurs effets sur la santé, la commission préconise de réaliser un 1^{er} rapprochement des données, des sources et des dispositifs.

Ce travail serait à confier à une mission plutôt qu'à une structure.

*Un premier rapprochement des données et des sources
confié à **une mission** plus qu'à une structure.*

Par l'impulsion d'un programme de recherche innovant

Une recherche dans toutes les disciplines, fondamentales, appliquées ou ce que l'on appelle « recherches-action », tant en milieux institutionnels (pénitentiaire, hospitalier, entreprises, école...) que dans les espaces traditionnels, la place et le rôle de la recherche méritent plus qu'une pétition de principe. Celle-ci peut participer de manière contributive à la compréhension et à l'émergence d'approches plus en adéquation avec notre temps.

Quelques propositions d'axes et de thèmes de recherche :

sur les contenus :

□ sur les dynamiques du développement de la violence dans les institutions (mécanismes de pression, d'injonctions paradoxales, d'humiliation...) ;

- sur les effets de la violence sur la santé (troubles anxio-dépressifs, attitudes de résignation, passivité, arrêts de travail...) ;
- sur les représentations de l'environnement institutionnel, du « public » accueilli et de la place qui lui est donnée.

sur les outils de mesure (en lien et en prolongement du travail de mise à plat de l'existant (confère proposition 1) :

- de la manière de repérer, décrire et quantifier ces violences ;
- des indicateurs de « violence » indépendants des statistiques institutionnelles ;
- des méthodes de repérage et d'évaluation des facteurs collectifs et personnels pouvant réduire l'impact de la violence en contribuant aux mécanismes de régulation, de résilience et de réparation (telles que les ressources personnelles, professionnelles, sociales, institutionnelles).

Proposition 6

La commission propose que le Ministère de la santé dans le cadre du plan national violences et santé conçoive en lien avec tous les autres partenaires concernés ce qui pourrait être un véritable appel à projets de recherche impulsé et soutenu.

Le plan pourrait y compris afficher une proportion bien délimitée du financement global du plan dédiée à la réalisation d'un tel programme de recherche.

Des recherches sur les contenus mais aussi sur les outils de mesure et d'analyse.

Avec comme spécificité dans toutes ces recherches, l'introduction de nouveaux angles et apports tels ceux des sciences des organisations, des sciences sociales et humaines à côté des approches habituelles.

L'apport de l'angle d'analyse et des méthodes de la santé publique étant à l'évidence à mettre au service d'une approche multidisciplinaire.

Combiner qui plus est, l'expertise scientifique, technique et l'expertise sociale nous paraît être une option novatrice et probablement particulièrement indiquée dans une question aussi complexe que les violences.

4-4 Mieux comprendre

De façon à la fois contributive et pragmatique, la commission propose deux outils d'analyse ou deux matériaux d'outils, l'un pour stimuler l'analyse, l'autre pour orienter l'intervention.

Une grille pour travailler à promouvoir un autre paradigme²⁶ « *Déconstruire et reconstruire* »

Si l'on admet qu'une prévention efficace des phénomènes de violence est celle qui non seulement remonte aux sources mais interroge aussi les fondements de la représentation, des valeurs, des normes et des règles, alors on comprendra pourquoi il importe en ce domaine **de travailler tout autant le cadre organisationnel que le cadre de pensée.**

Pour exemples :

- les mécanismes de production et de reproduction des phénomènes de violences nous ont plus préoccupés que leurs seules manifestations.
- l'enchaînement des violences comme la chaîne des violences nécessitent d'être repérés et décryptés.
- les logiques d'organisation et de fonctionnement nous paraissent aussi importantes à repérer que les comportements des personnes ou des instances.
- l'existence et le fonctionnement des cadres et des formes collectifs de régulation, notamment des situations de conflits, méritent à l'inverse de la culture ambiante, d'être encouragés. Ou la régulation est collective et plus ou moins organisée et maîtrisée ou elle devient individuelle, de groupes et probablement de moins en moins maîtrisable.
- la vérification ou la promotion des recours à tous les niveaux participent de cette approche qui favorise le primat du droit sur celui du rapport de la force.
- travailler autant la sphère objective que celle des organisations et des moyens mais aussi celle des rapports et des sphères de la subjectivité. Interroger de manière attentive et professionnelle les représentations, les valeurs, les normes autant que les règles et les lois.

²⁶ Un paradigme est un cadre référentiel qui éclaire et détermine la façon de comprendre, d'expliquer et de réagir, la mise à plat de ce dernier ainsi que ses évolutions nous ont semblé déterminants dans l'approche des questions de violences.

Une grille d'interpellation des personnes et des organisations

1 – Les phénomènes de violence sont-ils nommés ?

Apprendre à reconnaître et dire les différentes formes de violence. Savoir où et comment les dire. Éviter de sur dramatiser ce qui déjà n'est pas de l'ordre du banal. La violence est aussi un mode d'expression. Toute violence qualifiée ou perçue comme telle n'est pas nécessairement génératrice d'effets sur la santé.

2 – N'y a-t-il de violence que chez « les autres » ?

Commencer par reconnaître et accepter sa propre violence. Une personne vulnérable ou un agresseur se révèlent souvent avoir été précocement victimes de maltraitance.

Il existe aussi dans les institutions et organisations des violences à bas bruit et des souffrances silencieuses dont le repérage et l'interprétation s'avèrent souvent difficiles.

Tout dispositif qui ne s'interroge pas sur lui-même ne possède aucune chance d'efficacité ni de renouvellement. Les composantes individuelle et collective de la violence peuvent s'attiser mutuellement, surtout à certaines phases critiques de la vie de la personne (mutation, problème familial ou de santé...) ou de l'organisation (restructuration, surchauffe...)

La prévention de la violence institutionnelle s'impose particulièrement chaque fois qu'entrent en jeu des relations avec le public et plus spécifiquement lorsqu'il s'agit de services à la personne en rapport avec des droits fondamentaux (santé, éducation, sécurité).

3 – La crise peut – elle être productive ?

En principe, ce n'est que dans les situations de crise que l'interpellation est possible. Tant que la routine opère, il demeure possible de biaiser et de nier la violence.

Savoir distinguer autorité responsable et abus de pouvoir, conflit constructif et négation destructrice de l'autre²⁷. Les responsabilités dans les organisations doivent être définies,

L'exercice de l'autorité à tous les niveaux repose sur des règles claires, connues de tous et respectées par chacun.

4 – Les personnes concernées se sentent-elles ou sont-elles seules ?

Personne ne doit se trouver seul face à un phénomène de violence délétère, ni lâché au milieu du gué, qu'il s'agisse d'un agent du personnel ou d'un usager de l'institution (élève, malade, détenu...).

Les représentants du personnel ou ceux des usagers ainsi que les services de prévention doivent pouvoir pleinement assurer leur rôle²⁸

5 – Les droits de la personne, les droits de l'homme sont-ils respectés ?

Considérer qu'en matière de violence les atteintes à la santé ont presque toujours à voir avec l'atteinte aux droits des personnes.

6- Pourquoi pas un tiers ?

Un regard et un appui distanciés, ce qui ne signifie pas nécessairement externalisés, sont souvent utiles pour analyser et objectiver les faits.

²⁷ « Comme expression de la combativité, la violence peut soutenir la dynamique vitale » (Philippe Lecorps et Eric Le Grand in « Santé de l'homme »)

²⁸ à noter l'évolution récente de la médecine du travail vers une prise en charge des risques psychosociaux incluant violence, stress et harcèlement et l'intérêt porté par des organisations professionnelles pour ces thématiques de santé publique

Proposition 7

Pour mieux comprendre les phénomènes de violences dans leurs manifestations sur la santé comme à leurs sources, la commission propose ces deux outils, l'un d'analyse, l'autre d'intervention :

- ☐ *une grille de déconstruction/reconstruction,*
- ☐ *une grille d'interpellation des personnes et des organisations visant à susciter le débat, la réflexion et des démarches de réparation et de prévention individuelles et collectives.*

Cette forme de proposition est un raccourci à visée didactique pour réagir, réfléchir, débattre et mieux agir.

Le caractère « affirmatif » étant délibéré.

Et les propositions, un prétexte plus qu'un travail en soi ou un outil élaboré.

4.5 Mieux prévenir

Prévenir des facteurs de risques

On a entendu et vu plus haut à quel point la solitude des professionnels face à la violence tout comme le face-à-face d'une institution avec seulement elle-même, ses personnels ou ses publics, peuvent être sources de souffrances et d'attitudes d'évitement. Ce sont des facteurs de risques qu'il importe de reconnaître et d'apprendre à connaître et à traiter.

La complexité et la diversité des situations de violences, des publics concernés, des institutions impliquées, sont telles que seul de travail d'équipe et en équipe ainsi que les pratiques de réseaux peuvent offrir la gamme des compétences et des aptitudes pour pouvoir sinon prendre en charge du moins prendre en compte les dimensions médico-psycho-sociales soulevées.

Proposition 8

La commission recommande en profitant des conditions de mise en œuvre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, d'examiner avec les organes de gouvernance récemment mis en place (UNCAM, UNOCAM...) les conditions de rémunération forfaitaire des pratiques multiprofessionnelles et multidisciplinaires. Elle recommande de se rapprocher des institutions de formation initiale et continue et de recherche pour promouvoir des contenus des méthodes susceptibles d'encourager les pratiques de groupe.

Promouvoir des espaces de débats et de régulation

Non à créer mais à responsabiliser parmi ceux existants (structures paritaires, CHSCT, comité d'éducation pour la santé et la vie citoyenneté en milieu scolaire) pour « débattre » des situations de violences perçues et /ou agies permettant d'engager, au besoin, des plans d'actions.

Les mécanismes de régulation et de contrôle collectifs sont à encourager coûte que coûte.

La nécessité de rebâtir des collectifs n'a pas manqué d'être soulignée.

Des lieux d'échange, des groupes de parole, des syndicats sont vivement souhaitables pour gérer collectivement les conflits. La critique, les formes collectives, le conflit, le recours sont autant de mécanismes de régulation qu'il faut apprendre à encourager.

Une communication pour « illégitimer » la violence

N'y a-t-il pas intérêt à réfléchir aux registres et leviers susceptibles de rendre illégitimes les actes de violence. Illégitimes aux yeux du public et de la société.

La commission insiste sur les conditions de contrôle et de succès d'une telle démarche :

- intervenir suite à des actes et/ou de situations de violence jugés « intolérables » pour la société à condition de définir le cadre et la légitimité de ce jugement et de l'opportunité d'une intervention forte
- une vigilance et une réactivité en toutes situations et sans discriminations
- en particulier quand les institutions et leurs personnels sont en cause, surtout celles en charge de la protection des personnes, de l'ordre public, de l'intégrité des personnes ou du droit et devoir d'assistance.

Proposition 9

Pour engager ou renforcer la dynamique du débat et de la régulation collective des violences, la commission propose de s'appuyer sur :

- *des outils lisibles, visibles, concrets à développer dans les services, co portés par la pratique de direction, d'évaluation et d'animation des services ;*
- *les projets de service des établissements doivent être lisibles sur ces questions ;*
- *les documents d'évaluation systématique des risques dans les établissements dits « documents uniques » sont des points d'appui réglementaires d'autant utiles qu'ils peuvent aider à une appréhension globale et plus équilibrée de l'ensemble des risques ;*
- *l'encouragement et le soutien à toutes les formes et les cadres du débat et de régulation collective de gestion des conflits ;*
- *des actions de communication maîtrisées et sous contrôle social et inter institutionnel pour réunir les conditions éthiques et démocratiques.*

4-6 Pour des coopérations élargies

Voir ailleurs pour pouvoir voir autrement

Nos travaux n'ont pas eu le temps et les conditions d'une ouverture et d'une confrontation avec les expériences et les travaux de nos collègues étrangers et en particulier européens.

La commission a conscience de cette lacune et suggère dans l'esprit et le prolongement du rapport de l'OMS cité en référence de regarder de plus près les expériences étrangères et surtout européennes vu la communauté des situations qui se renforcent.

L'audition d'une chercheuse brésilienne, l'examen de la consultation de notre collègue suisse constituent des premières ouvertures qui nous ont conforté dans la richesse des horizons autres. Un de nos intervenant nous a rapporté un exemple suisse, où les autorités subventionnent des associations d'usagers et les encouragent à la critique. Les municipalités ont fait de la contre-proposition une dimension de la gestion des affaires publiques.

Proposition 10

Aussi, la commission recommande-t-elle aux responsables concernés dans le cadre du plan, de constituer une base bibliographique comparative au plan international en lien avec l'OMS et les agences européennes ou de les rejoindre si ces bases existent.

Ce travail peut être initié par l'élaboration d'un dossier documentaire analytique et synthétique des documents produits par les différents pays suite au rapport de l'OMS.

De la même manière qu'elle suggère un appel d'offre dans ce domaine à la constitution d'un réseau européen de coopérations.

RÉCAPITULATIF DES 10 PROPOSITIONS

Proposition 1

La commission propose dans ce sens la reprise de la définition de l'OMS en n'en restant pas à la seule intention du délibéré et d'élargir la typologie aux logiques d'organisations et des institutions.

C'est ce type de reprise, d'ajouts et de synthèse que nous appelons définition de compromis.

Nous en proposons la formulation explicite de manière concertée et contributive dans le cadre des travaux de synthèse des différentes commissions.

Proposition 2

La commission propose que le futur plan violence et santé réaffirme et traduise l'apport de la santé publique et la place des professionnels et des institutions de soins, de prévention et de santé au côté des éducateurs, des forces de l'ordre, des intervenants sociaux et des agents économiques. La gestion et la prévention des effets des violences devraient relever de l'intersectorialité.

Reste à définir l'instance ou l'organisation qui en assurera les rapprochements et les régulations ?

Proposition 3

Le soutien aux victimes et aux auteurs est à la fois un acte de réparation médico-psycho-social et un acte de prévention des complications ou des violences en chaîne.

La commission propose d'encourager les dispositifs d'accueil et d'accompagnement en place ou en création.

La protection et l'assistance en particulier aux personnes en situation de vulnérabilité ont été traitées dans de nombreux rapports et font l'objet de propositions qu'il importe de reprendre une à une, pour en interroger la pertinence et la cohérence dans le cadre du plan destiné à cet effet.

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

Proposition 4

Nous avons eu à entendre de nombreux exemples d'initiatives et de démarches à l'œuvre dans différentes régions et secteurs. Les fiches en annexe en témoignent (Gaspar, démarche MP, projet CJD-FM, gestion des violences en milieux ouverts l'APR²⁹...).

Dans les paragraphes qui suivent, nous rappelons quelques exemples de démarche de soutien institutionnel ciblés sur le milieu scolaire, pénitentiaire, et hospitalier.

Non par prétention d'exemplarité mais par souci de partage de l'expérience tant leurs initiateurs ont eu le souci de revenir sur les enseignements qu'ils en tirent.

Il doit y avoir de nombreux autres exemples que nous n'avons pas eu la chance de connaître et qui témoignent à quel point les professionnels et responsables concernés agissent, innovent et assument. Ils doivent être certainement plus nombreux qu'on ne l'imagine. Ils doivent surtout consentir beaucoup d'efforts et d'ingéniosité pour assumer leurs tâches et responsabilités.

La commission recommande aux institutions concernées et au futur plan de reconnaître et de souligner cet esprit d'initiative et de s'y appuyer.

Elle propose d'examiner les conditions de leur élargissement notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé et comme une reconnaissance et une contribution du secteur de la santé publique.

Proposition 5

En matière d'informations destinées à améliorer notre connaissance des violences et de leurs effets sur la santé, la commission préconise de réaliser un 1er rapprochement des données, des sources et des dispositifs.

Ce travail serait à confier à une mission plutôt qu'à une structure.

²⁹ L'exemple de l'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention sa construction, l'audience qu'il a eue indique une voie. Confère fiche annexe 14

Un premier rapprochement des données et des sources confié à une mission plus qu'à une structure.

Proposition 6

La commission propose que le Ministère de la santé dans le cadre du plan national violences et santé conçoive en lien avec tous les autres partenaires concernés ce qui pourrait être un véritable appel à projets de recherche impulsé et soutenu.

Le plan pourrait y compris afficher une proportion bien délimitée du financement global du plan dédié à la réalisation d'un tel programme de recherche.

Des recherches sur les contenus mais aussi sur les outils de mesure et d'analyse.

Avec comme spécificité dans toutes ces recherches, l'introduction de nouveaux angles et apports tels ceux des sciences des organisations, des sciences sociales et humaines à côté des approches habituelles.

L'apport de l'angle d'analyse et des méthodes de la santé publique étant à l'évidence à mettre au service d'une approche multidisciplinaire.

Combiner qui plus est, l'expertise scientifique, technique et l'expertise sociale nous paraît être une option novatrice et probablement particulièrement indiquée dans une question aussi complexe que les violences.

Proposition 7

Pour mieux comprendre les phénomènes de violences dans leurs manifestations sur la santé comme à leurs sources, la commission propose ces deux outils, l'un d'analyse, l'autre d'intervention :

- une grille de déconstruction/reconstruction,
- une grille d'interpellation des personnes et des organisations visant à susciter le débat, la réflexion et des démarches de réparation et de prévention individuelles et collectives.

Cette forme de proposition est un raccourci à visée didactique pour réagir, réfléchir, débattre et mieux agir.

Le caractère « affirmatif » étant délibéré.

Et les propositions, un prétexte plus qu'un travail en soi ou un outil élaboré.

Proposition 8

La commission recommande en profitant des conditions de mise en œuvre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, d'examiner avec les organes de gouvernance récemment mis en place (UNCAM, UNOCAM...) les conditions de rémunération forfaitaire des pratiques multiprofessionnelles et multidisciplinaires. Elle recommande de se rapprocher des institutions de formation initiale et continue et de recherche pour promouvoir des contenus des méthodes susceptibles d'encourager les pratiques de groupe.

Proposition 9

Pour engager ou renforcer la dynamique du débat et de la régulation collective des violences, la commission propose de s'appuyer sur :

- des outils lisibles, visibles, concrets à développer dans les services, co-portés par la pratique de direction, d'évaluation et d'animation des services ;
- les projets de service des établissements doivent être lisibles sur ces questions ;
- les documents d'évaluation systématique des risques dans les établissements dits « documents uniques » sont des points d'appui réglementaires d'autant utiles qu'ils peuvent aider à une appréhension globale et plus équilibrée de l'ensemble des risques ;
- l'encouragement et le soutien à toutes les formes et les cadres du débat et des régulations collectives de gestion des conflits ;
- des actions de communication maîtrisées et sous contrôle social et inter institutionnel pour réunir les conditions éthiques et démocratiques.

Proposition 10

Aussi, la commission recommande-t-elle aux responsables concernés dans le cadre du plan, de constituer une base bibliographique comparative au plan international en lien avec l'OMS et les agences européennes ou de les rejoindre si ces bases existent.

Ce travail peut être initié par l'élaboration d'un dossier documentaire analytique et synthétique des documents produits par les différents pays suite au rapport de l'OMS.
De la même manière qu'elle suggère un appel d'offre à la constitution d'un réseau européen de coopérations dans ce domaine.

5 Pour voir de plus près

Les exemples rapportés dans ce chapitre ont été exposés lors des travaux de notre commission. Ils témoignent de démarches dont le caractère de recherche action nous a paru utile à souligner.

Ces exemples traduisent à quel point la question des violences préoccupe diverses institutions et équipes. Celles-ci ont réfléchi, pris des mesures, tâtonnent et recherchent à la fois des mesures de corrections voire de prévention et dans tous les cas ont engagé un processus de réflexion à plusieurs.

Ces exemples ne sont ni exceptionnels ni exemplaires. Ils méritent d'être connus et pour certains de contribuer à l'effort collectif de compréhension et d'action concertée et sur la durée.

Annexe 1

Quelques données sur les violences

Annexe 2

Données et interrogations autour des enquêtes de victimation

Renée Zauberman

Annexe 3

Accueil et de prise en charge hospitalière des personnes accompagnées par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire

Rapport d'un groupe de travail interministériel³⁰. Juillet 2003. Rapporté par J Charré

Annexe 4

Une démarche expérimentée au Centre des jeunes détenus de Fleury-Mérogis

Isabelle Roustang

Annexe 5

Accès au droit, médiation de tiers extérieurs et prévention des violences

Bernard Bellier

Annexe 6

Formation/action en éducation pour la santé en Ille-et-Vilaine

Anne Guichard

Annexe 7

L'esprit et la démarche GASPAR

(Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risques)

Yves Sihrener

Annexe 8

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité

Synthèse sur la conférence de consensus

Jean-Dominique Tortuyaux

³⁰ juillet 2003, groupe de travail interministériel relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et ou par l'administration pénitentiaire.

Annexe 9

L'Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue

Recommandations de la conférence de consensus

Renée Zauberman

Recommandations issues de la conférence de consensus réalisée avec la participation de l'ANAES, à l'initiative de la DGS et de la collégiale des médecins légistes.

Annexe 10

Les mesures adoptées par le MISILL

Jérôme Floquet

Annexe 11

Les brigades de prévention de la délinquance juvénile (les BPDJ)

François ARSAC

Annexe 12

La démarche en Midi-Pyrénées

Emmanuel Forichon

Annexe 13

La consultation du Dr Halpérin à Genève

Synthèse présentée par Emmanuel Forichon

Annexe 14

L'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention (IAPR)

Renée Zauberman

Annexe 15

Le Réseau d'élaboration pluri-institutionnel : le REPI

Félix Montjouvent

Annexe 16

Violences en prison.

Résumé du rapport de recherche présenté par François Courtine et coll.

Annexe 17

Revisiter quelques idées reçues en matière de « violences », un acte de prévention

Chantal de Singly

Annexe 1

Quelques données sur les violences

✕ Le Haut Comité de Santé Publique

Selon une enquête d'opinion réalisée par l'institut BVA en mars 2004 à la demande du Haut Comité de Santé Publique, il ressort que si sept personnes sur dix jugent la violence en augmentation depuis trois ans, huit sur dix se sentent néanmoins en sécurité.

Une personne sur cinq se dit avoir été victime de violence.

Un tiers supplémentaire a été témoin d'un acte de violence dans la rue.

D'après les personnes interrogées, les violences sont liées à l'éducation, à la situation économique et à la consommation de drogue et d'alcool.

✕ Le CESDIP³¹

Renée ZAUBERMAN, sociologue dans ce centre de recherche nous a rapporté **un effort d'estimation de l'ensemble des violences sur le temps** issues de ce qu'elle appelle les enquêtes de victimation³².

Cette méthode d'enquête en population générale a été conçue pour édifier une connaissance de la délinquance indépendante des systèmes officiels d'enregistrement.

L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes par le Cesdip³³ sur la période 1984-2001 recouvre un spectre très large, allant de l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital.

On en retient une croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ depuis environ 5% à 15 % en 15 ans.

Dans cette progression, c'est surtout les *violences verbales*, beaucoup plus modérément par celle des *violences physiques*.

Pour les violences physiques simples, la modeste croissance observée ici tient à une multivictimation plus marquée, sur une population dont le périmètre ne s'est guère élargi.

Pour les violences verbales au contraire, on a observé à la fois un élargissement de la population touchée et une intensification de la multivictimation.

La question est de savoir comment interpréter cet élargissement du périmètre des victimes et la multiplication des victimations qu'elles mentionnent.

Ces comportements augmentent-ils vraiment ou bien plus de gens font-ils preuve d'une susceptibilité croissante ?

Il est bien sûr difficile de trancher, mais au minimum, elle avance **l'idée d'une rugosité accrue des relations sociales**.

✕ L'Education nationale

Dans certaines académies comme après certains événements, l'Education nationale a cherché, à objectiver les faits, afin de constituer une base de discussion avec les équipes. D'où la constitution d'un observatoire et d'une base de recueil de signalements³⁴ : SIGNA.

Sauf que ce dispositif se borne au signalement sans chercher à disposer d'un outil d'analyse qui aille au-delà de l'immédiateté des phénomènes alors que la violence est en effet susceptible d'être corrélée à de nombreuses variables.

✕ Des enquêtes ponctuelles

Celle réalisée en 2002 par la DHOS auprès des établissements de santé recevant habituellement des personnes détenues

C'est ainsi qu'ont été relevées les données suivantes pour l'année 2000 :

- 9.378 hospitalisations de personnes détenues dont 6.453 programmées,
- 46.073 venues à l'hôpital de personnes détenues pour des consultations dont 40.384 programmées,
- 5.313 heures/gendarmes pour les extractions médicales,
- 40.327 heures/gendarmes pour la garde des personnes détenues hospitalisées.

³¹ CESDIP : Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales

³² victimation ou victimisation réfère au même contenu.

³³ confère annexe sur les données des enquêtes de victimation.

³⁴ SIGNA est un dispositif de signalement voulu par le Ministère par lequel les chefs d'établissement sont tenus de signaler les actes de violence.

Les incidents rencontrés (selon les données de l'enquête menée par la DHOS en novembre 2002 auprès des établissements publics de santé recelant des personnes détenues) :

- 51 incidents dont 38% étaient des incidents jugés graves (agression corporelle, évasion avec violence ou sans violence) ;
- les autres regroupaient des dégradations matérielles, des menaces verbales, des épisodes d'agitation. 65% concernaient des personnes détenues, 18% des personnes gardées à vue ;
- 37% ont eu lieu aux urgences, 18% en consultation et 16% dans les chambres d'hospitalisation.

χ **Les données statistiques établies par la direction centrale de la Sécurité Publique**

Les outrages à dépositaires de l'autorité³⁵ passent de 19 358 procédures établies en 2003 à 30 675 faits constatés en 2004.

Les violences à dépositaires de l'autorité, elles, passent de 14 847 en 2003 à 21 723 en 2004

Les mesures de garde à vue exécutées en France en 2004 sont de 472 000, chiffre en quasi-constante augmentation depuis trente ans.

χ **La garde à vue en France**

L'évolution du nombre de mesures de garde-à-vue de 1974-2004³⁶ nous fait passer de 200 000 à plus de 400 000 mesures.

On voit clairement un changement des ordres de grandeur entre le départ et l'arrivée du relevé. La barre des 300 000 est passée dès 1983, puis la croissance se ralentit puisqu'il faut ensuite 15 ans pour atteindre les 400 000. Mais on se trouve alors, à partir de 1996, dans une période de croissance très forte, qui amènera la courbe jusqu'à 450 000 en 1998. La chute tout aussi brutale qui a suivi jusqu'en 2001 est maintenant effacée, puisqu'en 2004, le nombre de mesures a passé la barre des 470 000.

La courbe du nombre des mesures de plus de 24 h de **1974-2004**³⁷ paraît plus faiblement évolutive.

Dans le temps où l'ensemble de mesures se multipliait par un plus de 2 (2,37 exactement), les gardes à vue prolongées se multipliaient par 4. Depuis 1984, où la barre des 50 000 a été franchie, la courbe n'est jamais retombée en deçà. La croissance brutale observée sur la courbe d'ensemble depuis 2001 s'observe également ici et les modifications législatives récentes qui ont multiplié les dispositions prévoyant des possibilités de gardes à vue prolongées ne laissent guère augurer d'un fléchissement de cette tendance.

La réalité des gardes à vue en France présente des disparités, notamment en ce qui concerne les conditions matérielles de rétention et le nombre de personnes gardées à vue. Certains locaux assurent des conditions acceptables, mais ce n'est pas le cas pour la majorité d'entre eux. Dans les grandes agglomérations, des commissariats reçoivent plusieurs dizaines de personnes gardées à vue, alors que certaines brigades rurales de gendarmerie n'en reçoivent qu'une dans l'année.

La dignité et l'intégrité des personnes placées en garde à vue

La garde à vue est souvent ressentie par les personnes qui la subissent comme **une expérience et une épreuve psychologiquement difficiles**, et ce indépendamment des conditions dans lesquelles elle se réalise.

Dans ce contexte particulier, il convient, quelles que soient l'accusation et la gravité des faits, de **respecter la dignité et les droits fondamentaux de la personne**. L'autorité judiciaire a une obligation de protection en ce qui concerne la dignité de la personne, son intégrité physique et psychique et sa santé.

Depuis 1993, la loi fixe clairement les règles de la garde à vue en France. Le Code de procédure pénale stipule que « **toute personne gardée à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin** » (art.63-3). Médecins légistes, urgentistes, généralistes, psychiatres sont sollicités pour ces examens pratiqués sur réquisition de l'autorité judiciaire.

L'examen médical n'est pas seulement une garantie donnée au gardé à vue, mais aussi une garantie pour les autorités concernées, notamment en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements.

Un effort d'estimation de l'ensemble des violences sur le temps

Renée Zauberman rapporte quelques données sur les violences issues de ce qu'elle appelle les enquêtes de victimation³⁸.

³⁵ Par dépositaires de l'autorité, il est entendu les forces de l'ordre, les gardiens d'immeubles, les professionnels de santé...

³⁶ Source : état 4001, sérialisation B. Aubusson/base davidou

³⁷ idem

³⁸

Cette méthode d'enquête en population générale a été conçue pour édifier une connaissance de la délinquance indépendante des systèmes officiels d'enregistrement.

L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes par le Cesdip³⁹ sur la période 1984-2001 recouvre un spectre très large, allant de l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital.

La prévalence estimée :

- au milieu des années 1980, 3,8% des 15 ans et plus disent avoir été victimes de violences au cours des 24 mois écoulés. Les enquêtes de l'INSEE du milieu des années 1990 jusqu'au début du 21^{ème} siècle, suggèrent des prévalences sur deux ans évoluant entre 5,5 et 7,5%.

Finalement, entre 1984 et 2001, la proportion de gens qui se déclarent victimes d'une violence quelconque a presque doublé.

Encore faut-il distinguer entre les divers types de violences que nous avons définis, pour voir si leurs courbes suivent la même allure

La proportion – deux fois et demie plus petite – des interviewés qui disent avoir subi des **violences physiques simples** après avoir connu une certaine croissance entre le milieu des années '80 et '90, n'a guère varié depuis. Elle **oscille entre 2 et 3% dans toute la dernière période**.

Seules les victimes de **violences verbales** ont vu leur proportion croître franchement au cours de cette période

Quant aux **violences physiques caractérisées**, observons-la de plus près, sachant qu'elle porte sur 0 et 1% de la population.

Entre 1984-85 et 1994-95, la croissance de la prévalence des violences physiques caractérisées est réelle, statistiquement significative.

En revanche, elle ne l'est pas au cours de la période 1994-2001.

Certes, le point de départ 1984-85 est unique et de ce fait relativement fragile – dans un échantillon de plus de 10 000 personnes, 0,14 % représentent une quinzaine d'enquêtés – mais il n'existe pas en France d'autre enquête permettant de corroborer ou de corriger ce résultat.

D'ailleurs, à l'autre extrémité de la période, les mesures fournies par les enquêtes INSEE pour ces atteintes graves ne sont pas très stables non plus.

Si la proportion de ces victimes s'est élevée légèrement arithmétiquement, elle n'a donc pas connu, sur l'ensemble de la période, de croissance 'significative' au sens statistique.

Sur la base de ces premières données, on observe donc que l'accroissement continu de la population touchée par l'ensemble des violences entre 1984 et 2001 que l'on a constaté se retrouve très marqué dans un seul cas de figure, celui des *violences verbales*, moins si l'on regarde les *violences physiques simples*.

Bref, on a une **évolution divergente** entre les formes les moins marquées de la violence et celles qui le sont le plus, ce qui semble suggérer, en particulier dans la deuxième partie de la période, une **bipolarisation de la violence**.

En matière de multivictimation, le nombre moyen d'agressions subies par chaque victime au cours des deux années de chaque enquête a crû, de manière statistiquement significative, de 1,3 agressions à 2 agressions, soit plus de 50% d'augmentation entre 1984 et 2001.

Mais cette progression se décompose différemment suivant les divers types d'agression : une courbe de multivictimation de violences augmente encore plus nettement, en d'autres termes, un type de violences intensifie sa pression sur les populations qu'elle atteint : les violences verbales.

Profil social des victimes de ces violences

Si on ne trouve pas de polarisation claire des violences physiques par catégories socioprofessionnelles, en revanche, on est frappé par la part des couches moyennes ou supérieures parmi ceux qui mentionnent des violences verbales, en particulier dans les dernières années de l'enquête.

Jusqu'en 1997-1998, la prévalence, c'est à dire le taux de ces victimes dans la population, et l'incidence, c'est à dire le taux de ces violences évoluent à peu près en parallèle ; à partir de là, cependant, on assiste à un décrochage : le périmètre des victimes ne s'élargit guère, mais l'incidence, elle change de palier, pour l'essentiel en raison de la réitération de plus en plus fréquente que nous a montré la figure 4 : la multivictimation pour ces violences est passée de 1,33 sur deux ans à 1,52.

³⁹ Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales.

Données statistiques fournies par la direction centrale de la Sécurité Publique

Les **outrages** à dépositaires de l'autorité⁴⁰ :

- en 2003 : 19 358 procédures établies
- en 2004 : 30 675 faits constatés

Les **violences** à dépositaires de l'autorité

- en 2003 : 14 847
- en 2004 : 21 723

Les mesures de garde à vue

472 000 mesures de garde à vue ont été exécutées en France en 2004, chiffre en quasi-constante augmentation depuis trente ans.

La garde à vue en France

On voit clairement un changement des ordres de grandeur entre le départ et l'arrivée de la courbe, **de 200 000 à plus de 400 000 mesures.**

La barre des 300 000 est passée dès 1983, puis la croissance se ralentit puisqu'il faut ensuite 15 ans pour atteindre les 400 000. Mais on se trouve alors, à partir de 1996, dans une période de croissance très forte, qui amènera la courbe jusqu'à 450 000 en 1998. La chute tout aussi brutale qui a suivi jusqu'en 2001 est maintenant effacée, puisqu'en 2004, le nombre de mesures a passé la barre des 470 000.

La courbe du nombre des mesures de plus de 24 h paraît plus faiblement évolutive : une fois reportée sur une échelle qui tient mieux compte de l'ordre de grandeur de ses nombres (avec des intervalles de 10 000 au lieu de 50 000), voilà cependant comment elle se présente :

La courbe vue ainsi permet de mieux se représenter **l'évolution brutale du nombre de mesures de garde à vue prolongées au-delà de 24h** : dans le temps où l'ensemble de mesures se multipliait par un plus de 2 (2,37 exactement), les gardes à vue prolongées se multipliaient par 4. Depuis 1984, où la barre des 50 000 a été franchie, la courbe n'est jamais retombée en deçà. La croissance brutale observée sur la courbe d'ensemble depuis 2001 s'observe également ici et les modifications législatives récentes qui ont multiplié les dispositions prévoyant des possibilités de gardes à vue prolongées ne laissent guère augurer d'un fléchissement de cette tendance.

La réalité des gardes à vue en France présente des disparités, notamment en ce qui concerne les conditions matérielles de rétention et le nombre de personnes gardées à vue : certains locaux assurent des conditions acceptables, mais ce n'est pas le cas pour la majorité d'entre eux. Dans les grandes agglomérations, des commissariats reçoivent plusieurs dizaines de personnes gardées à vue, alors que certaines brigades rurales de gendarmerie n'en reçoivent qu'une dans l'année.

La dignité et l'intégrité des personnes placées en garde à vue

La garde à vue est souvent ressentie par les personnes qui la subissent comme **une expérience et une épreuve psychologiquement difficiles**, et ce indépendamment des conditions dans lesquelles elle se réalise.

Dans ce contexte particulier, il convient, quelles que soient l'accusation et la gravité des faits, de **respecter la dignité et les droits fondamentaux de la personne**. L'autorité judiciaire a une obligation de protection en ce qui concerne la dignité de la personne, son intégrité physique et psychique et sa santé.

Depuis 1993, la loi fixe clairement les règles de la garde à vue en France. Le Code de procédure pénale stipule que « **toute personne gardée à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin** » (art.63-3). Médecins légistes, urgentistes, généralistes, psychiatres sont sollicités pour ces examens pratiqués sur réquisition de l'autorité judiciaire.

L'examen médical n'est pas seulement une garantie donnée au gardé à vue, mais aussi une garantie pour les autorités concernées, notamment en cas d'accusation de violences ou de mauvais traitements.

⁴⁰ Par dépositaires de l'autorité, il est entendu les forces de l'ordre, les gardiens d'immeubles, les professionnels de santé...

Ce chiffre est d'autant à considérer que les conditions dans lesquelles ces mesures sont exécutées sont, dans l'énorme majorité des cas, matériellement dégradantes et humiliantes, sans parler même de la question des relations entre gardés et gardiens dans un contexte de sauvegarde de l'ordre public et de conduite de l'enquête judiciaire⁴¹.

Le nombre d'homicides

Pour l'année 2004, le nombre d'homicides commis sur l'ensemble du territoire est de 2113. Ce chiffre comprend les homicides, les tentatives d'homicide et les violences volontaires ayant entraîné la mort. Toutefois, les informations médico-légales sont limitées et parfois incertaines. L'évaluation du caractère naturel de la mort par le médecin légiste est parfois sujette à doute. De fait, tous les hôpitaux ne disposent pas de médecins parfaitement formés sur les questions de médecine légale.

Au Brésil, rapporte une chercheuse auditée, le chiffre des homicides est beaucoup plus élevé qu'en France. Mais les médias en parlent beaucoup moins.

Les statistiques fournies par l'Administration pénitentiaire

Nombre d'agressions sur le personnel par des détenus :

- en 1995 : 233
- en 1999 : 320
- en 2001 : 413
- en 2004 : 519 (!)

Des chiffres provisoires et sous réserves

Les personnes détenues à l'hôpital

Ainsi, au cours de l'année 2000, il y a eu :

- 9.378 hospitalisations de personnes détenues dont 6.453 programmées,
 - 46.073 venues à l'hôpital de personnes détenues pour des consultations dont 40.384 programmées,
 - 5.313 heures/gendarmes pour les extractions médicales,
 - 40.327 heures/gendarmes pour la garde des personnes détenues hospitalisées.
- Les incidents rencontrés (selon les données de l'enquête menée par la DHOS en novembre 2002 auprès des établissements publics de santé recelant des personnes détenues) :
- 51 incidents dont 38% étaient des incidents jugés graves (agression corporelle, évasion avec violence ou sans violence) ;
 - les autres regroupaient des dégradations matérielles, des menaces verbales, des épisodes d'agitation. 65% concernaient des personnes détenues, 18% des personnes gardées à vue ;
 - 37% ont eu lieu aux urgences, 18% en consultation et 16% dans les chambres d'hospitalisation.

⁴¹ selon un des points soulevés lors de la conférence de consensus sur le sujet décembre 2004

Annexe 2

Données et interrogations autour des enquêtes de victimation

Renée Zauberman

Cette méthode d'enquête en population générale a été conçue pour édifier une connaissance de la délinquance indépendante des systèmes officiels d'enregistrement

Elle permet ainsi d'avoir accès à des infractions qui, pour une raison ou une autre, ne sont pas parvenus à la connaissance des institutions chargées de les réprimer.

C'est ainsi qu'ont eu lieu une série d'enquêtes nationales de victimation, la première menée en 1986 par le CESDIP, les suivantes tous les ans depuis 1995 par l'INSEE dans le cadre de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages sur des échantillons d'environ 6 000 d'entre eux.

Précisons pour une compréhension partagée le sens des indicateurs dont on peut se servir pour étudier la victimation :

✕ **le taux de prévalence** mesure dans une population le pourcentage de personnes (ou de ménages) atteint(e)s au moins une fois au cours de la période de référence ;

✕ la **multivictimation** (homogène) est le nombre moyen de faits de même type par victime ;

✕ le **taux d'incidence** mesure le nombre de faits subis pour 100 répondants au cours de la période de référence.

L'ensemble des agressions recueillies à partir de ces enquêtes recouvre un spectre très large, allant de l'attitude menaçante ou des injures aux blessures qui envoient à l'hôpital.

Analyse des données

Lorsque nous avons entrepris d'analyser nos données sur le long terme, nous avons essayé de voir comment les classer de manière stable.

Nous avons d'abord envisagé d'exclure les agressions sans contact physique, puisqu'il est admis qu'un des éléments de la modernité de nos sociétés est l'extrême sensibilité aux atteintes au corps ; d'un autre côté, les tensions identitaires et culturelles révèlent des susceptibilités très vives, et dans ce contexte, les injures, menaces et attitudes agressives ne sont probablement pas à négliger dans la construction de ce que les gens considèrent comme des violences.

Finalement, on a distingué

□ des situations qui n'impliquent pas d'interactions physiques mais des menaces, des insultes ou du chantage (*violences verbales*),

□ celles qui comportent des coups – souvent mutuels : bagarres – qui n'ont pas donné lieu à une ITT de plus de huit jours, ni à une hospitalisation et sans usage d'armes (*violences physiques simples*),

□ des agressions physiques ayant donné lieu à une ITT de plus de huit jours (*violences physiques caractérisées*),

□ enfin l'ensemble des deux dernières catégories (*violences physiques*).

Les figures qui suivent sont construites à partir de résultats d'enquêtes de victimation.

Le périmètre de la population touchée

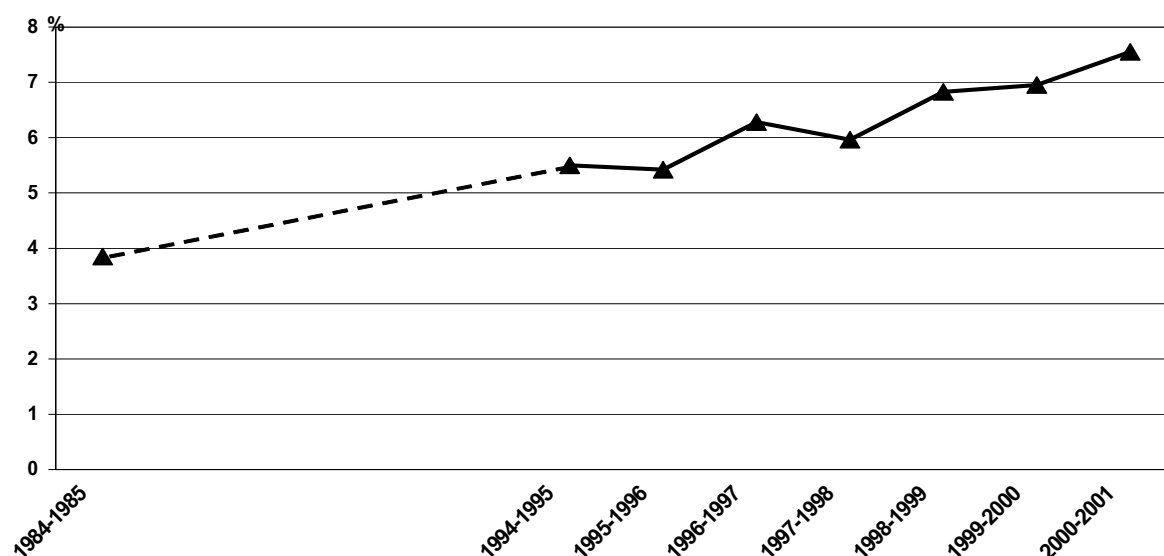


Figure 1 : prévalence de l'ensemble des violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

Au milieu des années 1980, 3,8% des 15 ans et plus disent avoir été victimes de violences au cours des 24 mois écoulés. Du milieu à la fin des années 1990, les enquêtes de l'INSEE suggèrent des prévalences sur deux ans évoluant entre 5,5 et 7,5%. Finalement, entre 1984 et 2001, la proportion de gens qui se déclarent victimes d'une violence quelconque a presque doublé.

Encore faut-il distinguer entre les divers types de violences que nous avons définis, pour voir si leurs courbes suivent la même allure

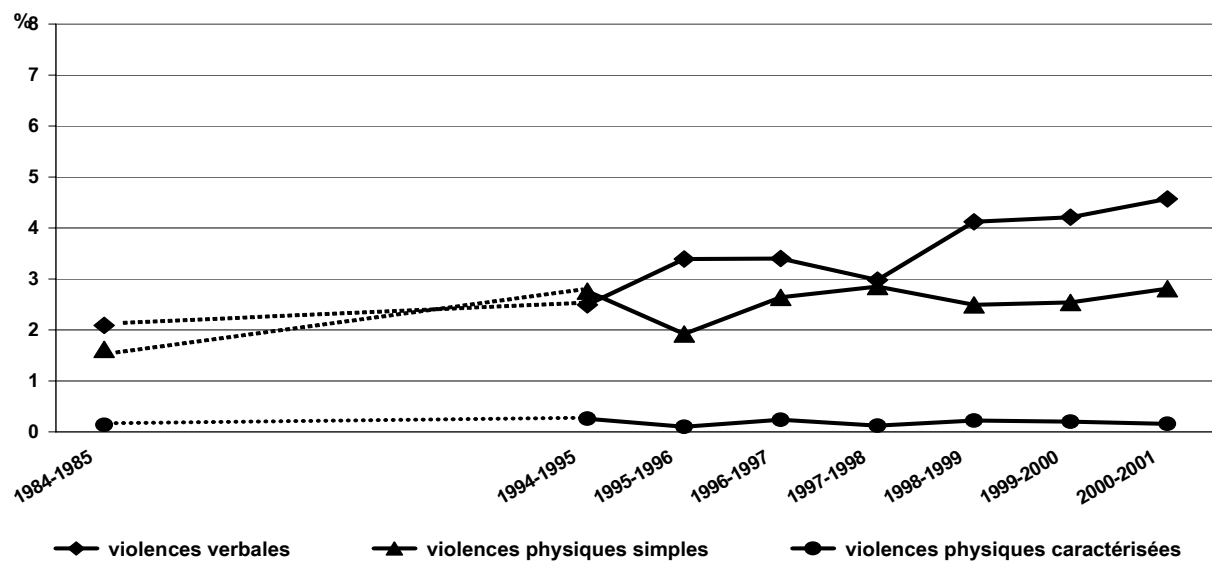


Figure 2 : prévalence de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

La proportion – deux fois et demie plus petite – des interviewés qui disent avoir subi des violences physiques simples (la courbe à triangles), après avoir connu une certaine croissance entre le milieu des années '80 et '90, n'a guère varié depuis ; elle oscille entre 2 et 3% dans toute la dernière période. Seules les victimes de violences verbales (courbe à losanges) ont vu leur proportion croître franchement au cours de cette période

Quant aux *violences physiques caractérisées*, qui se traîne ici au bas du graphique, observons-la de plus près, en zoomant sur cette zone entre 0 et 1% de la population :

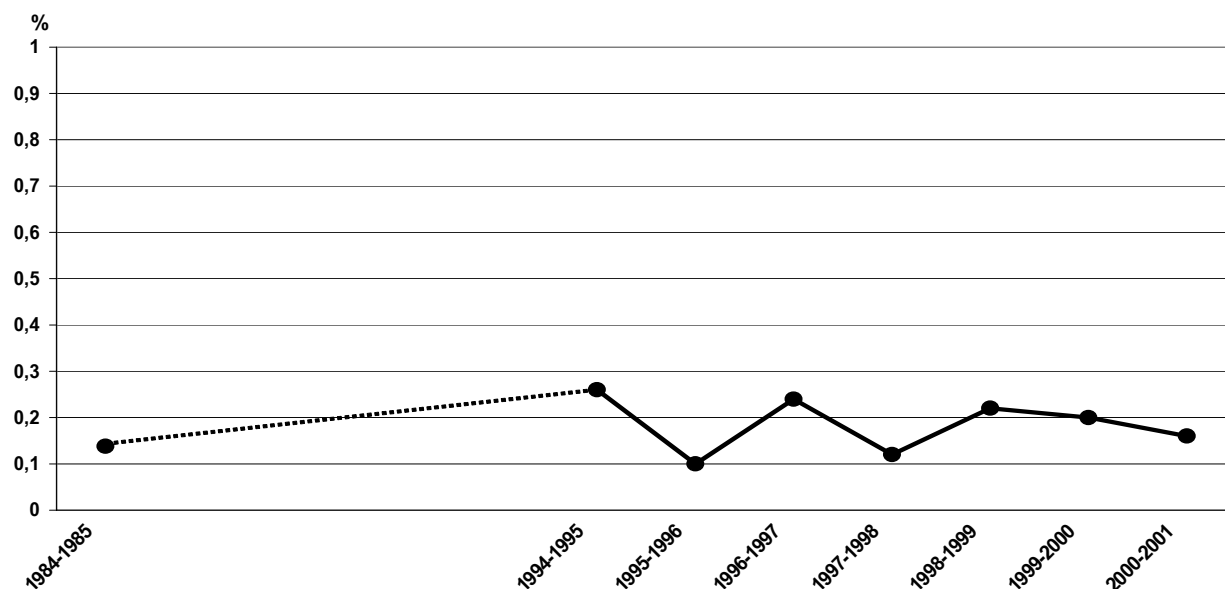


Figure 3 : prévalence des violences physiques caractérisées (enquêtes nationales 1984-2001)
(Source : Cesdip)

Elles concernent une population vingt à trente fois plus petite que l'ensemble des agressions ; la proportion de ces victimes est de 0,14% en 1984-85 ; dix années après, la première enquête INSEE la situe à 0,26%, mais celles qui suivent suggèrent des proportions oscillant entre 0,12 % et 0,22%, donc plutôt en retrait sur le chiffre de 1994-95. Entre 1984-85 et 1994-95, la croissance de la prévalence des *violences physiques caractérisées* est réelle, statistiquement significative (elle n'est pas due au hasard). En revanche, elle ne l'est pas au cours de la période 1994-2001. Certes, le point de départ 1984-85 est unique et de ce fait relativement fragile —dans un échantillon de plus de 10 000 personnes, 0,14 % représentent une quinzaine d'enquêtés— mais il n'existe pas en France d'autre enquête permettant de corroborer ou de corriger ce résultat. D'ailleurs, à l'autre extrémité de la période, les mesures fournies par les enquêtes INSEE pour ces atteintes graves ne sont pas très stables non plus. Si la proportion de ces victimes s'est élevée légèrement arithmétiquement, elle n'a donc pas connu, sur l'ensemble de la période, de croissance « significative » au sens statistique. Sur la base de ces premières données, on observe donc que l'accroissement continu de la population touchée par l'ensemble des violences entre 1984 et 2001 que l'on a constaté figure 1 se retrouve très

marqué dans un seul cas de figure, celui des *violences verbales*, moins si l'on regarde les *violences physiques simples*. Bref, on a une évolution divergente entre les formes les moins marquées de la violence et celles qui le sont le plus, ce qui semble suggérer, en particulier dans la deuxième partie de la période, une bipolarisation de la violence.

La multivictimation

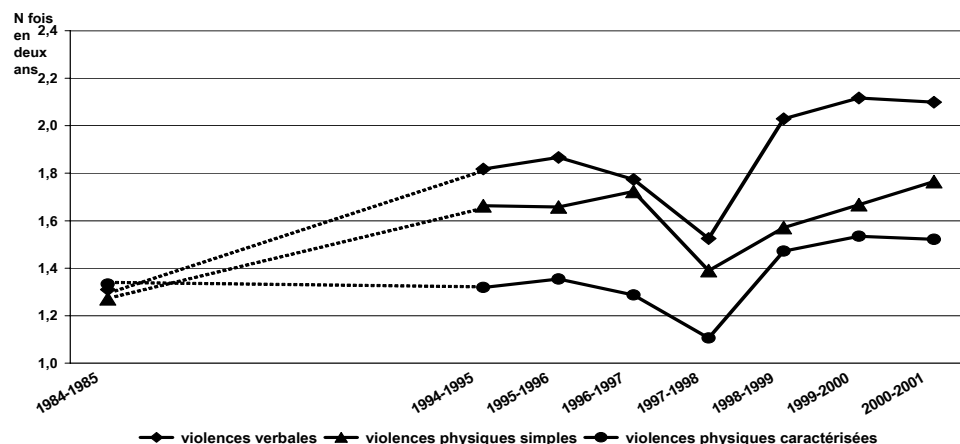


Figure 4 : multivictimation de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001)
(Source : Cerdip)

Le nombre moyen d'agressions (multivictimation) subies par chaque victime au cours des deux années de chaque enquête a crû, de manière statistiquement significative, de 1,3 agressions à 2 agressions, soit plus de 50% d'augmentation entre 1984 et 2001. La figure 4 montre comment se décompose cette moyenne suivant les divers types d'agression : une courbe de multivictimation de violences augmente encore plus nettement, en d'autres termes, un type de violences intensifie sa pression sur les populations qu'elle atteint : les violences verbales.

Les incidents

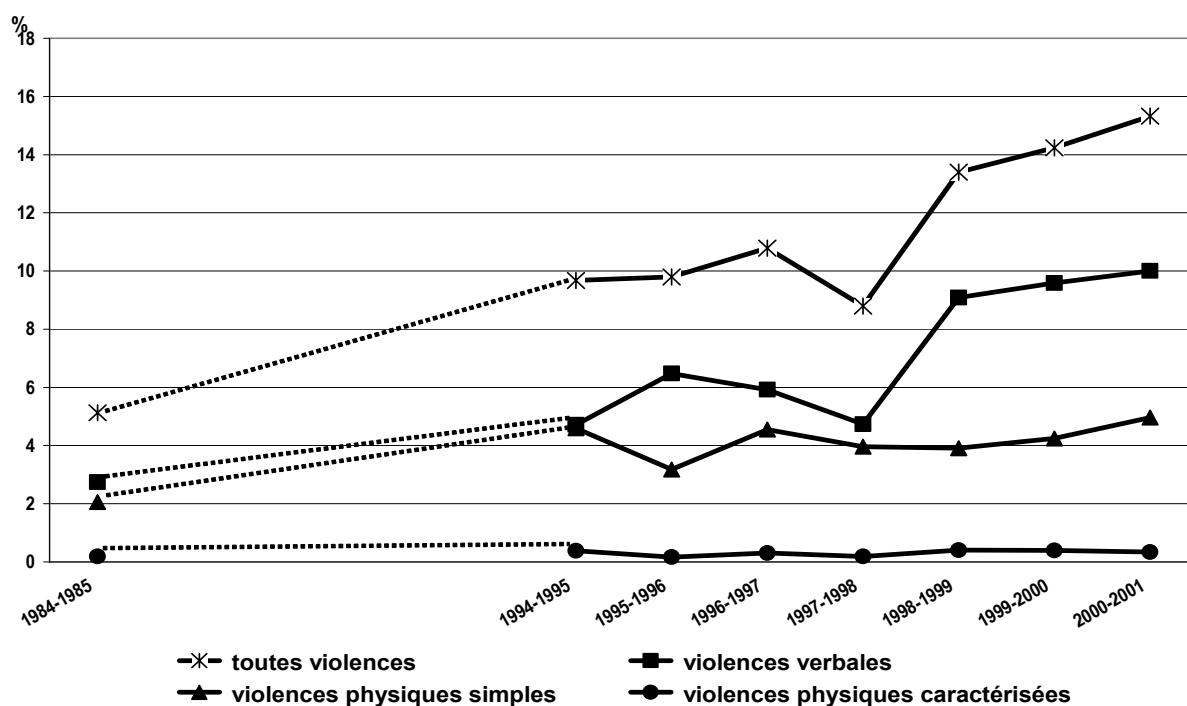


Figure 5 : incidence de divers types de violences (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

On voit bien que la croissance globale de l'incidence de l'ensemble des violences qui fait tripler le niveau de départ de la courbe à croisillons depuis environ 5% à 15 % en 15 ans est largement expliquée par celle des *violences verbales*, beaucoup plus modérément par celle des *violences physiques*. Comment peut-on comprendre cette évolution ?

Pour les violences physiques simples, la modeste croissance observée ici tient à une multivictimation plus marquée (figure 4), sur une population dont le périmètre ne s'est guère élargi (figure 2). Pour les violences verbales au contraire, on a observé à la fois un élargissement de la population touchée et une intensification de la multivictimation ; la question est de savoir comment interpréter cet élargissement du périmètre des victimes et la multiplication des victimations qu'elles mentionnent. Ces comportements augmentent-ils vraiment ou bien plus de gens font-ils preuve d'une susceptibilité

croissante ? Il est bien sûr difficile de trancher, mais au minimum, on peut avancer l'idée d'une rugosité accrue des relations sociales.

Une information intéressante porte sur le profil social de ces victimes de violences : si on ne trouve pas de polarisation claire des violences physiques par catégories socioprofessionnelles, comme le montre la figure 6,

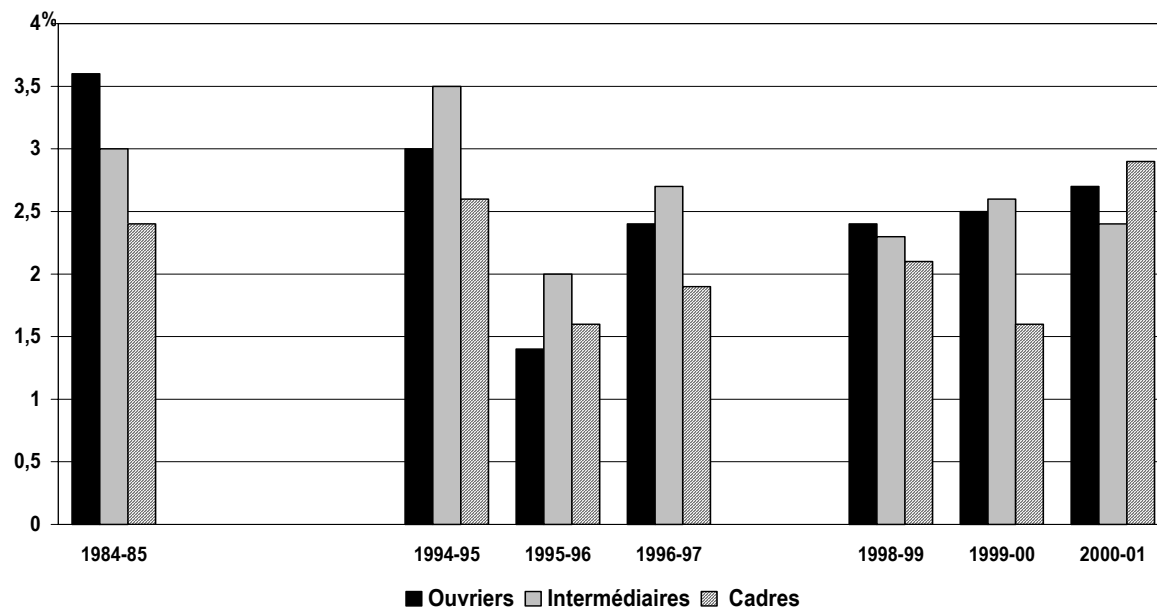


Figure 6 : prévalences des violences physiques selon la catégorie socioprofessionnelle (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

En revanche, on est frappé par la part des couches moyennes ou supérieures parmi ceux qui mentionnent des violences verbales, en particulier dans les dernières années de l'enquête.

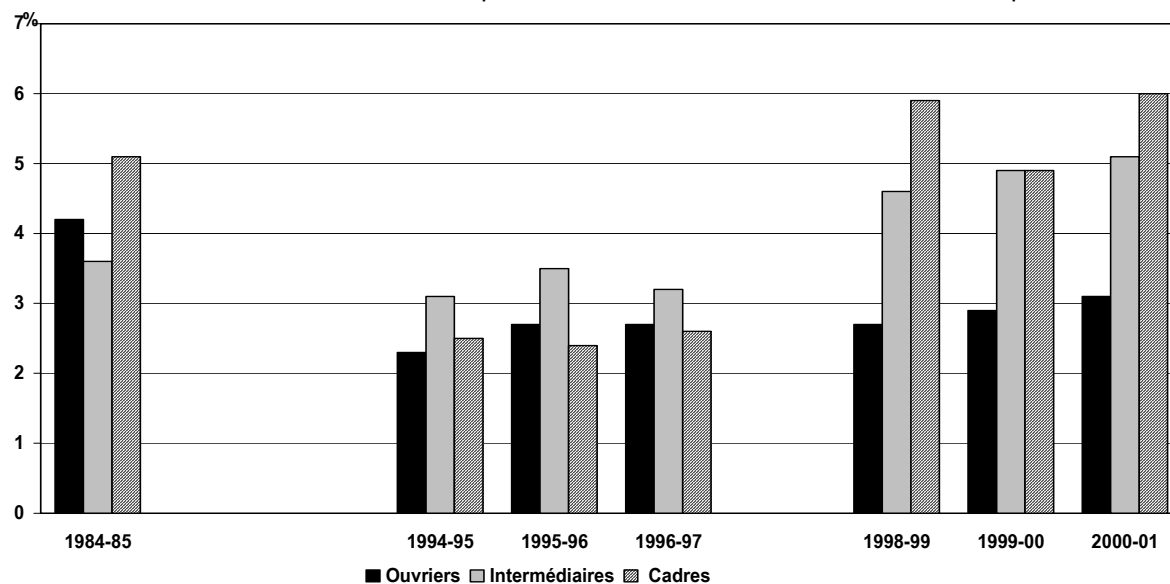


Figure 7 : prévalences des violences verbales selon la catégorie socioprofessionnelle (enquêtes nationales 1984-2001)

Si on embrasse d'un même regard prévalence et incidence des violences physiques caractérisées, voici ce qu'on observe :

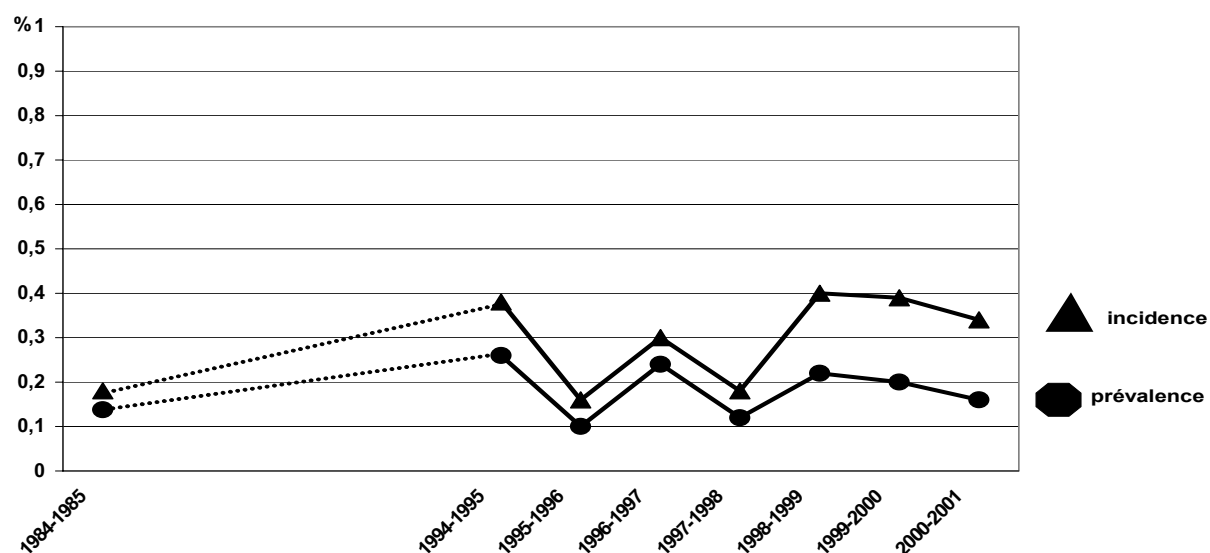


Figure 8 : incidence et prévalence des violences physiques caractérisées (enquêtes nationales 1984-2001) (Source : Cesdip)

Jusqu'en 1997-1998, la prévalence, c'est à dire le taux de ces victimes dans la population, et l'incidence, c'est à dire le taux de ces violences évoluent à peu près en parallèle ; à partir de là, cependant, on assiste à un décrochage : le périmètre des victimes ne s'élargit guère, mais l'incidence, elle change de palier, pour l'essentiel en raison de la réitération de plus en plus fréquente que nous a montré la figure 4 : la multivictimation pour ces violences est passée de 1,33 sur deux ans à 1,52.

Annexe 3

Accueil et prise en charge hospitalière des personnes accompagnées par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire

Rapport d'un groupe de travail interministériel⁴². Juillet 2003.

Rapporté par Jacqueline Charré

Le rapport concerne l'accueil et la prise en charge des personnes accompagnées à l'hôpital par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire dans le contexte de l'urgence, et dans toute autre occasion (consultation programmée, examens, hospitalisation).

La problématique a été abordée sous l'angle des coordinations et des coopérations à établir avec les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire afin de prévenir les situations de violence à l'hôpital et de mieux y faire face.

Le groupe de travail interministériel, associant des professionnels de santé, a tout d'abord étudié les données disponibles sur le nombre de personnes concernées ainsi qu'une enquête réalisée, en 2002, par la DHOS auprès des établissements de santé recevant habituellement des personnes détenues. Il a ensuite été procédé à des auditions d'acteurs de terrain (représentants d'établissements hospitaliers, de la police, de la gendarmerie et d'établissements pénitentiaires).

Ainsi, au cours de l'année 2000, il y a eu :

- 9.378 hospitalisations de personnes détenues dont 6.453 programmées,
- 46.073 venues à l'hôpital de personnes détenues pour des consultations dont 40.384 programmées,
- 5.313 heures/gendarmes pour les extractions médicales,
- 40.327 heures/gendarmes pour la garde des personnes détenues hospitalisées.

Les incidents rencontrés (selon les données de l'enquête menée par la DHOS en novembre 2002 auprès des établissements publics de santé recelant des personnes détenues) :

- 51 incidents dont 38% étaient des incidents jugés graves (agression corporelle, évasion avec violence ou sans violence) ;
- les autres regroupaient des dégradations matérielles, des menaces verbales, des épisodes d'agitation. 65% concernaient des personnes détenues, 18% des personnes gardées à vue ;
- 37% ont eu lieu aux urgences, 18% en consultation et 16% dans les chambres d'hospitalisation.

Les mesures de sécurité prises :

- circuits spécifiques pour l'accueil des personnes détenues ou gardées à vue dans 38% des établissements de santé ;
- aménagements spécifiques (installation de chambres sécurisées) dans 66% ;
- protocoles spécifiques dans 36% et dans 78% des cas, ces protocoles comportaient une information systématique de l'établissement de santé préalablement à l'arrivée en urgence d'une personne détenue ou gardée à vue ;
- rencontres régulières à propos de l'accueil et de la prise en charge en milieu hospitalier organisées avec l'administration pénitentiaire dans 59% des cas et avec les forces de l'ordre dans 35% des cas ;
- protocoles conclus avec les forces de l'ordre concernant les manifestations de violence pour 19% avec les services d'urgence et pour 13% avec l'ensemble de l'établissement hospitalier.

Partant du souci du groupe de travail de concilier qualité des soins et sécurité, **trois objectifs** ont été fixés :

✕ éviter chaque fois que possible la venue des personnes détenues à l'hôpital en développant les mesures suivantes :

- instituer une permanence des soins effective en milieu pénitentiaire,
- développer les consultations spécialisées en milieu pénitentiaire,
- favoriser la circulation de l'information médicale en développant la télémedecine,
- améliorer l'intervention des médecins dans les commissariats et dans les unités de gendarmerie,
- encourager les formations communes.

⁴² juillet 2003, groupe de travail interministériel relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et ou par l'administration pénitentiaire

- ✕ alléger la charge des gardes et des escortes :
- mettre en œuvre des mesures d'aménagement de peine,
- ouvrir les unités hospitalières sécurisées interrégionales.

✕ améliorer les conditions de sécurité par des mesures actives et passives dans les établissements hospitaliers grâce au dialogue et à la formalisation des relations entre les différents partenaires :

- préciser le rôle de chaque partenaire,
- favoriser la mise en place d'espaces de rencontre et d'échanges,
- créer des lieux de concertation entre les responsables,
- instaurer un «comité santé» au sein de chaque établissement pénitentiaire,
- mettre en place des formations communes autour des problèmes de la violence et de la prise en charge des personnes agitées.

Les actions à mettre en place doivent être concrétisées dans des protocoles déclinés en fonction des situations rencontrées (urgence, consultations, hospitalisations, plateau technique). Ces protocoles concernent essentiellement :

- la sécurisation de circuits à l'intérieur de l'hôpital,
- les prises de rendez-vous,
- la sécurisation des locaux d'attente, de soins et d'hospitalisation,
- la préservation de la relation médecin/malade,
- le port des armes par les forces de l'ordre,
- la conduite à tenir en cas de crise,
- l'information systématique du directeur de l'établissement hospitalier,
- le développement de la coordination entre les différents médecins,
- la prise en charge rapide des personnes détenues en consultation ou aux urgences,
- l'installation de chambres sécurisées pour les personnes détenues,
- l'accueil et l'installation des forces de l'ordre quand elles doivent effectuer la surveillance dans les services d'hospitalisation,
- la reconnaissance et l'inspection des lieux dans des sites particuliers (bloc opératoire...).

Annexe 4

Une démarche expérimentée au Centre des jeunes détenus de Fleury Mérogis Isabelle Roustang

L'étape préalable à cette démarche est la prise de conscience et la reconnaissance de la violence par :

- un (ou plusieurs) acteurs de cette institution, celui ci (ou ceux ci) étant ensuite en capacité d'organiser une réunion des différents intervenants autour de ce problème ;
- ou par l'administration en charge de cette institution qui, consciente du problème de la violence, va solliciter la mise en place d'un groupe de travail local pour le prendre en charge.

Les étapes de travail suivantes peuvent être proposées.

1 Définir les différents acteurs ou intervenants de l'institution, (représentant tous les services) et éventuellement les partenaires extérieurs, proches de l'institution, pouvant avoir un regard extérieur essentiel pour ce travail. Ne pas se limiter à la première liste établie mais au contraire la faire évoluer dans la durée avec le groupe de travail.

Pour la prison, ce peut être par exemple : le directeur, le chef de détention, un premier surveillant, un surveillant de deuxième échelon, un enseignant, le juge d'application des peines (voir procureur), des représentants des services médicaux (UCSA, SMPR), du service d'insertion et de probation, une personne du culte, des membres d'associations (de visiteurs...), le psychologue du personnel, le médecin du personnel...

2 Réunir ces acteurs pour proposer la constitution d'un groupe de travail autour du problème de la violence dans l'institution et définir les modalités de travail de ce groupe (qui le préside, convoque les réunions, à quelle fréquence, qui fait les comptes rendus, à qui sont-ils diffusés, comment chaque représentant de chaque service se doit de se faire le porte-parole de l'ensemble de son service ...).

Il semble essentiel de trouver une organisation pour que les réunions fassent parties intégrantes du temps de travail et de proposer une grande liberté de parole dans le groupe en essayant de s'abstraire des contraintes hiérarchiques.

Le groupe de travail peut prévoir ensuite de travailler autour des questions et problématiques suivantes :

3 Reconnaître la violence, la nommer, l'identifier, exprimer le ressenti et les sentiments de chacun des intervenants face à ce problème. Quels en sont les indicateurs ? Peut-on chiffrer le problème, le quantifier ?

Reconnaître que chacun est porteur d'une partie du problème, des ressentis, et souvent plus le porte-parole du côté des « victimes » ou plus du côté des « auteurs de violence ».

Poser les questions : Qui sont les « victimes », qui sont les « auteurs de violence » ?

4 Repérer les conséquences de la violence dans l'institution (et éventuellement au-delà de celle ci), en travaillant toujours sur les deux versants du problème : côté « victimes » et côté des « auteurs de violence ».

5 Repérer les lieux (où ?), les périodes (quand ?) les plus exposés à cette violence.

6 Essayer de déterminer tous les mécanismes, les origines, les étiologies possibles de cette violence. S'interroger tout particulièrement sur toutes les insuffisances, les lacunes, les vides, les carences de l'institution qui laissent place à ces mécanismes d'apparition de la violence.

7 Proposer des solutions, probablement aussi variées et multiples que le seront tous les mécanismes, les origines retrouvées.

8 Mettre en place progressivement les solutions proposées, toujours avec les différents partenaires de l'institution.

9 Evaluer la mise en place des solutions, examiner à nouveau les indicateurs de violence identifiés au départ et évaluer le chemin parcouru.

Accès au droit, médiation de tiers extérieurs, et prévention des violences Bernard Bellier

Dans une précédente contribution, j'évoquais les effets « spéculaires » des souffrances infligées et ressenties dans les institutions. Prenant l'exemple du surveillant d'établissement pénitentiaire et du détenu, je montrais que les effets de violence pouvaient être réciproques et qu'en deçà du cadre institutionnel d'exercice, de l'environnement parfois dégradé de la détention, cette réciprocité trouvait pour partie son origine dans le manque d'estime ressenti par chacun.

Pour, sinon résoudre, du moins atténuer la violence « spéculaire », une triangulation des rapports est nécessaire ; le tiers recouvre parfois un professionnel ou intervenant extérieur au champ pénitentiaire mais il peut également revêtir la forme d'un texte de loi, d'une réglementation, de procédures s'imposant à chacune des parties. C'est ainsi que **l'accès au droit** est fondamental dans la triangulation des rapports entre personnels et population pénale.

Contrairement à certains régimes pénitentiaires étrangers, qui peuvent relever des ministères de l'Intérieur ou de la Défense, l'Administration Pénitentiaire Française est placée sous la tutelle du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice. Dès l'après guerre, un magistrat spécialisé, le juge de l'application des peines, décide des mesures d'aménagement et de remise de peine, alors même que celles-ci dans d'autres pays, sont confiées à la direction de la prison.

De surcroît, outre sa participation à la commission d'application des peines, un second magistrat, le Substitut du Procureur contrôle le fonctionnement de l'établissement.

Ces magistrats et notamment le Juge de l'Application des Peines se situent ainsi en **tiers** dans la relation détenus/personnels pénitentiaires et contribuent à l'acceptation, tant par les détenus que par les surveillants, des mesures d'individualisation qu'ils ordonnent.

Depuis 2000 (loi du 15 juin N° 2000-516 renforçant la protection de la présomption d'innocence), un certain nombre de ces dispositions sont examinées lors d'un débat contradictoire en présence du détenu et de son avocat dans une composition juridictionnelle (chambre du conseil). Ainsi, le risque d'un face-à-face renouvelé détenu/JAP est à son tour triangulé par la présence de l'avocat et du Parquet.

Dans un autre cadre, celui de la commission de discipline (« prétoire »), la possibilité laissée au détenu de solliciter l'assistance d'un avocat en bénéficiant de l'aide juridictionnelle introduit la médiation de celui-ci lors de la comparution devant la commission de discipline. (Loi N° 2000-321 du 12.04.2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations).

Il est alors remarquable de constater que cette commission suivie éventuellement d'une sanction de cellule disciplinaire (« mitard ») se déroule le plus souvent de façon apaisée, tant aux dires du personnel de surveillance présent, qu'au constat de la signature par le détenu de la procédure qui le sanctionne. Là aussi, ce tiers médiateur vérifie tout à la fois la légalité d'une procédure précise (incrimination de la faute, enquête, communication du dossier dans les délais...) et restaure le détenu dans sa responsabilité à l'occasion de l'infraction commise.

Inversement, le cadre juridique permet au détenu assisté de formuler des recours ; l'expérience montre que lorsqu'ils sont fondés, ceux-ci aboutissent à l'annulation de la sanction prononcée, pédagogie utile à l'égard tant des détenus que du personnel.

L'instauration dans un certain nombre d'établissements de « point d'accès au droit » procède d'une même logique ; il s'agit de permettre au détenu qui le désire de bénéficier d'un conseil juridique relatif, non au procès en cours ou achevé, mais aux litiges ou préoccupations qu'il peut rencontrer à l'occasion ou lors de son incarcération (droit de la famille, droit du travail, droit social, amende douanière ou fiscale...). Là encore, au-delà d'une visée pragmatique il s'agit de souligner que les rapports sociaux ne se structurent pas en une série d'antagonismes successifs mais sont régis par des règles communes.

La formalisation des procédures constitue ainsi, y compris dans l'espace pénitentiaire, une garantie contre l'arbitraire. La présence de professionnels du droit favorise l'application de celui-ci et prévient les effets des face-à-face évoqués précédemment.

Annexe 6

Formation/action en éducation pour la santé en Ile-et-Vilaine

Anne Guichard

La nouvelle organisation des soins aux détenus, instaurée par la loi du 18 janvier 1994, prévoit le développement de programmes de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Pour soutenir les équipes de terrain dans la mise en œuvre de ces programmes, un dispositif expérimental de « formation-action » a d'abord été mis en place sur dix sites pénitentiaires répartis sur le territoire national. Depuis, l'Administration pénitentiaire et la Direction générale de la santé se sont montrées favorables à étendre le dispositif. Conçues plus spécifiquement pour soutenir le développement d'actions en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, l'expérience de ces formations s'est révélée un formidable outil à l'établissement d'un travail partenarial. En fournissant aux différents acteurs du système pénitentiaire un nouvel espace de concertation et de rencontre, ces formations contribuent de façon plus générale à ouvrir des espaces d'échanges et de régulation des tensions générées par un environnement qui tend à produire de la violence (interpersonnelles, institutionnelles, organisationnelles, etc.).

Cette fiche de synthèse a pour objectif d'illustrer les différentes étapes de la mise en place d'un tel dispositif par le Codes 35 en Ile et Vilaine sur 3 sites (2 maisons d'arrêt et un centre pénitentiaire).

Les différentes étapes de la démarche

- une phase de préparation (en 2001) à travers des rencontres entre partenaires (UCSA/SMPR/AP) et financeurs (DRSP et DDASS).
- une formation action (2001/2002): (2X2 jours + 3 jours de suivi méthodologique), coordonnée par le CODES. Les groupes étaient constitués des représentants des différents services et catégories professionnelles.

Les objectifs

- *apporter à des équipes de terrain volontaire, une aide*
- découvrir les concepts d'éducation pour la santé et la méthodologie s'y rattachant ;
- permettre aux professionnels de situer leur mission propre, dans un travail partenarial lors de la réalisation d'un projet commun d'éducation pour la santé ;
- favoriser la mise en œuvre d'un projet d'éducation pour la santé, à différents niveaux de la démarche : émergence d'un projet, construction d'un projet et renforcement d'un projet déjà engagé.
- Mise en œuvre des actions sur chaque site et instances de suivi
- Evaluation du dispositif (fin 2002)

❖ L'évaluation

Pour les professionnels

- Décloisonnement à l'interne de l'établissement (une habitude de travail très cloisonnée entre les différents services) : meilleure connaissance des services et entre professionnels / changements dans les pratiques professionnelles : des relations plus faciles dans le quotidien (moins de méfiance entre certains services) / dynamique entre terme de motivation / bonne collaboration entre partenaires dans les groupes de travail
- Les personnes ressources extérieures appréciées
- Une reconnaissance de l'institution pénitentiaire : une écoute de l'institution / soutien des collègues dans l'organisation du travail pour se libérer sur le projet santé.
- Le CODES, un interlocuteur extérieur neutre qui a permis de soulever des questions en suspens ou non perçues, qui a permis la rencontre entre les différents services
- Une modification du regard sur les personnes détenues (développement attitudes éducatives (travail sur la mise en confiance, la vigilance, l'écoute) , une relation plus proche, plus humaine...)

Pour les personnes détenues

- Un espace de paroles, une confiance restaurée (dans le cadre des ateliers santé)
- Travail sur le respect de soi, des autres
- Une reconnaissance « on s'intéresse à nous »,
- Facilitation dans des démarches jusqu'ici non réalisables pour certaines personnes
- Amélioration de conditions de vie

❖ Les questions

Le travail partenarial a permis d'atténuer les malentendus et les tensions et de lever certains blocages entre les services. Cependant la mobilisation des professionnels reste fragile. La mobilité des professionnels et le changement des responsables de services font obstacle à la continuité de l'investissement des équipes déjà fortement soumises aux contraintes de fonctionnement de l'institution.

L'esprit et la démarche GASPAR

(Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risques)

Yves SIHRENER

Le groupe académique intervient à la demande des établissements de second et de premier degré, pour aider à la gestion et à la prévention des situations liées aux comportements à risques — violences et consommations de produits.

Ses interventions consistent :

- en visites ponctuelles dans les établissements demandeurs pour aider une équipe d'enseignants, l'équipe de direction, un ensemble de membres du personnel, à mieux comprendre, à gérer, à éviter la réapparition d'une situation problématique ;
- en temps de formation des adultes de l'établissement demandeur, pour analyser les situations rencontrées, redonner du sens au travail en commun, définir des pistes d'action permettant, à terme, un retour à des conditions de travail favorables.

GASPAR intervient également en formation initiale des divers personnels, sur les thèmes de sa compétence :

- gérer une situation de crise,
- violence verbale,
- prévention des consommations de cannabis,
- analyser les violences dans l'établissement, etc.

Sauf exception, GASPAR n'intervient pas auprès des élèves mais bien avec les adultes pour les aider dans leurs pratiques au quotidien.

GASPAR n'a pas vocation à n'intervenir que dans les situations de crise. Bien au contraire, c'est lorsque les faits commencent à poser question, quand les personnels éprouvent des difficultés pour gérer le quotidien, sans qu'une crise grave ne soit venue déstabiliser toute la communauté scolaire, que l'intervention de GASPAR se justifie et donne ses meilleurs résultats.

Le GASPAR est composé, en 2004/2005, de deux enseignants, trois conseillers principaux d'éducation, une documentaliste, déchargés de leur poste d'origine à mi-temps ou à temps complet.

Depuis sa création, en 1989, les animateurs du GASPAR ont proposé une formation sur site à 317 établissements de l'Académie, à près de 8 000 personnes. Des formations catégorielles, des interventions spécifiques (aides-éducateurs, néo-certifiés), etc. ont touché 3 000 personnes supplémentaires.

Pour joindre les animateurs du GASPAR :

*Cité Académique Guy Debeyre
Rue Saint-Jacques – 59000 LILLE*

*Tél : 03 20 15 60 86
Fax : 03 20 15 65 25*

ce.gaspar@ac-lille.fr

Annexe 8

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité

SYNTHÈSE SUR LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Jean-Dominique Tortuyaux

Cette conférence de consensus s'est tenue les 24 et 25 novembre 2004. Le jury, présidé par Blandine KRIEGER, a rendu publiques ses recommandations le 11 janvier 2005.

Le champ de la conférence a écarté les risques liés aux actes criminels. Elle s'est fondamentalement préoccupée des personnes vulnérables.

La conférence s'est efforcée de rappeler les principes de sécurité dans les établissements et de respect du malade et de l'usager définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle a été initiée par la Fédération hospitalière de France. La conférence a été mise en œuvre par un comité d'organisation regroupant des associations, des professionnels et des experts.

1^{er} grand principe affirmé par le jury concerne le droit inaliénable d'aller et venir dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux Ce droit d'aller et venir s'étend au respect de la vie privée, de la dignité, de l'autonomie de l'usager. L'affirmation d'un tel principe est majeure. Ce principe appelle à un changement d'approche et de pratiques face aux risques encourus par la personne vulnérable.

Car cette liberté est trop souvent limitée en raison des risques possibles, que les difficultés qui les provoquent soient « motrices, sensorielles, cognitives ou mentales ».

La conférence préconise que le risque soit identifié, évalué, et doit donner lieu à un soutien individuel ou collectif afin de préserver cette liberté d'aller et venir au lieu de se voir appliqué un principe de précaution générale.

Beaucoup de raisons sont évoquées pour justifier les restrictions à la liberté d'aller et venir :

□ la répartition des établissements sur le territoire: la conférence rappelle le principe de proximité et de libre choix,

□ les règles d'organisation interne : des restrictions peuvent être justifiées pour dispenser le soin lui-même mais la conférence rappelle que le règlement intérieur, élaboré en concertation avec les représentants des familles et des usagers, définit les règles permettant de préserver cette liberté,

□ la sécurité des personnes : des restrictions peuvent être prévues pour des raisons d'hygiène, de protection face à des comportements dangereux.

La conférence préconise qu'en cas de limitations pour raisons médicales, le consentement de la personne soit recherché. Les difficultés d'expression de ce consentement ne peuvent être attribuées à un état définitif. « Le pari d'une possible amélioration clinique comportementale et psychosociale doit toujours être fait ».

Le jury propose qu'une réflexion soit organisée sur le consentement, afin de mieux percevoir les pratiques et faire des préconisations mais aussi pour réfléchir sur l'opportunité de modifier les textes, afin d'accroître la protection des personnes.

Il propose également qu'une enquête soit réalisée pour évaluer la réalité du risque contentieux, voire du risque pénal, en cas d'accidents induits par défaut de surveillance.

Un autre principe est mis en exergue « une intervention humaine et un aménagement architectural sont préférables à un dispositif de surveillance électronique ou à une fermeture automatique des locaux ou encore au recours à des moyens de confinement ».

Le jury demande à la haute autorité de santé d'élaborer des recommandations sur les alternatives à la fermeture des services et lieux de vie. Le jury exprime son hostilité à la contention systématique. Il rappelle les recommandations de l'ANAES à ce sujet, qui devraient être diffusées dans les établissements concernés.

Il demande que toute décision de confinement fasse l'objet d'un protocole précis. Elle doit être motivée, inscrite dans le dossier et sur un registre consultable par les autorités de tutelle.

L'entourage du patient doit être rapidement informé.

✕ La préoccupation des autorités de tutelle et de contrôle doit concerner le respect de l'ensemble du droit d'aller et venir des patients.

✕ Le jury recommande la mise en place de procédures autorisant le dépôt de recours par les usagers ou leurs représentants.

✕ Le jury demande également que la formation des professionnels soit renforcée pour mieux prévenir et faire face aux risques.

✕ Il demande également que l'université, l'INSERM, le CNRS, la DREES lancent un programme concerté de recherches cliniques et de recherches d'actions sur les personnes vulnérables.

Annexe 9

L'Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue⁴³

Renée Zauberman

Recommandations issues de la conférence de consensus réalisée avec la participation de l'ANAES, à l'initiative de la DGS et de la collégiale des médecins légistes.

Préambule

Le fait de priver une personne de liberté crée une obligation de protection dont est chargée l'autorité judiciaire. Les conditions humaines et matérielles de la garde à vue doivent donc être respectueuses de la dignité, de l'intégrité, physique et psychique, et de la santé des personnes.

Le jury dénonce les conditions matérielles dans lesquelles sont réalisées de nombreuses gardes à vue en France. Cette dénonciation suit celles du conseil de l'Europe (Cour européenne des droits de l'Homme, Comité européen pour la prévention de la torture), de la Commission nationale de déontologie de la sécurité et du ministre de l'Intérieur lui-même (instructions du 11 mars 2003).

Le jury précise, qu'en aucun cas, l'intervention d'un médecin en garde à vue, qui devient alors nécessairement témoin de ces réalités, ne peut servir à cautionner cet état de fait inacceptable.

De même, les recommandations du jury ne doivent en aucun cas servir à donner caution à cet état de fait. Pour être applicables, elles prennent cependant en compte les conditions actuelles de la garde à vue.

Il revient aux autorités judiciaires, administratives et militaires de prendre les dispositions afin que la garde à vue se réalise selon les principes du respect des libertés fondamentales résultant des normes juridiques adoptées par la France, notamment la Constitution, la Déclaration universelle des droits de l'Homme et les recommandations du Conseil de l'Europe.

Le jury tient à souligner que l'amélioration des conditions d'exercice de la garde à vue consiste également en une amélioration des conditions de travail des gardiens, fonctionnaires de police et militaires, qui sont eux aussi soumis à cet environnement dégradé.

Permettre aux personnes gardées à vue de comparaître devant le juge en pleine possession de leurs moyens physiques et intellectuels fait partie du respect qui leur est dû.

La conduite des enquêtes se trouvera facilitée par des conditions de garde à vue permettant leur poursuite dans les locaux de police ou de gendarmerie, en diminuant la fréquence des transferts en milieu hospitalier.

Dans l'état actuel, le jury a conscience que les médecins sont souvent confrontés à des situations concrètes difficiles auxquelles ils doivent faire face en conscience et avec pragmatisme. C'est pour aider les médecins dans cette tâche que cette conférence a été mise en place.

Après avoir rappelé le contexte et les objectifs de la conférence de consensus, a été en particulier soulignée la complexité du rôle, de la mission et de la responsabilité du médecin dans le cadre de la garde à vue.

Principales conclusions du jury

Le jury rappelle avec force que le traitement réservé à tout individu dans le cadre de la mesure de garde à vue doit respecter sa dignité et ses autres droits fondamentaux, indépendamment de sa culpabilité et de la gravité des faits qu'il est soupçonné d'avoir commis.

Recommandations à l'usage des médecins

1 - Information de la personne en garde à vue

Le jury insiste sur la nécessité d'informer au préalable la personne maintenue en garde à vue du cadre de l'intervention médicale et de ses conséquences. Le médecin doit notamment préciser les informations qui seront nécessairement transmises à l'autorité requérante et celles qui resteront du domaine du secret médical.

Les principes de cette information sont :

- informer que le médecin agit dans tous les cas sur réquisition et doit à chaque fois se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne gardée avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie, y compris si la demande émane du gardé à vue lui-même ;

⁴³ Textes complets des recommandations sur

[http://www.anaes.fr/ANAES/ANAESparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/presse.nsf/\(ID\)/6A281608D3C7CCC7C1256F8D004C46C8?opendocument](http://www.anaes.fr/ANAES/ANAESparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/presse.nsf/(ID)/6A281608D3C7CCC7C1256F8D004C46C8?opendocument)

- informer qu'à l'issue de l'examen, un certificat déterminant cette compatibilité et décrivant des lésions éventuelles est rédigé et remis à l'officier de police judiciaire ;
- informer des autres demandes éventuelles de la réquisition ;
- préciser qu'en dehors de ces contraintes, le médecin agit en toute indépendance et reste soumis au secret professionnel.

C'est seulement après cette information que la personne en garde à vue est en mesure de donner ou non son consentement éclairé à l'examen médical d'une part, et aux prélèvements et constatations de lésions ou blessures éventuels, d'autre part.

2 - Un examen médical approfondi

Le jury recommande que l'examen médical soit pratiqué dans le but de repérer les principaux problèmes médicaux existants et situations à risque : risque de suicide, pathologies psychiatriques, conduites addictives, risques infectieux et pathologies à risque de décompensation (asthme, diabète, etc.).

Le médecin ne doit pas hésiter à faire appel à une consultation psychiatrique chaque fois qu'il suspecte une pathologie mentale.

3 – La réponse médicale à la réquisition

À l'issue du premier examen médical, plusieurs situations peuvent se présenter :

🟢 l'état de santé de la personne est compatible avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie sans condition particulière. Le médecin se prononce pour une durée ne pouvant excéder 24 heures. En effet, un autre examen peut alors être demandé en cas de prolongation de la garde à vue ;

🟡 la déclaration d'aptitude est conditionnée à des aménagements. Le jury rappelle que l'usage de certificat d'aptitude sous condition est une solution permettant souvent, dans la pratique, de concilier les intérêts et les contraintes de chacun et recommande fortement son utilisation ; le médecin peut conditionner la compatibilité :

- au respect d'une heure limite de rétention dans les locaux de police ou de gendarmerie,
- à la nécessité d'un nouvel examen à l'issue d'un délai fixé par lui,
- à la réalisation de soins sur place (par exemple : poursuite d'un traitement antérieur ou surveillance particulière de la personne gardée) ou à l'hôpital (par exemple : injection d'insuline ou prise d'un repas équilibré pour une diabétique insulinorequérant),
- à des conditions particulières de garde à vue (condition de rétention et de conduite de l'interrogatoire) ;

🔴 l'état de santé de la personne est incompatible avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie du fait de :

- la nécessité d'examens complémentaires ou d'un avis hospitalier au terme desquels la compatibilité sera réévaluée,
- la nécessité de soins ne pouvant être mise en œuvre dans les locaux de police ou de gendarmerie et nécessitant une hospitalisation.

Le transfert à l'hôpital s'organise généralement vers une UMJ ou le service d'accueil des urgences. En cas d'urgence vitale ou fonctionnelle, il doit être fait appel au SAMU.

Le jury rappelle que l'hospitalisation n'est pas de droit et ne s'impose à l'établissement que si le médecin hospitalier confirme la décision d'hospitalisation. Dans le cas contraire, si l'état de santé est néanmoins incompatible avec le maintien dans les locaux de police ou de gendarmerie, il revient à l'autorité judiciaire ou à l'OPJ de trouver les conditions d'hébergement adéquates ou de lever la garde à vue.

Lorsque, au terme de la garde à vue, la personne est déférée puis incarcérée, le jury recommande que les informations médicales (lettre, dossier médical confidentiel) et les ordonnances la concernant la suivent dans ses affaires personnelles afin d'être remises, dans le respect de la confidentialité et avec l'accord de la personne gardée, au médecin de l'UCSA (unité de consultation et de soin ambulatoire de l'établissement pénitentiaire) qui assure la visite médicale d'admission en détention.

La détection du risque de suicide en détention fait l'objet d'un groupe de travail sous l'égide de l'administration pénitentiaire. Le jury recommande vivement que des instructions claires soient élaborées rapidement pour cibler les facteurs de risque.

Ceci dit, la fréquente indignité des conditions de garde à vue en France a été rapportée au jury par de nombreux intervenants et est confirmée par de multiples sources et le médecin intervenant en garde à vue témoin de cet état de fait ne saurait le cautionner au regard de l'article 10 du Code déontologie médical.

Pour l'aider dans sa démarche, le jury a formulé des recommandations qui réfèrent à deux autres situations dans lesquelles peuvent se trouver les médecins intervenant en garde à vue :

⊗ En présence d'un problème de santé incompatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie **du fait des conditions matérielles de rétention** :

□ le jury recommande que le certificat médical d'aptitude soit délivré sous condition de la réalisation de certaines améliorations ou d'un transfert vers un local qui les permet. Le jury rappelle que l'hospitalisation n'est pas de droit et ne s'impose à l'établissement sanitaire que si l'état du malade réclame réellement une hospitalisation.

⊖ En l'absence de problème de santé et **si les conditions de rétention sont jugées indignes par le médecin**, le jury indique que ce dernier peut :

□ signaler ses observations sur les conditions de garde à vue à l'OPJ ou au gradé de la garde à vue et les faire mentionner sur le registre ad hoc ;

□ refuser de se prononcer sur l'aptitude à la garde à vue, conformément à l'article 10 du Code de déontologie médicale. Il peut faire mentionner ce refus sur le registre de garde à vue. Il remet dans tous les cas un certificat où il indique que les conditions de rétention, du fait de leur indignité, ne lui permettent pas de se déterminer sur l'aptitude au maintien en garde à vue. Le jury rappelle que le médecin doit dans tous les cas se déplacer sur le lieu de garde à vue ;

□ dénoncer par courrier au procureur de la République les situations constituant un délit ou plus généralement toutes les situations portant atteinte à la dignité des personnes gardées.

Le jury préconise que la réponse médicale prenne la forme d'un document uniformisé à l'échelon national et comportant deux volets⁴⁴ :

□ le premier volet constituera le certificat médical remis à l'autorité requérante ;

□ le second volet, non transmis à l'autorité requérante constituera le dossier médical confidentiel. Le jury souligne la nécessité de transmettre ces informations, en cas d'incarcération, au médecin exerçant en milieu pénitentiaire. Les informations médicales pourront être inscrites dans le dossier médical personnel informatisé quand ce dernier sera fonctionnel.

Dans ce but, le jury propose un modèle de certificat type qui pourra être diffusé sous forme d'imprimé sur l'ensemble du territoire national, afin qu'il soit accessible à tout médecin intervenant auprès d'une personne gardée à vue.

4- Secret médical et délivrance de médicaments

Le jury rappelle l'importance du respect du secret médical en garde à vue, et recommande au médecin de veiller à l'application stricte de ce principe chaque fois que possible. Concernant la délivrance des médicaments, le médecin se trouve parfois en difficulté pour respecter ce principe.

Afin de respecter au mieux les principes de droit à l'accès aux soins des personnes gardées, de respect du secret professionnel, de respect de la responsabilité du pharmacien et des gardiens dans la délivrance des traitements et de sécurité de la personne gardée :

□ dans le cas où la personne gardée dispose de ses médicaments ou dans le cas où la famille peut les lui faire parvenir, le jury recommande que le médecin procède lui-même au déconditionnement et à la répartition des traitements dans des enveloppes cachetées indiquant le nom de la personne et l'heure de délivrance. La délivrance des médicaments est alors assurée par les gardiens, dans le respect du secret médical. Afin de favoriser cette situation, le jury recommande que lors d'une interpellation au domicile, les forces de l'ordre aient le souci d'emporter les ordonnances ainsi que les médicaments nécessaires ;

□ en l'absence de médicament disponible, aucune solution parfaite, c'est-à-dire respectueuse de tous les principes énoncés ci-dessus, ne peut être proposée. Pour le jury, si la personne gardée dispose d'une carte de sécurité sociale, de la CMU ou de moyens de paiement, il est acceptable dans la mesure où cela est réalisé dans l'intérêt de la personne gardée et uniquement si elle a donné son accord, que les gardiens se déplacent à la pharmacie avec l'ordonnance et délivrent directement les médicaments à la personne. Le recours à l'hôpital (délivrance par la pharmacie hospitalière ou hospitalisation) reste une alternative que le médecin peut choisir de façon exceptionnelle ;

□ en l'absence de médicament disponible et de moyen de régler au pharmacien les médicaments prescrits, le recours à l'hôpital reste la seule solution. Le jury rappelle que la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit un article L.251-1 prévoyant que « *toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État dans des conditions fixées par décret* », mais que le décret d'application de ce texte n'a pas encore été

⁴⁴ annexe 2

publié. Le jury ne peut que recommander que ce décret soit pris dans les délais les plus rapides et qu'il comporte une procédure d'urgence compatible avec les délais de la garde à vue.

Le jury regrette que la réglementation en vigueur ne permette pas au pharmacien de déconditionner les médicaments. Il souhaite que cette réglementation puisse évoluer dans ce sens, afin de permettre, à l'instar de l'évolution constatée dans les établissements pénitentiaires depuis la loi de 1994, le respect du secret médical.

Recommandations à l'usage des autorités judiciaires

1 - Elaboration de réquisitions type

Le jury préconise l'élaboration et l'utilisation d'un formulaire type de réquisition sur lequel devrait figurer :

- la question de la compatibilité de l'état de santé de la personne avec le maintien en garde à vue dans les locaux de la police ou de la gendarmerie ;
- la demande de constatation d'éventuelles lésions ou blessures pouvant résulter de violences ou de coups ;
- la question de la capacité de la personne gardée à vue à répondre correctement aux interrogatoires.

2- Mise en place d'une liste de médecins compétents et indépendants

Le jury recommande que le procureur réquisitionne des médecins choisis à tour de rôle sur une liste de professionnels répondant à des critères de compétence et d'indépendance. Sur ce dernier point en particulier, il ne devrait avoir de relation privilégiée ni avec l'autorité requérante, ni avec la personne gardée. Le jury considère comme préférable que les médecins intervenant en garde à vue soient intégrés à un réseau comportant des médecins hospitaliers ou libéraux ayant cette pratique et en lien avec une unité médico-judiciaire (UMJ) de référence. Cette collégialité vise à garantir la liberté d'appréciation du praticien

3- Lieux et conditions de l'examen médical

Afin de permettre au médecin d'apprécier au mieux les conditions matérielles de rétention et d'évaluer les possibilités de collaboration avec les services de police et de gendarmerie, le jury recommande de pratiquer l'examen médical dans les locaux de police ou de gendarmerie chaque fois que cela est possible.

L'inadéquation des locaux à la pratique d'un examen médical constitue actuellement l'immense majorité des cas.

Le jury souhaite que le budget consenti soit rendu public et qu'un calendrier de réalisation soit fourni.

Les locaux mis à disposition du médecin devraient fournir les conditions d'examens satisfaisantes. S'il considère que les conditions minimales nécessaires à l'examen médical ne sont pas réunies, le médecin peut sur son certificat refuser de se déterminer quant à l'aptitude au maintien en garde à vue et/ou demander que la personne gardée soit examinée à l'hôpital.

Une tendance que le jury approuve fortement se dessine actuellement vers la conception à moyen terme d'hôtels de garde à vue, regroupant, dans les grandes agglomérations, l'ensemble des gardés à vue dans des locaux adaptés sous la surveillance de personnels spécialement préparés.

L'entretien du médecin avec la personne gardée doit être réalisé :

- dans une langue ou un langage réciproquement compris : un interprète ou tout service ou équipement permettant d'assurer la communication (y compris avec les malentendants) devrait être opérationnel à l'arrivée du médecin ;
- dans la confidentialité : l'examen devrait être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel ;
- dans la confiance : l'examen doit être pratiqué, sauf circonstances exceptionnelles, sur une personne libre de toute entrave ; l'interrogatoire doit commencer par l'énoncé des circonstances et des objectifs de l'examen médical ;
- dans la sécurité : la sécurité devrait, à terme, être assurée par un bouton d'appel. Un dialogue entre les forces de sécurité et le médecin est utile afin d'envisager le meilleur déroulement possible de l'examen médical, notamment lorsque la dangerosité du gardé à vue impose de prendre certaines précautions. *In fine*, c'est le médecin qui décide des conditions dans lesquelles se déroule l'examen médical, les forces de sécurité en référant à l'autorité compétente en cas d'impossibilité.

Les mesures adoptées par le MISILL

Rapporté par Jérôme Floquet

Une charte d'accueil du public en janvier 2004 ;

x intégrer au sein d'une vingtaine de commissariats de police et dans quelques brigades de gendarmerie un travailleur social⁴⁵ ayant la triple mission de :

- a) accueillir les victimes ou les personnes en situation de détresse sociale repérées lors des interventions ;
- b) conseiller et orienter vers les services de l'Etat compétents ;
- c) faire le relais entre la police ou la gendarmerie et les instances judiciaires ou sociales;

x diffuser une circulaire relative à la sécurité des services d'urgence dans les hôpitaux⁴⁶ ;

x intégrer au troisième collège des conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) les responsables des établissements hospitaliers (Cf. les meurtres de Pau).

Ce dispositif est actuellement en phase expérimentale dans le département de la Côte d'or pour la gendarmerie.

Les premiers enseignements montrent que les interventions du travail social ont été axées sur les violences conjugales et intra familiales, les suites de séparations conflictuelles, les conflits de voisinage et les problèmes psychiatriques.

⁴⁵ Ce dispositif est actuellement en phase expérimentale dans le département de la Côte d'or pour la gendarmerie. Les premiers enseignements montrent que les interventions du travail social ont été axées sur les violences conjugales et intra-familiales, les suites de séparations conflictuelles, les conflits de voisinage et les problèmes psychiatriques.

⁴⁶ Circulaire ministérielle NOR/INT/C/04/30059/J du 20 décembre 2004.

Les brigades de prévention de la délinquance juvénile (les BPDJ). François ARSAC

Les brigades de prévention de la délinquance juvénile ont été créées afin d'apporter une réponse adaptée à l'augmentation de la délinquance chez les mineurs.

Ces unités répondent à un choix de la gendarmerie visant à dissocier la prévention de la répression, à pénétrer les milieux pré-délinquants et à s'engager efficacement au sein de structures partenariales. Il se traduit par des missions spécifiques des B.P.D.J.

Création des unités :

Les BPDJ sont créées à titre expérimental en 1997 pour répondre à une priorité gouvernementale. Dans un premier temps, 9 brigades sont créées le 1^{er} septembre 1997, puis 31 autres renforcent le dispositif sur les départements les plus sensibles. Le 21 janvier 2005, le groupement de gendarmerie départementale de TROYES a inauguré la 41^{ème}.

Chaque unité est composée de six militaires ayant reçu une formation de 3 semaines à Fontainebleau (centre national de formation de police judiciaire). Un gendarme féminin et un formateur relais anti-drogue y sont généralement affectés.

La vocation exclusivement préventive de ce type d'unité est préservée, notamment par le fait que les personnels ne bénéficient pas de l'habilitation d'officier de police judiciaire. Pour autant, ils participent à certaines enquêtes en conduisant, sous réquisition à personne qualifiée ou par mise à disposition d'un O.P.J., des auditions de mineurs victimes.

Missions :

L'action des brigades de prévention de la délinquance juvénile s'inscrit en complément de celle des unités territoriales traditionnelles. Grâce à leur spécificité et aux qualifications qu'elles réunissent, les BPDJ apportent le concours de militaires particulièrement formés pour appréhender les problèmes de la jeunesse en danger ou pré-délinquante. Leurs missions se déclinent selon 4 axes :

- **la prévention** (présence dans les quartiers, information dans les écoles et les associations, contacts avec les mineurs et leurs familles, rappel à la règle) ;
- **le renseignement** (connaissance de l'environnement social, estimation des risques, renseignement au profit des autorités) ;
- **l'accompagnement de l'intervention** (pour adapter la réponse de sécurité aux besoins locaux) ;
- **la promotion de l'action partenariale** (participation aux dispositifs interministériels et contractuels).

Ces unités font preuve d'un remarquable sens de l'initiative et de créativité pour élaborer des actions pertinentes et originales, ainsi que les supports adaptés aux publics qu'elles souhaitent toucher.

Elles en extraient des « **bonnes pratiques** » dont la diffusion, généralisée par la mise en ligne sur le site INTRANET de la gendarmerie, permet une mise à disposition à l'ensemble des unités.

Par l'intermédiaire du réseau européen de prévention de la criminalité (REPC) ces bonnes pratiques sont diffusées à d'autres pays de l'Union européenne. Il s'agit des « points écoute gendarmerie » au sein des établissements scolaires, de la simulation de procès pénal pour les 11-13 ans, de la prévention précoce chez les 5-6 ans dont un jeu éducatif, « les voyages d'Oscar et Charlie » constitue le support, de la participation aux stages d'éducation à la citoyenneté et de soutien à la parentalité.

Les BPDJ participent, en outre, comme les brigades territoriales, aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements scolaires. Elles interviennent également dans les opérations « Ville Vie Vacances » mises en place au niveau départemental.

Aujourd'hui, les BPDJ sont devenues des **acteurs reconnus de la prévention de la délinquance** auprès de différents partenaires extérieurs dont notamment l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les associations de parents d'élèves et les collectivités territoriales. Leur expertise se traduit par une augmentation constante des sollicitations extérieures.

La démarche en Midi-Pyrénées **Emmanuel Forichon**

Celle ci s'inscrit historiquement dans le cours des Conférences de santé régionales. Au centre des préoccupations mises en avant lors de ces conférences, les accidents de la route dont les jeunes étaient victimes, les tentatives de suicide.

Plusieurs entrées :

En 1995 c'est l'approche par la « souffrance mentale » qui a été privilégiée plutôt que celle de la violence.

En 2003 le Comité technique régional de prévention qui réunit des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, de la mutualité, du secteur associatif et des conseils généraux, avait émis l'idée d'une journée régionale sur le thème violence et santé.

Le Comité s'est trouvé débordé par les appels et les sollicitations.

Jamais une thématique n'avait auparavant rencontré un tel écho. L'originalité de la démarche adoptée venait d'une approche de la violence sous l'angle de la protection de la santé des personnes. Les éléments suivants ont émergé des débats :

✕ L'inégalité face à la violence est patente, ceci renvoie à l'histoire personnelle comme aux pratiques d'une institution donnée. Il existe des moments, des passages critiques où les risques sont particulièrement aigus (grossesse, mutations, licenciements, etc.). La violence se produit dans des lieux particuliers qui sont des zones d'ombres, des angles morts de l'institution ou de la société.

✕ D'où l'importance de comprendre les interactions entre situations générant la violence et vulnérabilité des personnes qui se mettent en position de victimes ; de reconstruire des collectifs (groupes de parole, syndicats) qui, dans une organisation sociale donnée peuvent apporter une aide par la solidarité et le lien social ; d'apprendre aux acteurs à intervenir positivement dans les mécanismes où la violence devient souffrance.

✕ Les professionnels de santé , à commencer par les médecins, se voient assigner aujourd'hui par la société un rôle majeur dans la lutte contre la violence qui peut se décliner en trois axes : soigner , au sens large du terme , du dépistage à la réhabilitation , alerter , avec la mise en place de « violento-vigilants » et enfin mobiliser l'ensemble des ressources professionnelles et sociales, car pas plus que le juge le professionnel de santé , ne peut agir seul.

La recherche de solutions

Dans une optique de théorisation, l'expérience de la consultation de médecine sociale du Docteur HALPERIN de Genève s'est révélée très précieuse.

Une consultation spécialisée de prévention de la violence va être créée à Toulouse et dans plusieurs établissements de santé de la région, avec le souci de travailler en réseau, de recueillir des données épidémiologiques et de construire des protocoles de soin et d'accompagnement des victimes et des auteurs.

Des actions de formation des professionnels à la prévention de la violence en institution, au repérage des situations à risque (notamment au cours de la grossesse) et à l'utilisation des outils d'évaluation sont mises en place dans la région pour la deuxième année.

Annexe 13

La consultation du Dr Halpérin à Genève Synthèse présentée par Emmanuel Forichon

Ce qui me paraît essentiel dans ce type de consultation c'est :

- la capacité à répondre aux victimes et aux auteurs de violence selon une approche globale et pluridisciplinaire
- en situation de crise, d'hospitalisation ou en consultation de conseil et de suivi
- en articulation avec les services d'hospitalisation, les professionnels et services de ville (médicaux et sociaux), les associations d'accompagnement et de soutien, la justice...
- avec le souci de constituer un recueil épidémiologique et d'améliorer la connaissance des situations, des mécanismes, des suites...
- dans une perspective de mise en réseau des intervenants sur un territoire, sur une région

L'approche globale s'entend ainsi :

on prend en charge d'abord la souffrance, on établit le bilan de santé (physique, psychologique, social), on procède à l'évaluation médico-légale, on établit un plan de prévention pour l'après. L'approche globale signifie également que l'on prend en compte au même titre : les éléments de dangerosité et d'impact sur la santé, les facteurs de vulnérabilité de la personne et ses ressources (personnelles, professionnelles, sociales) et les données médico-légales.

La ligne de partage entre responsabilité collective et responsabilité médicale, évitant le risque de médicalisation, est la même que pour toute forme de médecine de prévention, de soin et face aux autres risques (travail, école, grossesse...) :

- le médecin de prévention peut intervenir dans l'institution ou dans l'entreprise soit sur des individus chez lesquels à l'occasion d'une visite systématique il peut repérer des facteurs de vulnérabilité ou des signes de souffrance, Soit sur des collectifs où il apprécie des facteurs de risque violence liés en général à l'organisation, au fonctionnement ou à l'environnement.
- le médecin de soin interviendra en consultation ou en hospitalisation selon les modalités de réseau et d'approche globale préconisées plus haut
- la collectivité assumera ses propres responsabilités soit dans le cadre des dispositifs (CHSCT...) d'évaluation et de gestion des risques parmi lesquels la violence doit être clairement reconnue en tant que telle, soit dans le cadre d'instances spécifiques de régulation des violences, lorsque l'institution et ses membres en font le choix (ex : Gaspar) soit enfin dans le cadre des collectifs de défense des salariés qui sont appelés de plus en plus à prendre en compte les souffrances liées au stress et aux violences ordinaires du travail.

Je ne résiste pas au plaisir de citer ces mots d'un médecin du travail: "Quand on a demandé aux entreprises d'appliquer le plan comptable, c'était au moins aussi compliqué que ce qu'on leur demande en matière d'évaluation des risques ; pourtant aujourd'hui toutes les entreprises ont un plan comptable.

Si l'évaluation des risques était perçue par les pouvoirs publics comme un enjeu majeur de santé publique... les entreprises y arriveraient.

Une culture ne peut se développer que s'il y a une volonté politique. Il est vrai qu'il s'agit d'autre chose que d'un plan comptable : en gestion des risques en général, en régulation des violences en particulier, le facteur humain joue le premier rôle.

<http://www.prevention.ch/consultationpreventionviolence.htm>

L'Institut d'accompagnement psychologique post-traumatique, de prévention (IAPR)

Renée Zauberman

Présentation d'une réponse organisée à la violence en milieu professionnel.

A l'origine, l'IAPR est un organe de la RATP conçu pour le soutien psychologique des ses agents victimes d'agressions. Depuis 2002, il est devenu une association Loi1901, créé conjointement par la RATP et la GMF. Son objet : proposer par contrat aux entreprises et organisations une aide psychologique pour leur personnel victime de souffrance dans le cadre professionnel.

Les moyens

Une ligne téléphonique d'urgence 24/7. Une équipe permanente de 40 psychologues salariés en région parisienne. Un réseau de 230 psychologues cliniciens libéraux sur le reste du territoire, engagés contractuellement à être disponibles dans les 48h.

Les clients

La RATP, avec un n° vert, la GMF pour ses sociétaires victimes ou témoins d'accidents de la route, de décès d'un proche, d'agressions, incendies, vols.

Le secteur public collectivités territoriales (villes conseils généraux), ministères (Travail), services (La Poste, ANPE), biens (EDF-GDF).

Le secteur de l'habitat OPAC, Logement français. Des entreprises privées grande distribution, intérim...

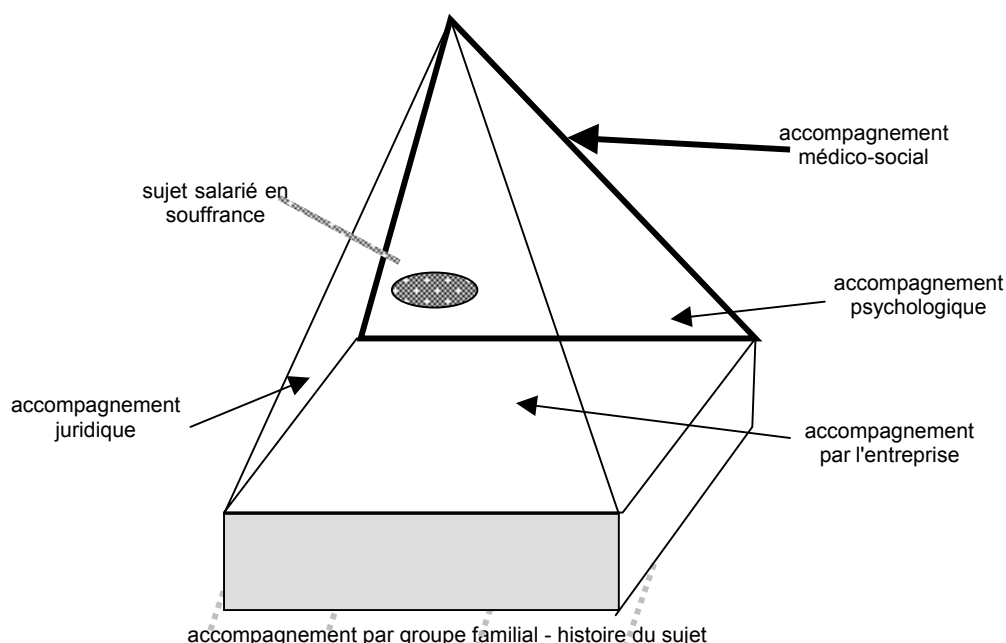
Un protocole

Définition de la violence : des atteintes : physiques : coups, crachats, jets d'objets... ; morales : insultes, menaces, provocations... ; involontaires : témoin accident, suicide, découverte de cadavre...

types d'intervention : immédiate et post-immédiate : évaluation des besoins, suivi psychothérapeutique, (4 entretiens, puis éventuel renvoi au secteur privé), formation sensibilisation en entreprise : obtenir de l'organisation qu'elle soit la première à soutenir la victime.

Un modèle de prise en charge de victime en milieu professionnel

L'équipe de l'IAPR qui travaille dans le secteur "entreprises" —publiques ou privées— a réfléchi sur la place de l'entreprise dans le soutien de la victime d'un incident traumatique dans le cadre professionnel. Elle a construit le schéma suivant qui expose sa conception de l'intervention post-traumatique : une pyramide dont le socle, relativement épais, représente la personne du sujet, base sur laquelle le salarié victime n'occupe qu'une place très localisée. Sur ce socle s'étirent les quatre faces de la pyramide, l'accompagnement psychothérapeutique n'en constituant qu'une. Sur la face avant, vous voyez prévu l'accompagnement par l'entreprise : il s'agit de lui signifier que l'atteinte qu'il a subie est un risque inhérent au métier, dont il ne doit pas assumer seul les conséquences. Il s'agit de freiner le sentiment d'abandon couramment ressenti par les victimes. Un ensemble des procédures visent d'abord à dégager l'agent victime de tout souci matériel, et d'ailleurs les accompagnements juridiques et médico-sociaux qui forment les deux autres faces du soutien à la victime.



Le Réseau d'élaboration pluri-institutionnel : le REPI Félix Montjouvent

Mis en œuvre par une action volontariste des principaux partenaires du champ éducatif, médical et judiciaire, le réseau de prise en charge d'adolescents en grande difficulté constitue un dispositif expérimental, formalisé en septembre 1999 par une charte commune qui pourrait à terme aboutir à la signature d'une convention précisant les engagements de collaboration entre les institutions partenaires.

Ce réseau conformément aux circulaires de 97 préconisant la constitution de réseaux d'acteurs sanitaires et sociaux, a pour objet de proposer un dispositif suffisamment fiable et pérenne :

- aux adolescents en grande souffrance et à leur famille de se voir proposer une prise en charge globale et coordonnée
- aux professionnels une mise en cohérence de leurs interventions, une meilleure continuité des prises en charge.

Les intervenants sont :

La Protection Judiciaire de la Jeunesse, CAE Créteil, CAE Insertion de Créteil, Unité d'Hébergement Individualisé de Créteil. **L'Aide Sociale à l'Enfance**, PF de Maisons-Alfort, foyer départemental de l'enfance de Villiers sur Marne, Circonscription d'Alfortville (équipe enfance). **Les Secteurs de pédopsychiatrie** : 3° secteur, CATTP Georges Perec (H.Esquirol) 6° secteur, SAUP de la Fondation Vallée (H.K.Bicêtre)

Le tribunal pour enfants, un juge des enfants du TE

Ces adolescents difficiles présentent souvent une symptomatologie très bruyante et placent les professionnels en situation de découragement susceptible d'entraîner un morcellement des interventions, une absence de continuité référentielle et une succession de ruptures.

S'appuyant sur une compétence de territoire ou de secteur géographique divers et dans un souci de souplesse de nos cadres habituels de travail, ce réseau place l'adolescent et sa problématique au centre d'intérêts communs, assoit une légitimité de collaboration et formalise un engagement réel autour d'un cas dans un travail sur les liens unissant les différents partenaires. La mise en œuvre de ce réseau de prise en charge nécessite un investissement professionnel important ponctué de réunions mensuelles où chaque institution est absolument représentée. Il s'agit :

- d'une réunion tous les deux mois qui prend en considération en deux temps, d'abord les demandes d'entrée dans le réseau (l'intervenant médico-social vient proposer sa demande au groupe) puis un échange sur le fonctionnement du réseau ;
- une réunion mensuelle en groupe plus restreinte qui fait le point sur les réalités concrètes des prises en charge ;
- un coordinateur est désigné pour chaque prise en charge. Il doit faciliter les mises en œuvre, les liens entre les institutions, l'organisation des concertations et garantir la mise en application des orientations retenues ;
- le compte rendu écrit de ces réunions est envoyé à tous les membres du réseau.

Ce mode de travail inter institutionnel et les attitudes professionnelles qu'il induit impose mobilité, disponibilité, souplesse, acceptation et estime de l'autre. Elles devront à brève échéance permettre de replacer les expressions d'urgence et de crise dans un autre contexte de travail que celui de la rupture et de l'échec. Ainsi ce réseau peut formaliser pour un adolescent, sa famille, les services, des allers et retours signifiant ainsi confiance réciproque, reconnaissance de compétence spécifique et réassurance pour le jeune si sensible au clivage qu'il génère bien souvent.

Le bilan de cette expérience met en relief un certain nombre de points positifs :

- ✕ Rester ensemble, présents et concernés par une situation contribue indéniablement à la construction de l'unité personnelle du jeune.
- ✕ Etre dans une interrogation constante de nos cadres habituels de travail constitue une force.
- ✕ Les temporalités des différents partenaires ne sont pas les mêmes mais ne constituent pas une limite au mode de travail en réseau d'acteurs.
- ✕ Le niveau d'intimité de ce groupe y compris dans son intimité territoriale est à sauvegarder.
- ✕ La dimension du plaisir à travailler ensemble est essentielle.
- ✕ Les valeurs qui ont fait socle et scellé le pacte entre les acteurs sont fortes et rappelées.

Des axes de progrès sont :

- une mobilisation plus affirmée de certains partenaires aux différents échelons ;
- un financement pour un appui matériel, logistique (1/2 poste en secrétariat pour les écrits, la coordination administrative et la communication), une recherche action ;
- la pérennisation de l'outil, le transfert des méthodes ;
- une communication départementale et régionale.

Ce dispositif de travail est aujourd'hui suspendu pour laisser place à la construction de la convention de travail départementale pour les prises en charge coordonnées des jeunes gens en très grandes difficultés

Violences en prison
Département de la Recherche
Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (Agen)
François Courtine et al

Résumé

Cette recherche porte sur les violences en milieu carcéral à partir d'une approche pluridisciplinaire dans onze établissements pénitentiaires. Elle confirme la complexité du phénomène de la violence en mettant en évidence ses dimensions collectives, individuelles, institutionnelles, physiques, symboliques, psychiques, sonores...

La première contribution inscrit l'analyse des procédures disciplinaires dans une dimension multifactorielle et plurivoque, ce qui permet de souligner les écarts, au stade des poursuites, comme à celui du prononcé de la sanction.

La seconde contribution (texte + CD audio) est basée sur l'étude du paysage sonore des onze établissements. Elle montre que l'évènement sonore est une forme de violence, mais aussi un fait déclencheur, aggravant ou régulateur.

La troisième contribution pose la question des dimensions subjectives de la violence ressentie par les personnels de surveillance dans le cadre de l'exercice de leur métier. La violence y apparaît liée aux possibilités réduites de défense et de régulation des personnels. Elle est définie ici comme ce qui porte atteinte au sujet dans son intégrité, sa dignité ou son identité.

La quatrième contribution fait émerger les représentations de la violence chez les jeunes détenus et chez les personnels pénitentiaires. La distinction entre violence « importée » et violence « contextuelle » permet de saisir le positionnement mitoyen des acteurs, fruit de la superposition de logiques cognitives et sociales permettant à la violence de constituer l'un des éléments clés de l'ordre négocié en prison.

La cinquième contribution s'attache à l'analyse comparée de deux établissements 13000. Elle montre l'influence des particularités locales dans les modes de positionnement professionnels.

La sixième contribution s'intéresse à la transmission d'une mémoire basée sur la violence en pointant un paradoxe : alors que cette mémoire collective génère des discours professionnels sous-tendus de crainte, d'appel à la vigilance, réclamant des dispositifs de sécurité renforcés, les personnels optent au quotidien de manière intuitive pour une « sécurité passive » fondée sur le dialogue.

La septième contribution traite de la violence médiatique à travers les discours des acteurs et des médias. Elle montre que la presse quotidienne élabore et diffuse une représentation partielle et partielle de l'administration pénitentiaire contribuant à renforcer la représentation d'une identité négative chez les personnels pénitentiaires.

Revisiter quelques idées reçues en matière de « violences », un acte de prévention

Chantal de Singly

Nous vous proposons de revenir sommairement sur quelques idées qui reviennent souvent dans nos propos, comme « vérités » établies.

1 – Qu'est ce qui augmente, les signalements ou les violences ?

Plusieurs exemples ont été cités pour illustrer le débat qu'une telle question peut introduire

Pour vérifier dans le cadre des processus d'accréditation comment les hôpitaux géraient les événements dits indésirables, l'ANAES (maintenant la Haute Autorité en Santé) incitait les hôpitaux, dès la première visite, à mettre en place des systèmes de déclaration de ces événements.

Un décret du 5 novembre 2001 impose à tous les établissements la création d'un « document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs », ce que l'on appelle le document unique.

Dans les deux cas, le nombre de signalement a naturellement augmenté.

Est-ce que les manifestations relevées n'existaient pas auparavant ?

2 – Que dire de la notion de « *signalement subjectif* ».

Cette qualification peut laisser penser que le signalement ne correspond pas à des faits objectifs ou qu'à l'inverse la subjectivité n'accompagne pas naturellement le signalement des manifestations dites objectives ?

Encore une fois, si les politiques, la législation, les média et les administrations encouragent le signalement. Du coup « nous récoltons le fruit de ce que nous semons » et façonnons les seuils !

3 – Que dire de l'appréciation de la baisse du seuil de tolérance ?

Voilà un propos qui, à force d'être répété, devient une évidence. Ne faut-il pas s'y arrêter et en interroger les fondements ?

De nombreux points de vue replacent cette notion de seuil dans toute la problématique des risques et de nos conceptions et rapport avec ces derniers.

Ils proposent de considérer les violences, par exemple à l'hôpital, comme un des risques en lien avec les autres risques, un risque parmi les autres. Ce qui ne veut dire et n'implique ni banalisation ni acceptation.

Nous disons, nous « dénonçons » la violence plus souvent parce que nous considérons que ce risque doit être prévenu et traité comme de nombreux autres et pas nécessairement parce que notre seuil de tolérance aurait baissé.

Ne doit-on pas dire plutôt que la violence fait partie des risques de l'hôpital pour prendre cet exemple et que malades et personnels demandent une prise en compte de ce risque (comme des autres risques hospitaliers), avec une politique d'action pour le réduire.

4 – Que veut dire l'option dite de politique de tolérance zéro de la violence ?

A supposer qu'une telle politique ait été décidée dans les établissements hospitaliers, pour en rester à l'exemple hospitalier, on peut se demander si une telle politique aurait du sens. La tolérance est un sentiment et pas l'objet d'une politique.

Ce qui est décidé (et fait dans certains hôpitaux) c'est d'installer des chargés de sécurité pour faire face à la violence, protéger les personnels et les patients des agressions.

Ces chargés de sécurité établissent des statistiques des agressions, ce qui contribuera à augmenter encore le nombre de signalements d'agressions (mais pas pour autant d'augmenter le nombre d'agressions !). Ils mettent en place des actions qui permettent de rassurer et de protéger les personnels et les patients.

5 – Y aurait-il des résistances à coopérer entre équipes de différentes institutions ?

De nombreux chefs d'établissements et responsables à différents niveaux des institutions témoignent au contraire de coopérations importantes développées ces dernières années entre Urgences et Police, Education Nationale et santé ou gendarmerie...

Ceci témoigne d'une réelle capacité de travail en commun. A cette nuance que l'on retrouve partout, chacun son métier et ses règles dans le cadre des règles générales.

L'hôpital n'est pas le commissariat ni l'inverse.

Chacun doit prendre sa part dans la prise en charge des problématiques médico-sociales de plus en plus lourdes et intriquées.

Ne faut-il pas plutôt prendre acte et souhaiter que cette coopération aille plus loin encore au lieu d'insister sur des préjugés qui peuvent exister mais qui peuvent aussi reculer ?

Le vrai débat à poser est celui de l'articulation entre tous les acteurs, mairies, services sociaux, police, éducateurs, hôpital saisis des questions de violences. Il faut aussi mobiliser les médias pour

regarder « différemment » la violence. Il faut enfin que les politiques continuent à valoriser les attitudes de non -violence et à promouvoir tout ce qui nous permet à tous de « faire société » !

6 En conclusion

Tout le monde est contre la violence surtout lorsqu'elle entraîne ou qu'elle révèle des atteintes à la santé des personnes. Tous en reconnaissent le caractère complexe. Mais la violence n'est ni fatale dans ses manifestations, ni inaccessible dans ses mécanismes générateurs, ni absente dans les préoccupations et les politiques publiques.

Par contre tout le monde a du mal à en reconnaître aussi le caractère intrinsèque. La violence n'est pas seulement externe à nous, à nos institutions comme elle n'est pas réductible à coup d'injonctions, de moyens ni de mesures en soi. Car pour notre part, rappelons-le, il s'est agi de repérer non seulement les violences des autres mais aussi la violence générée ou non régulée par les institutions, celles les plus en charge de lutter contre et de protéger les personnes et les biens.

Il semble important de réaffirmer que la mobilisation contre la violence se justifie particulièrement quand ses effets délétères sont les plus évidents. Par quelles actions de communication, de sensibilisation des élus et du politique et de pédagogie sociale, arriver à **rendre à la fois illégitime** tout acte de violence sur toute personne et en même temps **retravailler les représentations**, « les seuils » et l'esprit de raison et de nuances face aux risques de l'existence et aux apprentissages du vivre en commun ? La commission a été unanime de ce point de vue à réitérer la nécessité de **rappeler le droit, de le dire et d'y veiller jalousement**.

Si les préconisations en matière de prévention des violences peuvent être considérées comme générales, il semblerait utile toutefois de rappeler qu'en pratique, leur transposition se doit de refléter l'analyse spécifique des situations, des contextes, des déterminants et des processus et de se préoccuper avant tout de réduire les écarts.

Entre nouvelles mesures, dispositifs supplémentaires et solutions coûteuses et à l'inverse moyens constants ou surtout affectations et logiques identiques, il y a probablement **un équilibre et de nouvelles dynamiques à rechercher et plus fondamentalement à libérer**.

Ce n'est pas la moindre des difficultés mais c'est en même temps un des enjeux de ce plan et de ce qui en fera la crédibilité : la capacité d'une institution à se mettre en question et par voie de conséquence à se renouveler ?

Des gains professionnels, humains et citoyens sont à notre portée, si nous acceptons de privilégier une approche de système dans nos institutions.

Nos organisations sont gagnantes chaque fois qu'elles savent se préoccuper de leur propre régulation.

Ceci implique un effort considérable pour chacun de leurs membres, à tous les niveaux. Appuyer de tels efforts participe pleinement de l'éthique de la responsabilité.

Une institution qui s'attache à réguler la violence en son sein n'en apparaît que plus légitime, en particulier dans la relation qu'elle tisse avec l'extérieur.

Réhabiliter les lieux de régulation collective est une urgence de survie et un enjeu de civilisation.

D'où l'importance démocratique à encourager, au sein de nos institutions et autour d'elles, les formes et les lieux de contre-pouvoir permettant l'exercice des recours dans le cadre des lois et règles qui nous régissent et in fine d'éclairer notre compréhension des violences à la lumière des droits humains. La santé est à ce prix, une approche et un souci de santé publique nous éclairent et aident dans ce sens.

7 Nos sources bibliographiques

Nous avons commencé par auditer les représentants institutionnels, les experts, et les professionnels présents au sein de la commission. Puis nous avons élargi cette écoute à des invités externes.

Chacune des personnes entendues nous a fourni, indiqué des références de diverses publications que nous avons intégrées comme références des travaux de notre commission.

La DGS et de nombreuses institutions ont mis à notre disposition des documents.

Au fil de nos échanges et de nos lectures, nous avons aussi repéré quelques sources bibliographiques.

C'est la découverte, la lecture plus ou moins attentive de ces écrits que nous signalons dans cette brève revue bibliographique pour dire nos sources.

Un travail plus fouillé mérite et nécessite d'être mené de façon réfléchie et orientée. On ne saurait en faire l'économie.

Nous avons commencé par auditer

« *Violence et santé : l'exemple d'un programme régional* »

Emmanuel FORICHON, Médecin de santé publique, DRASS, Midi-Pyrénées

« *La violence, des réponses pour l'école : le programme GASPARE* »

Yves SIHRENER - Conseiller auprès du recteur de Lille

« Regard sur les violences institutionnelles dans les champs de la santé »

Fernando BERTOLOTTO – Sociologue, consultant

« Violence, représentation de la violence et médias »

Angelina PERALVA – Sociologue

Sophie JEHEL – Conseil Supérieur de l'audiovisuel

Eric GIOCOMETTI – Journaliste, Le Parisien

« Conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre ou par l'administration pénitentiaire »

Jacqueline CHARRE, Patrice VAYNE - DHOS

« La prise en charge éducative, dans le cadre judiciaire, pour des jeunes gens et leur famille auteurs et/ou victimes au Centre d'action éducative de la protection judiciaire de la jeunesse de Créteil »

Félix MONTJOUVENT

« Enquêtes sur quelques violences, présentation d'une réponse institutionnelle »

Renée ZAUBERMAN – Chargée de recherche au CNRS

« La médecine carcérale »

Didier SICARD – UCSA de la prison de la Santé

Président du Comité consultatif national d'éthique

« La violence à la prison de Fleury-Mérogis au centre des jeunes détenus – histoire de la mise en place du "quartier mineurs" »

Isabelle ROUSTANG – Médecin, coordonnatrice UCSA au CJD

Des documents de référence mis à disposition

□ En rappel **le texte de loi relative à la politique de santé publique** (n° 2004-806 du 9 août 2004).

✕ Le résumé du **rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS**. Genève 2002

✕ Le **rapport du Haut comité de la santé publique** « Violences et Santé ». Mai 2004

✕ Le **rapport d'un groupe de travail** DHOS, Ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Police et de la Défense portant sur « Conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière des patients accompagnés par les forces de l'ordre et/ou par l'administration pénitentiaire » et achevé en juillet 2003

✕ Les textes des **recommandations de la conférence de consensus** sur « L'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue » organisée par le Ministère des Solidarités, de la santé et de la Famille. Paris, 2 et 3 décembre 2004.

Une bibliographie repérée au fil des travaux

Au fil de nos travaux et des auditions, nous avons reçu et consulté les documents suivants :

✕ Trois documents de présentation - février, septembre 2004 - et des extraits du rapport d'activité 2003 du Centre d'action éducative de Créteil.
Annette GUINAUD, Jean Oscar M'BENOUN, Félix MONTJOUVENT.

✕ La revue d'éducation pour la santé de l'INPES « La santé de l'homme » dont le dossier du n° 366 a été consacré à « Prévenir les violences », juillet août 2003.

✕ Une plaquette d'information et un manuel « Face à la violence – la violence, des réponses pour l'école » du groupe GASPARD, Académie de Lille. 1998-2000

« Prévention du suicide des personnes détenues. Synthèse et recommandation ». Rapport d'experts. Terra. 2003

« Violences subies au travail par les professionnels de la santé – résumé ». IGAS. 2001

« Violences et insécurité au travail dans les transports ». Conseil national des transports. 2001

« Crimes et délits constatés en France en 2002 ». DGPN. 2003

« Droit et justice : production et régulation de la violence en prison ».

Etude menée par 2 sociologues. Coll. Arrêt sur recherches. 2002

« Des pratiques éducatives de santé mentale dans le champ de la protection judiciaire de la jeunesse ». ORSPERE, Christian LAVAL. Mai 2002

« Penser la vie psychique dans l'action éducative ». Christian LAVAL. Mai 2002

« Un quartier pour mineurs au Centre des jeunes détenus (CJD) : une réponse adaptée à la violence au CJD ». SMPR du CJD, UCSA du CJD, les enseignants JAP d'Evry. Mars 1999

« La violence à la télévision ». Rapport au ministre de la Culture et de la Communication. Blandine KRIEDEL. 2002

« Violence et champ social ». Rapport du Conseil supérieur du Travail social. Groupe dirigé par le Dr P. BENGHOZI. 2002

« Le personnel de surveillance des prisons : essai de sociologie du travail ». Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic, Centre d'étude des mouvements sociaux. Ecole des hautes études en sciences sociales. 1992.
Cette recherche a fait l'objet d'une publication sous le même titre, CNRS, 1992.

« Projet de consultation de prévention de la violence ». Pr Daniel ROUGE, Dr Florent TRAPE. Mai 2004

« Production et régulation de la violence en prison : avancées et contradictions ». Mission de Recherche Droit et Justice. Lucie MELAS, François MENARD. Janvier 2002

« Violences subies et souffrance des personnels en établissements pénitentiaire ». P. PAVAGEAU, ergonomiste. CNAM. (date non transmise)

« Protection des mineurs à la télévision : le dispositif de la signalétique a poursuivi son adaptation ». Bulletin mensuel, CSA, La Lettre n° 178. Novembre 2004

« Violences sexuelles en institution, en parler et agir ». ESPAS. 2003

« Transports ». Dossier documentaire du Haut comité de santé publique (références incomplètes).

« Espaces collectifs » (et résumé du rapport n° 2001-110 sur les violences subies au travail par les professionnels de santé, prévention du suicide des personnes détenues. Violence et insécurité dans les transports en France CNT. G.COSTARGENT, M. VERNEREY, IGAS, J.L. TERRA, octobre 2003 - R. BLATTER, janvier 2002

Ouvrages

« Le déclin de l'institution » François DUBET. 2002

« Le ministère de la peur ». Pierre TEVANIAN. Novembre 2003

« Promotion de la santé et milieu pénitentiaire ». Revue d'éducation pour la santé. Florence GUIBOURGE, Anne-Marie PALICOT, Omar BRIXI, Odile CHOUKROUN. 1997

« Violences en détentions » Direction de l'administration pénitentiaire. Guy CASADAMONT. Décembre 2001

La question des violences dans ses liens avec la santé nous a paru tantôt relativement documentée tantôt assez modeste.

La bibliographie qu'il nous a été donné de consulter paraît dense. Elle reste assez disparate et difficile à repérer.

Un travail plus systématique et plus orienté reste à faire.