



La violence

“ C’est parfois en prenant connaissance du malheur des autres que l’on parvient à comprendre, un peu mieux et sous un jour différent, sa propre condition. ”

Jacques Sémelin¹

La violence met en jeu les droits fondamentaux de tous, le droit à la sûreté et à la sécurité, tels que stipulés dans l'article 3 de la Déclaration des droits de l'homme – tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. En France, dans les termes exposés par la Constitution, depuis que le texte adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 10 décembre 1948 à Paris au Palais de Chaillot, a été intégré en 1971 in extenso dans le bloc de constitutionnalité².

Le phénomène de la violence est d'une grande complexité : un effort de réflexion est indispensable pour en comprendre les multiples composantes. Lorsque cette violence prend forme dans un univers particulier, il faut comprendre le phénomène de violence lui-même et aussi le milieu dans lequel il s'incarne, sans éviter d'en examiner les conséquences.

Identifiée comme un véritable fléau mondial, «un défi planétaire» selon les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, la violence est maintenant considérée comme l'une des questions les plus essentielles de la santé publique internationale.

La violence : définitions

Le mot «violence» vient du latin vis, qui désigne d'abord la force et plus encore l'abus de cette force sans égard à la légitimité de son usage³. C'est la force déréglée qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique pour mettre en cause dans un but de domination ou de destruction l'humanité de l'individu⁴. La violence est ainsi souvent opposée à la force, celle-ci faisant un usage contrôlé, légitime et mesuré de celle-là, qui ne connaît pas de limites et tend vers la destruction totale.

Le sens commun définit la violence⁵ comme une action brutale – physique ou morale – envers quelqu'un. Elle a comme synonyme «agression».

Le Code pénal, quant à lui, la définit comme ce qui représente des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne.

Au sens du droit civil, la violence est un acte délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime, un trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour sa personne, sa santé donc, ou pour ses biens.

Dans le domaine contractuel, la violence exercée sur une personne avec pour résultat de l'amener à s'engager ou à renoncer à un droit, constitue un vice du consentement.

Quand elle s'applique aux choses et qu'elle est faite sans droit – par exemple la coupe d'un arbre planté sur un fond voisin ou la saisie d'un bien faite en vertu d'un jugement qui n'est pas devenu exécutoire –, la violence constitue alors une voie de fait.

Les différentes approches de la violence

La définition de la violence est complexe de par les différentes formes qu'elle revêt et la façon dont le phénomène est conceptualisé.

De ce fait, il existe plusieurs types de violence et des définitions variées, multiples et parfois conflictuelles (cf. encadrés *La violence : définitions* et *Les types de violence*).

Pour le philosophe Jean-François Malherbe, on ne pourrait à proprement parler de violence

¹ - Historien et politologue français.

² - Le bloc de constitutionnalité désigne l'ensemble des normes de valeur constitutionnelle. Celles-ci sont protégées par le Conseil constitutionnel et englobent tant le droit à la sûreté que le droit à la santé.

³ - Jean-François Malherbe (Docteur en philosophie de l'Université catholique de Louvain (depuis 1968) et en théologie de l'Université de Paris), *In Violence et démocratie*. Cahier de recherche 2003 ; 25.

⁴ - Kriegel B. La violence à la télévision. Rapport de la Mission d'évaluation, d'analyse et de propositions relative aux représentations violentes à la télévision. Paris : Ministère de la Culture et de la Communication, 2002.

⁵ - Synonymes : agression, agressivité, brutalité, contrainte, férocité, force, fureur, furie, impétuosité, sauvagerie, sévices, torture, véhémence, virulence.

lorsque l'on évoque l'absence de conscience de cette violence : « les Grecs de l'Antiquité considéraient que la question de la violence (*bia*) ne se pose pas pour les animaux (*zōoi*) mais seulement dans le domaine de la vie humaine (*bios*). ».

Ainsi, la question de la violence peut être reliée à la parole qui est le propre de l'humain. Les animaux ne sont donc pas, à proprement parler, violents : leurs comportements obéissent simplement aux lois inexorables de la nature.

La question de la violence peut être reliée à la parole qui est le propre de l'humain.

Les types de violence

- **La violence entre les personnes ou interpersonnelle** : elle désigne un comportement faisant emploi de la force, physique, verbale (injure), ou psychologique (harcèlement), dans un milieu proche.
- **La violence de l'État** : les États revendiquant, selon la définition célèbre de Max Weber⁶, le « monopole de la violence légitime », s'en servent pour exécuter les décisions de justice, assurer l'ordre public ou en cas de guerre (on tente alors de la légitimer par les doctrines de la « guerre juste »). Celle-ci peut dégénérer en terrorisme d'État, devenant alors l'une des formes de violence les plus extrêmes (génocide, etc.).
- **La violence criminelle**, qui peut avoir des causes sociales, économiques, ou découle de pathologies psychiatriques (schizophrénie, etc.). Elle est, selon certains auteurs, l'envers d'une violence étatique et/ou symbolique.
- **La violence politique**, c'est-à-dire tout acte violent dont leurs auteurs revendiquent la légitimité au nom d'un objectif politique (révolution, résistance à l'oppression, droit à l'insurrection, tyrannicide, « juste cause »). La violence est pourtant justifiée en cas de légitime défense ou d'état de nécessité par la loi, en cas de résistance à l'oppression d'une tyrannie selon la doctrine des droits de l'homme.
- **La violence symbolique**, qui désigne à son tour plusieurs sortes de violence : ce peut être la violence verbale, dont on peut considérer qu'elle est la première étape vers un passage à l'acte ; ou une violence invisible, institutionnelle : c'est la *violence structurelle*⁷. Celle-ci désigne plusieurs phénomènes différents qui favorisent la domination d'un groupe sur un autre et la stigmatisation de populations, stigmatisation pouvant aller jusqu'à la création d'un bouc émissaire.
- **La violence de la nature** : la violence du vent, des tempêtes et autres catastrophes naturelles et la violence animale (instinct) sont encore d'autres types de violence avec pour caractéristique de ne pas avoir de conscience, de volonté.

Parmi les nombreux constats extraits de la littérature portant sur la violence, on remarque, entre autres, que l'intérêt pour ce thème se concrétise le plus souvent soit par un regard plus centré sur l'individu, soit par un regard centré sur le travail (ou sur l'organisation du travail) ou encore la dimension intersubjective inhérente à la violence.

D'après Michel Maffesoli⁸, la violence réactionnelle d'en bas s'oppose à la violence instituante et instituée. Dans ce cas, les relations sociales évoluent dans le cadre de rapports de force généralement inégalitaires qui se traduisent par des impositions et l'établissement temporaire d'un statu quo fondé sur cette violence initiale.

Toutes les étapes du développement humain montrent que notre liberté s'est acquise par la force et dans la violence et c'est avec elles encore que nous défendons ce privilège. Dans la communauté humaine, la force a pour objet d'imposer l'organisation d'un certain ordre social dans lequel une minorité gouverne et la violence tendrait à la destruction de cet ordre.

Toutes les étapes du développement humain montrent que notre liberté s'est acquise par la force et dans la violence.

Néanmoins, des causes psychiques internes peuvent être juridiquement invoquées pour décharger la responsabilité de l'auteur des violences : un traitement psychiatrique peut alors être requis. Dans l'approche de beaucoup de praticiens de la psychologie, de l'aide sociale ou du droit (côté défense), la plupart des personnes adoptant des comportements de prédation et/ou de violence relèvent de la sociopathie ou d'une problématique sociale et/ou économique.

D'autres approches – menées notamment en éthologie appliquée à l'espèce humaine et par certains chercheurs, dont Konrad Lorenz, ainsi que par beaucoup de behavioristes – estiment que les personnes adoptant des comportements de prédation et/ou de violence ne le font pas forcément par manque de ressources, d'éducation, d'émotion ou d'empathie. Les séducteurs et les manipulateurs n'en manquent souvent pas, soulignent-ils, mais par choix narcissique, en vertu du principe du plus grand plaisir et/ou de la plus grande facilité/rentabilité. D'autres spécialistes de l'éthologie humaine, tels Boris Cyrulnik et les cognitivistes, nuancent ces points de vue et récusent tout héritage génétique de la violence.

Il existe donc plusieurs explications du terme « violence », mais toutes convergent à définir l'action d'intervenir sur quelqu'un en le faisant agir contre sa volonté, en employant la force et la brutalité.

Pour Michel Wieviorka⁹, lorsque la modernité est pensée et voulue comme une progression dans l'histoire de l'humanité, comme l'avancée de la raison et le recul des traditions, deux conceptions principales de la violence trouvent leur place, quasi naturellement.

« La première lui accorde une immense légitimité, en attendant d'elle qu'elle joue, le cas échéant, un rôle révolutionnaire et qu'elle soit l'accoucheuse de toute vieille société qui en porte une nouvelle dans ses flancs, qu'elle soit l'instrument grâce auquel le mouvement social l'emporte et met en pièces des formes politiques figées et mortes.

La deuxième, au contraire, considère qu'elle ne peut que régresser au fur et à mesure que s'impose la raison ».

6 · Weber M, Freund J, trad., Fleischmann E, trad., De Dampierre E, trad. Le Savant et le politique (1919). Paris : Plon, 1959.

7 · Galtung J, Peace by Peaceful means: Peace and Conflict Development and Civilization. London: SAGE Publications, 1996.

8 · Maffesoli M. La Violence totalitaire. Paris : PUF, 1979.

9 · Wieviorka M. La violence. Paris : Hachette littératures, 2005.

La violence pour la paix ?

Si la violence est présente à chaque moment de l'histoire, c'est qu'à l'origine, elle suppose une incapacité à se parler, une impossibilité à utiliser le langage au lieu des armes. Ceci amène à penser que la paix a un prix : ne dit-on pas « Qui veut la paix prépare la guerre ». La guerre est naturellement inscrite dans la nature humaine. La paix procède de la culture et

Qui veut la paix prépare la guerre.

de la construction, de la détermination des bonnes volontés. La diplomatie est l'art d'éviter la violence. Elle est un moteur puissant, bien qu'elle travaille dans l'ombre. On passe le cap de l'acte violent et on le légitime par le constat d'échec de la dissuasion et de la diplomatie. Encore qu'utiliser la diplomatie pour faire pression peut être considéré comme une autre forme de violence.

Lorsqu'on emploie le terme de « force de dissuasion » pour parler d'un processus qui se veut pacifiste, l'est-on toujours ?

Beaucoup de formules sont ainsi utilisées pour recouvrir pudiquement des actes d'extrême violence : bavures, erreurs d'appréciation, frappes chirurgicales, dommages collatéraux, etc., comme si les hommes qui les commettaient avaient eux-mêmes du mal à les assumer pleinement.

Dans certains pays, lorsque les gouvernements violent les libertés et les droits, la résistance, sous toutes ses formes, reste le plus sacré de tous les droits et le plus grand des devoirs. Ce type de résistance a été incarné par les hommes et femmes de certains pays, qui n'ont pas fait l'économie de sang sur leurs mains pour libérer leur pays et leurs compatriotes.

On ne peut parler de violence sans adjoindre le terme de « légitime » qui se définit comme le caractère de ce qui est reconnu conforme au droit, à l'équité, qui est justifié par le bon droit, la raison, le bon sens¹⁰.

Le plus souvent, l'état de droit, conçu afin d'éradiquer la violence et les guerres, dépend pour sa survie des instruments de la violence.

Il apparaît essentiel d'apporter en début de démarche les clarifications nécessaires et de bien cibler ainsi les enjeux en cause, dans l'étude d'un phénomène fort complexe et abordé sous différents angles par de nombreux auteurs. Son approche, en santé publique comme dans d'autres disciplines, tend à évoluer profondément depuis les années 2000.

Penser la guerre et la santé

La guerre est violence. Dans la société française pourtant, comme dans bien d'autres états développés, la guerre est devenue extérieure après avoir été récurrente depuis la première guerre mondiale jusqu'au terme du conflit algérien. La disparition de la conscription et la réorientation des armées vers la projection des forces en sont les matérialisations les plus tangibles. La guerre chez nous est devenue incompréhensible, dans la mesure où ce que nos ancêtres ont perçu en termes de patriotisme, du sens de la guerre et de la mort à la guerre, ne peut plus être compris, ressenti ou approché. De plus en plus de travaux ont abordé cette question, ce mystère. Ceux de Stéphane Audoin-Rouzeau en sont les plus éclairants et les plus exemplaires et l'analyse sous un angle incarné, bien loin de l'histoire militaire traditionnelle. Avant que la guerre ne s'éloigne

Pourquoi l'historiographie de la guerre s'est-elle à ce point désintéressée de la violence des champs de bataille, et des hommes qui s'y sont affrontés, des souffrances qui furent les leurs et de ce qu'ont ressenti ceux qui tentaient d'y survivre.

de nous, un évident puritanisme a pesé sur la recherche universitaire, quelle que soit la discipline. L'histoire ou la sociologie ont eu des esquives, des absences, ont commis des erreurs très significatives¹¹. Pourquoi l'historiographie de la guerre, et particulièrement celle de 1914-1918, a-t-elle déployé essentiellement l'approche sociale ou politique, et s'est-elle à ce point désintéressée de la violence des champs de bataille, et des hommes qui s'y sont affrontés, des souffrances qui furent les leurs et de ce qu'ont ressenti ceux qui tentaient d'y survivre¹² ? à ceux-ci il faut ajouter tous les civils des territoires occupés dont une large part du Nord – Pas-de-Calais, qui eurent à connaître bombardements, blocus, camps d'internements, déplacements forcés et représailles.

La première guerre mondiale marqua l'industrialisation de la guerre et des combats ainsi que l'abandon des conventions les plus admises – les brancardiers à partir de 1914-1918 devaient aller chercher les blessés sur les champs de bataille sous la mitraille puisque les trêves sanitaires n'avaient plus cours. Rien ou si peu de tout ceci ne fit l'objet d'analyses.

Si la violence est présente à chaque moment de l'histoire, c'est qu'à l'origine, elle suppose une incapacité à se parler, une impossibilité à utiliser le langage.

¹⁰ · Le Petit Larousse.

¹¹ · Fournier M. Paroles d'historiens : Silence, on tue ! Les Grands Dossiers des Sciences Humaines 2008-9 ; 13.

Audoin-Rouzeau S. *Combattre*. Paris : Le Seuil, 2008 ; 319 p.

Audoin-Rouzeau S, Becker A. 14 - 18, retrouver la Guerre. Paris : Gallimard, 2000 ; 270 p.

¹² · Cinématographiquement le film de Steven Spielberg et la série Band of Brothers, qu'il coproduit avec Tom Hanks, constituent une tentative très comparable à ce que des historiens anglo-saxons ont entrepris essentiellement dans des publications des années 1980. Parmi ceux-ci, il faut citer Sir John Keegan de l'Université de Princeton et de l'Académie royale de Sandhurst.

La médecine de guerre de 1914-1918 a bénéficié des innovations du XIX^e siècle et a donné lieu à des innovations médicales, imposées par les blessures nouvelles¹³. La capacité d'évacuation, les infrastructures médicales, les possibilités de la chirurgie du champ de bataille ont combiné anesthésie, chirurgie et antiseptiques, traitement des fractures, détection par les rayons X, vaccination contre le typhus et le tétanos, transfusions sanguines, etc. La psychiatrie et la psychologie, démunies lors du conflit, firent de très importantes avancées lors de la prise en charge des séquelles des combattants¹⁴, dès les années 1920¹⁵.

En dépit des liens évidents et connus entre guerre et santé – progrès réalisés par la médecine lors des conflits, tant en techniques chirurgicales et anesthésiques qu'en santé mentale¹⁶ bien sûr et en pratiques de santé publique –, ce n'est qu'au cours des années 1990 que la santé publique, d'abord anglo-saxonne, s'est investie dans l'étude et l'accompagnement des conflits¹⁷, dans les suites de la *Guerre du Golfe* (1990-1994)¹⁸. Ceci demeurait jusqu'alors le fait exclusif des services de santé des armées. Une même cécité marquait donc la discipline, semblablement à ce que Stéphane Audoin-Rouzeau relève pour les sciences humaines.

Depuis la fin de la guerre froide, les conflits internationaux n'ont pas disparu, loin s'en faut. Il persiste des contentieux internationaux majeurs, hérités de la période précédente, et qui se trouvent réalimentés par la montée des nationalismes et d'autres motifs de tensions régionales. Certains sont bien connus – Israël/Palestine, Cachemire, les deux Corées, l'Inde et le Pakistan –, d'autres le sont moins mais ne s'éteignent pas comme entre la Russie et le Japon, le Japon et la Chine. En Afrique, les conflits sont longs, nombreux et extrêmement violents, et sévissent dans des États ne parvenant pas à contrôler leur territoire.

Mais la guerre, depuis les années 1950, est aussi le fait de conflits internes aux États. Des insurrections armées anciennes, nourries par des enjeux liés à des ressources, ne s'éteignent pas en Colombie, au Sri Lanka et aux Philippines.

Tous ces conflits, s'ils se soldent par un nombre décroissant de militaires morts au combat, sont devenus proportionnellement bien plus meurtriers pour les civils.

Morts, traumatismes, contamination de l'environnement

On estime à 190 millions le nombre de personnes mortes directement ou indirectement lors d'un conflit au cours du XX^e siècle¹⁹. La moitié d'entre elles étaient des civils. Dans les années 90, les guerres ont tué 90% de non-combattants. La majeure partie d'entre elles étaient des guerres civiles non conventionnelles.

Dans les années 90, les guerres ont tué 90% de non-combattants. La majeure partie d'entre elles étaient des guerres civiles.

Les conséquences physiques et mentales de la violence peuvent persister bien après que les événements se soient terminés. Parmi les survivants, beaucoup portent les cicatrices physiques pour leur vie entière, et peuvent en contracter d'autres après le conflit. Ce fut le cas au Cambodge ou encore en Éthiopie, où un nombre considérable de personnes a dû être amputé à cause des mines.

À ceci il faut ajouter les traumatismes psychologiques des violences psychologiques ou sexuelles, l'enrôlement forcé dans les troupes armées, le fait d'avoir été témoin de l'exécution d'un membre de sa propre famille et de l'éradication de son ethnie, de son groupe ou de son propre pays. Beaucoup de soldats souffrent de stress post-traumatique, et presque systématiquement lorsque leur présence au combat a duré plus que quelques mois.

Il ne faut pas omettre de signaler les effets profonds que peuvent avoir les guerres sur les conditions environnementales. Lors de la guerre du Vietnam, l'épandage des défoliants dont l'*agent orange*²⁰ entre 1961 et 1971, eut sur le moment et à distance des effets traumatiques sur les populations locales. Mais le nombre de personnes mortes du paludisme fut bien plus considérable, la surveillance ne pouvant plus avoir lieu tandis que les anophèles (moustiques) ne cessaient de proliférer, trouvant dans les cratères laissés par les bombardements en nappe des conditions écologiques formidables pour leur développement.

Les enfants sont l'une des populations parmi les plus vulnérables pendant, mais aussi après les conflits. Beaucoup d'entre eux meurent des conséquences de la malnutrition, des maladies ou d'attaques armées. Ceci se note très clairement dans l'accroissement de la mortalité infantile d'après conflit et dans l'effondrement des taux de couverture vaccinale. L'un des aspects les plus sous-estimés par le traitement médiatique et journalistique de ces guerres est la destruction des infrastructures concourant au bien-être social et des infrastructures de santé²¹. Les civils n'ont plus, dans les conflits, accès à la nourriture, à l'eau potable, ne bénéficient plus des mesures de prévention et n'ont plus accès aux services de santé. C'est souvent l'effondrement de l'encadrement social et sanitaire. Durant la guerre du Golfe en 1991 et dans les 12 mois d'embargo économique qui ont suivi, entre 350 000 et 500 000 enfants sont morts de malnutrition, des effets de l'insalubrité

13 · Les nouveaux projectiles et la nouvelle intensité du feu ont provoqué des dégâts physiologiques inconnus jusqu'alors. Ainsi le taux de survie d'une blessure au combat était, lors de ce conflit, plus faible qu'un siècle plus tôt, lors des guerres napoléoniennes.

14 · La moitié des combattants survivants a souffert de troubles psychiques plus ou moins graves.

15 · C'est en 1915 que Sigmund Freud écrit *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*.

16 · Chapuis E, Pétard J-P, Plas R, dir. *Les psychologues et les guerres*. Paris : L'Harmattan, 2010 ; 231 p.

17 · Rhodes R. *Man-made death: a neglected mortality*. JAMA 1988; 260(5): 686-7.

18 · Les suites de la guerre du Vietnam n'ont pas induit ces effets sans doute parce que la distance entre cette guerre et l'opinion publique n'appelaient pas ce besoin de compréhension d'un conflit et de ses conséquences.

19 · Ceci signifie qu'à l'échelle de la planète, l'état de santé moyen eût été tout autre. L'espérance de vie mondiale qui, dans les années 1980, avait été estimée à 65 ans, aurait été bien plus élevée sans ces guerres.

20 · Cécité, diabète, cancers de la prostate et du poumon, malformations congénitales.

21 · Mercy JA. *Assaultive violence and war*. In Levy BS, Side VW, ed. *Social injustice and public health*. New-York: Oxford University Press, 2005: 294-318.

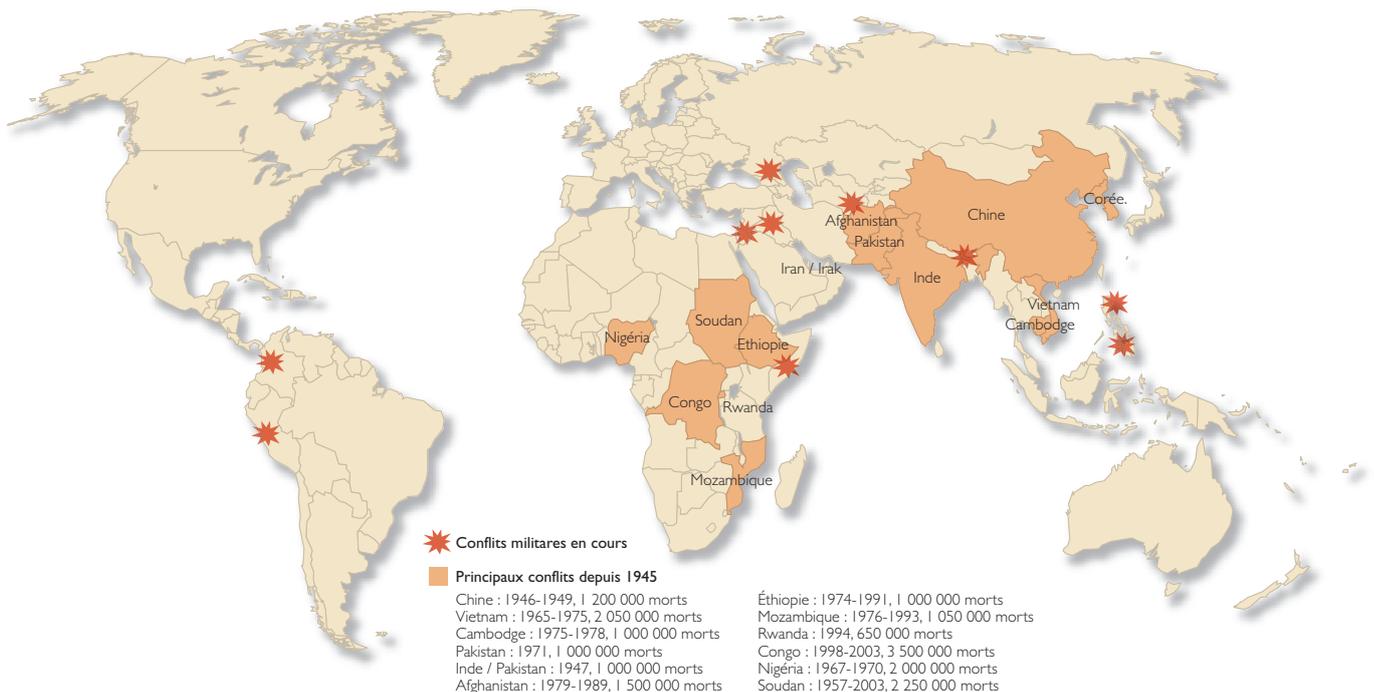
de l'eau, du manque ou de l'absence de soins – inopérants à cause de leur destruction et de leur désorganisation. Ceci démontre quel est leur rôle en période calme de paix et dans les sociétés qui ne sont pas exposées à des conflits. C'est l'un des enseignements qu'il faut retenir: L'organisation et l'intégration des services de santé sont parmi les plus essentielles mesures de prévention et d'efficacité d'un système de santé, si ce n'est les plus importantes.

L'organisation et l'intégration des services de santé sont parmi les plus essentielles mesures de prévention et d'efficacité d'un système de santé, si ce n'est les plus importantes.

Une nouvelle santé publique autour de la violence

Pour s'adapter aux nouvelles armes²², aux nouvelles formes de combats et aux nouveaux enjeux géopolitiques, savoir y réagir et savoir du mieux possible comment les prévenir²³, une autre santé publique et une autre épidémiologie sont en train de voir le jour. Cette nouvelle santé publique²⁴, essentiellement anglo-saxonne, analyse et propose des modes d'intervention très opérationnels : elle retrouve les fondements de la santé des services des armées de ses origines, et en France ou au Royaume-Uni, de la médecine d'Outre-mer qui fut, elle aussi, très souvent militaire. Plus que de grandes considérations, il faut, pour être efficace, davantage s'adapter et donc exploiter les possibilités de la géographie locale, tant dans ses aspects physiques (reliefs, climat, hydrologie) qu'humains, c'est-à-dire sociaux, culturels et ethnographiques. C'est ce constat qu'a fait le général MacChrystal, commandant américain de la force internationale d'assistance et de sécurité en Afghanistan. C'est aussi l'une des conclusions tirées de leurs analyses par Levy et Side²⁵ de la *Tufts University* de Boston et de la *Cornell University* de New-York.

Principaux conflits parmi les plus meurtriers depuis 1945



Car, même sans pour autant surestimer la capacité prédictive des sciences sociales et la juste compréhension de ce que peut être une action de santé publique, quelque inconscience a eu cours. Le refus de porter le regard sur les violences extrêmes ne peut que faciliter les processus de réitération.

Le refus de porter le regard sur les violences extrêmes ne peut que faciliter les processus de réitération.

22 · Coupland R. The effect of weapons on health. *Lancet*. 1996; 347: 450-1.

23 · Il n'est sans doute pas anodin de relever que les deux derniers ministres des Affaires étrangères français, Philippe Douste-Blazy et Bernard Kouchner, sont des médecins, très proches dans leurs pratiques professionnelles passées de la santé publique.

24 · Levy BS, Side WW. War and Public Health. New-York: Oxford University Press, 1997. Levy BS, Side WW, ed. Social injustice and public health. New-York: Oxford University Press, 2005.

Stover E, Keller AS, Cobey J. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *JAMA* 1994; 272: 331-6. Kloos H. Health impact of war in Ethiopia. *Disasters* 1992; 16: 347-54.

25 · Op. cit.

Penser la santé et la violence

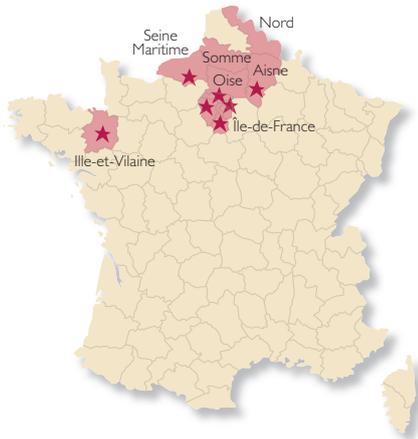
Faire entrer la violence dans le conscient des sociétés reste l'un des véritables enjeux de multiples disciplines. Cette question est maintenant vue comme l'une des plus essentielles et des plus étudiées de la santé publique internationale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait de la violence l'une des pierres angulaires de sa politique depuis 1996. Il est à la fois étonnant qu'elle ne l'ait pas fait plus tôt, et significatif que cette reconnaissance soit venue à cette période.

L'implication des professionnels de santé publique dans la prévention de la violence s'est considérablement développée. Cet investissement résulte de plusieurs tendances contemporaines provenant de l'évolution même de la sensibilité sociale à la question et de considérations plus épistémologiques ayant marqué diverses disciplines : l'histoire, le droit ou la sociologie²⁶. Le sentiment d'insécurité s'accroît en certains quartiers. Les émeutes urbaines de novembre 2005 n'ont rien fait pour apaiser cette impression dans certaines banlieues de France, sans que pour autant acteurs du monde social (dont la santé publique)²⁷ et agents de la sécurité publique ne rapprochent leurs analyses

L'implication des professionnels de santé publique dans la prévention de la violence s'est considérablement développée.

ni évoquent le besoin d'un dialogue des pratiques. Par exemple, la lutte contre l'économie souterraine générée par le trafic de stupéfiants reste sans contact avec les analyses que la santé publique produit à propos de la toxicomanie. La politique de la ville née dans les années 1970 est malade de sa schizophrénie.²⁸

Les émeutes en France en 2005



De plus, dans la quantification ultime de l'état de santé exposé par la mortalité prématurée, la violence est l'un des plus grands pourvoyeurs de décès, mais aussi de pathologies et d'incapacités. Aussi les professionnels de santé publique se sont-ils impliqués dans des stratégies de prévention, et en premier lieu dans des approches de prévention primaire. Certaines formes de violence en ont été considérablement réduites depuis que ce champ est pris en charge. La violence chez les jeunes aux États-Unis en est une illustration. En effet, les problèmes liés à la violence s'étaient considérablement développés à la fin des années 1970. Aux États-Unis, un rapport du *Surgeon General* de 1979 faisait état de l'explosion de violence américaine – qui n'avait pas cessé de s'accroître depuis le siècle précédent – et identifiait 15 zones où il était nécessaire de déployer des mesures adaptées qui restaient à concevoir. En 1983, le *Center for Diseases Control*, le célèbre CDC d'Atlanta, créait un département d'épidémiologie de la violence.

Violence et santé : un rapprochement récent

En France, la reconnaissance des liens entre violence et santé date du début des années 2000. En cela, l'apport – si ce n'est l'influence – de l'OMS sur les esprits et la circulation des travaux anglo-saxons traitant de la question, a été déterminant et est à l'origine de cette contagion. En 2004, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) exposait très clairement que « la violence,

Le traitement des phénomènes de violence doit comporter un important volet de santé publique.

considérée comme inhérente à la condition humaine, relevait jusqu'à présent du seul système pénal, le secteur sanitaire se limitant à soigner les victimes ». Il poursuivait par « une approche de santé publique remet en cause ces présupposés, par ses interventions efficaces de prévention dans de nombreux problèmes liés à l'environnement et au comportement. Le traitement des phénomènes de violence doit comporter un important volet de santé publique ».²⁹

Pour le HCSP toujours, l'analyse que la santé publique est susceptible de conduire à propos de la violence se heurte, en France, à la complexité. « Les interrelations menant à la violence [...] compliquent l'analyse des déterminants, particulièrement lorsqu'il faut définir une intervention particulière. Elles conduisent à s'interroger sur les limites de cette intervention, sur son champ de compétence et sur la répartition de la prise en charge entre l'ensemble des domaines sollicités. Concrètement, l'intervention de la santé publique se situe dans un cadre limité de repérage des violences subies et de prise en compte des déterminants immédiats (alcoolisme, conduites addictives, situation familiale, stress de la vie courante, stress au travail...). Elle s'exprime en aval de déterminants plus fondamentaux relevant de l'organisation sociale (organisation sociale du travail, aménagement urbain, organisation scolaire, gestion sociale de la vie...) ».

L'analyse que la santé publique est susceptible de conduire à propos de la violence se heurte, en France, à la complexité.

26 - Mauger G. La sociologie de la délinquance juvénile. Paris : La découverte, 2009 ; 110 p.

27 - Bauer A, Souliez C. Violences et insécurité urbaines. Paris : PUF, 2007 ; 124 p.

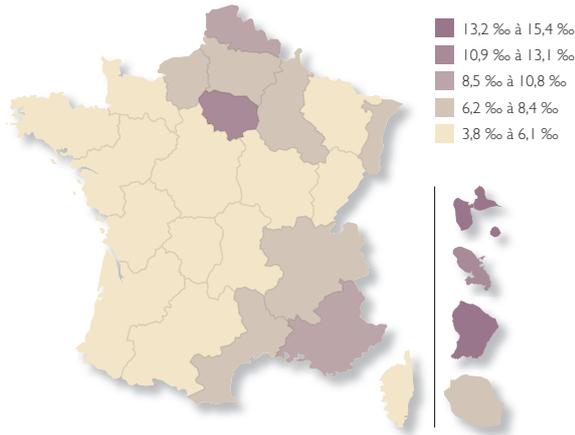
28 - Mucchielli L. Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français. Paris : La Découverte, 2002 ; 159 p.

Bachmann C, Le Guennec N. Violences urbaines. Paris : Hachette, 2002 ; 548 p.

Beaud S, Pialoux M. Violences urbaines, violence sociale. Genèse des nouvelles classes dangereuses. Paris : Fayard, 2003 ; 413 p.

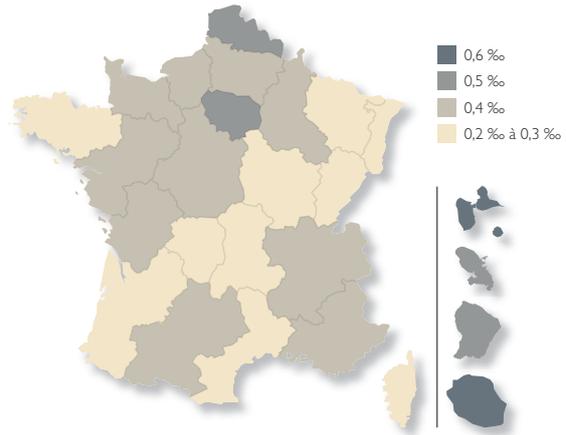
29 - HCSP. Violence et santé. Paris : HCSP, 2004 ; 190 p.

Atteintes volontaires à l'intégrité physique. Faits constatés en 2009.



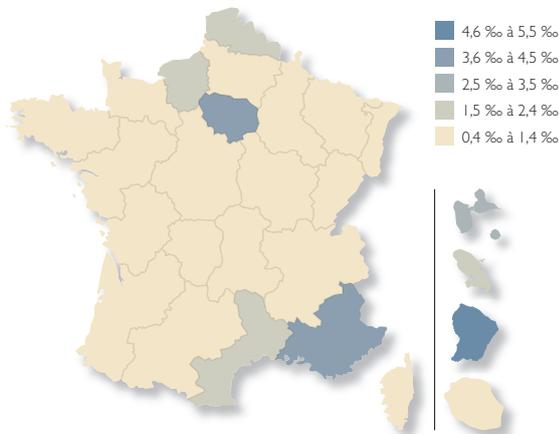
Source : État 4001 annuel, DCPJ. Source SIG, OND, CartoCrime.Net. Créé le 02/04/2010.

Violences sexuelles. Faits constatés en 2009.



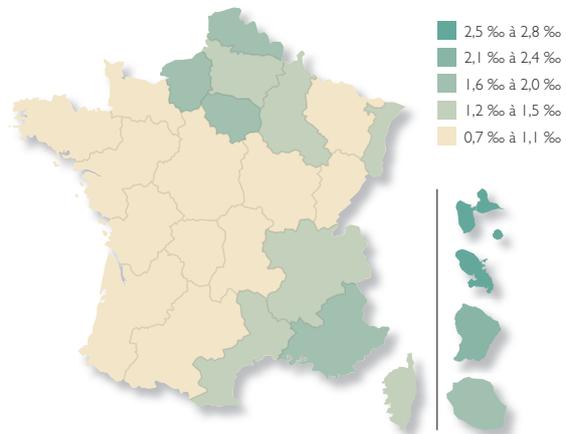
Source : État 4001 annuel, DCPJ. Source SIG, OND, CartoCrime.Net. Créé le 02/04/2010.

Violences physiques crapuleuses. Faits constatés en 2009.



Source : État 4001 annuel, DCPJ. Source SIG, OND, CartoCrime.Net. Créé le 02/04/2010.

Menaces de violence. Faits constatés en 2009.



Source : État 4001 annuel, DCPJ. Source SIG, OND, CartoCrime.Net. Créé le 02/04/2010.

En cela, l'approche de la violence et de ses manifestations par la santé publique française contemporaine est sans doute révélatrice. Faute de pouvoir *importer de l'action publique* des techniques, des modes de faire et de pensée éprouvés mais adaptés à des contextes culturels et politiques spécifiques, la santé publique française se heurte à une complexité des faits qu'elle ne conçoit pas de combattre seule, faute « d'un bouleversement important de l'organisation sociale », pour reprendre encore les termes du HCSP : « Chacun de ces problèmes relève de déterminants sociaux ou économiques qui dépassent le champ de compétence de la santé (organisation socioéconomique, rationalisation de la politique industrielle ou d'une politique d'aménagement urbain). Ces déterminants peuvent être évoqués mais, par nature, ils se situent hors de portée de l'intervention sanitaire ». Au travers de la violence, comme au travers de la prise en compte des aspects liés à l'environnement, le discours de santé publique sort de son adolescence, devient adulte ; il prend conscience qu'il lui faut trouver une *identité qui puisse légitimer la revendication de recours à des approches multiples*, qui forment l'essentiel de sa spécificité intrinsèque.

Des signes précurseurs d'une sortie de l'adolescence

En France, la prise en compte et la mise en place de la description des phénomènes de violence dans la santé ont fait récemment l'objet de deux publications importantes, signes d'une nouvelle appréhension et appréciation de la question.

Tout d'abord, un ouvrage sur les violences et santé en France « État des lieux »³⁰ présente les résultats d'une étude inédite. Pour la première fois, l'ensemble des formes de violence en France sont étudiées sous l'angle de leur incidence sur la santé. Rares sont les enquêtes statistiques qui

30 - Beck F, Cavalin C, Maillochon F, dir. *Violences et santé en France - état des lieux*. Paris : La Documentation Française, 2010.

ont exploré la question sensible des violences sous cet angle. L'une des dernières «grandes» enquêtes abordant ce sujet, l'«Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France» (ENVEFF), se concentrait essentiellement sur les violences subies par les femmes.

Pourtant, les violences commises à l'encontre des hommes et des femmes peuvent avoir des effets importants à court ou à long terme. C'est l'intérêt principal de cet ouvrage, qui présente des résultats inédits de l'enquête Événements de Vie et Santé (EVS), réalisée par la DREES auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans. Les auteurs, statisticiens et chercheurs en sciences humaines et sociales ou en santé publique, ont exploité diverses facettes de l'enquête pour tenter de mieux cerner les profils et comportements des personnes qui ont subi des violences ou des événements de vie difficiles, et estimer les relations entre ces événements et la sexualité, les troubles du sommeil et la consommation de substances psycho-actives, notamment. Cet état des lieux interroge à la fois les hommes et les femmes, sur tous les types de violence qu'ils ont pu subir (physiques, sexuelles, psychologiques, atteintes aux biens, etc.) et en observe le contexte et les conséquences sanitaires et sociales.

L'ouvrage met notamment en évidence les liens directs entre le fait d'être victime d'actes violents, de présenter un état de santé dégradé et d'avoir traversé des événements de vie difficiles. Même si la parole des victimes de violences semble se libérer, l'enquête montre que certaines violences, notamment sexuelles, restent une question taboue. Deux des articles présentent des résultats nouveaux : l'un sur les violences survenues durant l'enfance, l'autre sur le coût économique des violences conjugales.

La seconde étude, «Violence et santé, autopsie d'un plan de santé publique»³¹, souligne que la loi prévoit une évaluation et une révision quinquennale de la loi de santé publique. La loi du 9 août 2004 prévoyait un «plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives». Sous l'impulsion du rapport mondial sur la violence et la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2000, une réflexion riche a été menée en France sur cette thématique fixant les grands axes à mettre en œuvre.

Si depuis 2004, on peut relier à ce champ plusieurs actions menées dans le cadre de politiques spécifiques (violences routières, addictions, violences faites aux femmes, etc.), on ne peut que constater que ce plan «violence et santé» n'a jamais vu le jour. Ceci soulève des questions quant à la qualité de la loi et à la place de la thématique «violence et santé» dans un prochain texte.

Très récemment, courant avril 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé Xavier Bertrand, a fait adopter, pour la sécurisation des professionnels de santé, un plan d'action qui vise 3 objectifs :

1. La finalisation du protocole national santé-intérieur-justice, qui veut permettre :
 - la clarification auprès des représentants professionnels des interlocuteurs de la police et de la gendarmerie dédiés aux questions de sécurité et d'aide aux victimes ;
 - l'assistance à la prévention technique de la malveillance ;
 - la mise en place de procédures d'alerte définies ;
 - la facilitation du dépôt de plainte ;
 - l'information, par le procureur de la république, des suites données aux plaintes.
2. La déclinaison territoriale de ce protocole. Il sera demandé au préfet de chaque département, en lien avec les délégations territoriales des ARS, de réunir les représentants professionnels (Conseils régionaux ou départementaux des ordres professionnels, représentants régionaux ou départementaux des URPS) pour décliner localement le protocole national, à travers une série de mesures concrètes et adaptées à chaque territoire et à chaque profession.
3. La mise en œuvre d'outils de formation de guides de sécurité adaptés à chaque profession :
 - les conduites à tenir pour limiter le risque d'agression, au cabinet du médecin, sur la voie publique, et au domicile d'un patient ;
 - les réactions adaptées ;
 - les équipements de sécurité et d'alerte.

De son côté, le ministre des solidarités et de la cohésion sociale a présenté le 13 avril le plan interministériel 2011-2013, visant à maintenir une vigilance collective soutenue et, à aborder des questions nouvelles. Les violences intrafamiliales, les mariages forcés, la polygamie et les mutilations sexuelles restent donc des priorités. À leur égard, ce troisième plan apporte surtout des mesures visant à renforcer ou étendre les dispositifs existants. Ainsi, par exemple : le bracelet électronique, déjà prévu dans la loi de juillet 2010, devrait enfin voir le jour, puisqu'il sera expérimenté à partir de janvier 2012 sur une trentaine d'auteurs de «violences graves et tentatives de meurtres sur leur conjointe».

31 - Gignon M, Jardé O, Manaouil C. Violence et santé : autopsie d'un plan de santé publique. Santé Publique 2010 ; 22-6 : 685-91.

Perceptions et représentations de la violence

Sur le plan mondial, les perceptions qui circulent et les représentations qui décrivent la violence changent, car on considère moins le phénomène dans ce qu'il présente de plus concret, de plus objectif.

Au sein des pays occidentaux, à commencer par la France, la violence subjective, telle qu'elle est ressentie, présente pour première caractéristique fondamentale de sembler aujourd'hui avoir perdu toute légitimité dans l'espace politique, ou presque, au point de signifier le mal absolu ; elle est ce que la société, unanime, doit absolument proscrire et combattre, en son sein comme en dehors.

Dans les années 1960-70, la violence pouvait encore être justifiée ou comprise par des intellectuels, eux-mêmes éventuellement inscrits dans une lignée révolutionnaire, anarchiste ou encore marxiste-léniniste : elle pouvait être théorisée ou soutenue avec une certaine adhésion et être tolérée dans la sphère politique. Les uns admiraient les guérillas, et faisaient d'Ernesto Che Guevara leur héros, d'autres exaltaient plutôt la violence sociale, ou s'efforçaient de la susciter et de l'animer. Quelques-unes des réactions au moment de la révolution iranienne, saluée notamment en France par Michel Foucault, constituent peut-être une ultime expression de ces courants d'opinion et de ces sympathies politiques et intellectuelles à l'égard de processus et d'acteurs ayant recours à la violence et bénéficiant d'une légitimité d'autant plus grande qu'il s'agissait d'apporter une réponse, au demeurant le plus souvent limitée, aux atrocités et aux abus commis par un pouvoir dictatorial ou autoritaire, du type, par exemple, de ceux qui caractérisèrent l'Amérique latine jusque dans les années 1980. Ce phénomène vaut peut-être moins pour les significations infra-politiques de la violence, lorsqu'elle est portée par exemple par des jeunes en colère – tel le cas en France des banlieues – que pour ses dimensions proprement politiques. Il est peut-être moins tranché lorsque la violence peut être associée aux carences ou à la crise du système, et plus net en ce qui concerne la violence visant l'État et le pouvoir en tant que tels³².

Pour qu'il y ait conflit, il faut que les acteurs concernés reconnaissent comme communs des enjeux dont il est question et des possibilités pour eux de s'opposer sans se détruire. Le préalable repose donc sur des mécanismes politiques ou institutionnels.

Ainsi, la violence contemporaine semble bien modeler un nouveau paradigme, comme réalité historique, comme représentation collective et comme objet d'analyses et de réflexion. Du point de vue théorique, ce paradigme appelle que la violence soit analysée dans un espace théorique complexe, qui intègre et déborde aussi bien le champ du conflit que celui de la crise, pour s'élargir, d'un côté vers la prise en compte du sujet, impossible, frustré ou fonctionnant hors système et hors normes, et d'un autre côté vers celle de conduites qui, au-delà de la crise, témoignent d'une véritable déstructuration ou de dérives menant au chaos et à la barbarie.

La définition de l'OMS de la violence, (*menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations*), montre à quel point le thème est large et ses conséquences diverses.

En effet, la violence a des effets négatifs sur les individus et sur leur santé psychologique et physique. C'est pourquoi elle constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde (voir encadré page suivante).

Au sein des pays occidentaux, la violence subjective semble aujourd'hui avoir perdu toute légitimité dans l'espace politique, ou presque, au point de signifier le mal absolu.

Des formes multiples de violences

Dans notre société, les violences faites aux personnes sont nombreuses et ont donc des formes variées : le harcèlement moral (ou tourmenter moralement c'est-à-dire soumettre sans répit à de petites attaques réitérées, à de rapides assauts incessants confinant au dénigrement systématique), la violence verbale par les injures, la discrimination (le racisme, le sexisme et l'homophobie), la violence physique à travers les coups et blessures, les violences sexuelles, les violences contre soi-même (troubles alimentaires, toxicomanie, suicide).

Les images de violence, la plupart du temps, sont banalisées. Certaines violences sont plus difficiles à déceler que d'autres. Mais elles peuvent être tout aussi traumatisantes, surtout si elles deviennent habituelles.

- **La violence verbale** consiste à humilier l'autre par des messages de mépris, d'intimidation ou des menaces d'agression physique. Elle peut se traduire par des interdictions, du chantage, des ordres... Elle vise à créer un état de tension chez la victime et à la maintenir dans un état de peur et d'insécurité. Elle blesse moralement la personne, plus ou moins profondément.

32 - Gavi P. Sartre JP/Victor P. On a raison de se révolter. Paris : Gallimard, 1974.

La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique

En 1996, la 49^e Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA49.25, où elle déclare que la violence est un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier. Dans cette résolution, l'Assemblée attirait l'attention sur les conséquences sérieuses de la violence, tant à court qu'à long terme, pour les personnes, les familles, les communautés et les pays, et elle insistait sur ses effets nuisibles sur les services de santé.

Résolution WHA49.25 :

La quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec beaucoup d'inquiétude l'augmentation spectaculaire de l'incidence des blessures infligées intentionnellement, partout dans le monde, à des êtres de tous âges et des deux sexes, mais spécialement aux femmes et aux enfants ;

Approuvant l'appel lancé, dans la Déclaration du Sommet mondial pour le développement social, en vue de l'adoption et de l'application de politiques et de programmes bien déterminés de santé publique et de services sociaux pour prévenir la violence dans la société et en atténuer les effets ;

Approuvant les recommandations formulées à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) pour que l'on s'attaque de toute urgence au problème de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles et que l'on en apprécie les conséquences pour la santé ;

Rappelant la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ;

Notant l'appel lancé par la communauté scientifique, dans la Déclaration de Melbourne adoptée à l'occasion de la Troisième Conférence internationale sur la prévention des traumatismes (1996), en vue d'un renforcement de la coopération internationale pour assurer la sécurité des citoyens du monde entier ;

Reconnaissant les graves répercussions, immédiates et à plus long terme, de la violence sur la santé et sur le développement psychologique et social, dans un contexte individuel, familial, communautaire et national ;

Reconnaissant les conséquences de plus en plus importantes de la violence sur les services de santé partout dans le monde et son effet préjudiciable sur des ressources sanitaires déjà limitées dans les pays et les communautés ;

Reconnaissant que les agents de santé sont souvent parmi les premiers à intervenir auprès des victimes de violences, étant donné qu'ils disposent de moyens techniques sans égal et qu'ils bénéficient d'une position particulière au sein de la communauté pour aider les personnes exposées ;

Reconnaissant que l'OMS, qui est la principale institution pour la coordination de l'action internationale de santé publique, se doit de donner l'impulsion nécessaire et de guider les États Membres qui s'efforcent d'élaborer des programmes de santé publique visant à prévenir la violence à l'encontre de soi-même et des autres ;

- 1 · DÉCLARE que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde ;**
- 2 · INVITE INSTAMMENT** les États Membres à évaluer le problème de la violence sur leur territoire et à communiquer à l'OMS les informations recueillies sur ce problème et les méthodes adoptées pour le résoudre ;
- 3 · PRIE** le Directeur général d'entreprendre, dans les limites des ressources disponibles, des activités de santé publique destinées à apporter des solutions au problème de la violence et qui auront pour buts :
 - (1) de caractériser les différents types de violence, d'en définir l'ampleur et d'évaluer les causes de la violence et ses conséquences en santé publique, en se plaçant aussi pour l'analyse dans une perspective sexospécifique ;
 - (2) d'évaluer les types et l'efficacité des mesures et des programmes destinés à prévenir la violence et à en atténuer les effets, en portant une attention particulière aux initiatives prises au sein de la communauté ;
 - (3) de favoriser les activités visant à résoudre ce problème au niveau international et à celui des pays, y compris des mesures en vue :
 - (a) d'améliorer la prise de conscience, la notification et la gestion des conséquences de la violence ;
 - (b) de favoriser une plus grande participation intersectorielle à la prévention et à la prise en charge de la violence ;
 - (c) de faire de la violence une priorité de la recherche en santé publique ;
 - (d) de préparer et diffuser des recommandations pour l'élaboration de programmes de prévention de la violence aux niveaux des nations, des états et des communautés partout dans le monde ;
 - (4) d'assurer la participation active et coordonner des programmes techniques compétents de l'OMS ;
 - (5) de renforcer la collaboration entre l'Organisation et les gouvernements, les autorités locales et les autres organismes du système des Nations Unies dans la planification, la mise en œuvre et la surveillance continue des programmes de prévention de la violence et d'atténuation de ses effets.

- **La violence psychologique** regroupe tout ce qui concerne l'humiliation. Plus diffuse que la violence verbale, elle passe davantage par des attitudes. Elle a pour effet de dénigrer, de dévaloriser et d'humilier une personne. Elle s'exprime parfois par une relation punitive qui consiste à ignorer la présence de l'autre ou à refuser de communiquer. Cette forme de violence est destructrice et ne se traduit pas toujours de manière verbale.
- **La violence physique** atteint l'autre dans son intégrité corporelle. Elle peut prendre la forme de violences légères (une bousculade...) ou de violences beaucoup plus graves, quand elle cause des blessures physiques ou quand il s'agit d'atteintes sexuelles. Les atteintes sexuelles ont toujours un retentissement psychique.

Loi et violence

En tant que citoyens, individuellement et collectivement, nous avons tous des droits. Ainsi, quand on commet des actes de violence envers d'autres membres de la communauté, on s'expose à des punitions ou à des sanctions disciplinaires.

Au sens le plus immédiat, la violence renvoie à des comportements et à des actions physiques : elle consiste dans l'emploi de la force contre quelqu'un, avec les dommages que cela entraîne ou peut entraîner. Cette force prend sa qualification de violence en fonction de normes qui varient historiquement et culturellement. S'il y a des faits que nous nous accordons tous à considérer comme violents (la torture, l'exécution, les coups), d'autres dépendent, pour leur appréhension, des normes en vigueur.

La force est une puissance physique et non une autorité morale. La volonté générale s'est exprimée sous la forme des lois qui ne sont pas pour les citoyens des contraintes, mais la limite d'obligations qui sont réciproques. La violence, elle, renverse l'état de droit et établit une relation de force physique. Si la force doit être soumise au droit, c'est que le droit ne tire pas son origine des rapports de force. Certes, la constitution des rapports humains s'est faite historiquement à travers des conflits, mais le droit ne vise pas à apporter sa bénédiction à des rapports de fait. Il ne faut pas confondre droit naturel et droit positif. Nous sommes portés à réclamer au nom du droit beaucoup plus que des droits naturels, au sens d'immanents à la nature morale de l'homme. « Avant qu'il y eût des lois faites, dit Montesquieu, il y avait des rapports de justice ». Les besoins sont relatifs et souvent contradictoires. Ils ne caractérisent que des rapports de force. « Les hommes naissent libres et égaux en droits ». Ce sont des idéaux élevés qui doivent conduire l'élaboration de la justice et non des partis pris d'intérêts particuliers.

La faiblesse des données

Les données enregistrées sur les crimes et la sécurité proviennent essentiellement de l'enregistrement des procès-verbaux dressés par la police ou la gendarmerie. Elles rapportent donc ce qui a été constaté ou déclaré. Or bien des manifestations violentes ne le sont pas. Pour nombre d'auteurs et d'acteurs de sécurité, les statistiques de la délinquance et de la criminalité sont des avant-goûts révélateurs de l'activité des services de sécurité. Ce débat est ancien. Il remonte aux années 1930 aux États-Unis et a été ouvert par l'École de Chicago³³. Depuis cette remise en cause de la statistique administrative, des enquêtes en population générale se sont instituées, les premières cherchant à recueillir sous forme auto-déclarée les délits et actes de violence commis par les personnes – la *délinquance auto-révélee* – puis d'autres, plus tardivement, visant à inventorier les victimes. Ce sont les enquêtes de *victimisation* apparues dans les années 1980 en France. Aujourd'hui, la seule série chronologique cohérente va de 1996 à 2006, mais ne permet pas en elle-même de cerner les phénomènes aux échelles régionale ou locale.

Violences et état de santé

La violence, vue sous l'angle de la délinquance, doit être considérée comme une cause importante de mortalité prématurée, facteur de risque des maladies mentales les plus fréquentes et danger pour la cohésion sociale. Il suffit pour s'en convaincre de considérer l'ensemble des violences qui, au sein de notre société, affectent le milieu de vie (ville, quartier, maison, écoles, routes, etc.). Au regard de ces nuisances, on comprend que la lutte contre la violence soit reconnue priorité de santé publique.

La violence, vue sous l'angle de la délinquance, doit être considérée comme une cause importante de mortalité prématurée, facteur de risque des maladies mentales les plus fréquentes et danger pour la cohésion sociale.

33 · L'École de Chicago est un courant de pensée sociologique américain apparu au début du XX^e siècle dans le département de sociologie de l'Université de Chicago.

Les effets de la violence sur la santé des personnes

Les effets de la violence sont profonds. Ils peuvent perdurer longtemps après que la violence a cessé et, dans certains cas, empiéter toute une vie. Parmi ceux-ci – coûteux, tant en termes humains qu'en termes économiques – on répertorie :

Les effets sur la santé physique

- Os brisés, entorses, ecchymoses, brûlures, coupures, blessures de couteaux et d'armes à feu.
- Cicatrices, marques de morsure, d'étranglement ou de suffocation.
- Blessures aux yeux et aux oreilles, dents brisées ou ébréchées, perte de cheveux, blessures au larynx.
- Blessures internes (à l'abdomen ou à la poitrine, par exemple).
- Douleurs chroniques et inconfort (à l'estomac, à la tête, au dos ou aux articulations).
- Hypertension et problèmes cardiaques.

Les effets sur la santé sexuelle

- Maladies transmises sexuellement (MTS).
- Grossesses non désirées.
- Fausses couches.
- Infertilité.
- Infections et douleurs chroniques (vaginales, pelviennes, urinaires).
- Dépendance sexuelle et comportements imprudents.
- Dysfonction sexuelle.
- Peur de l'intimité sexuelle.

Les effets sur la santé mentale

- Faible estime de soi, honte, culpabilité.
- Flashbacks, cauchemars, pertes de mémoire.
- Stress chronique, dépression, angoisse, isolement.
- Trouble de panique, phobies, trouble obsessionnel-compulsif.
- Troubles de l'alimentation et du sommeil, usage de stupéfiants, dépendances.
- Pensées suicidaires, tentatives de suicide, sévices auto-infligés.

Les effets sur la santé psychologique

- Difficultés dans les relations et les activités sociales (par exemple, manque de confiance, d'intimité et d'intérêt).
- Changements dans l'apparence et la routine quotidienne : trop de préoccupations ou pas assez, échec ou décrochage scolaire.
- Changements dans le rendement au travail, absentéisme ou incapacité à travailler.
- Difficultés avec le rôle de parent et les responsabilités qui y sont liées.
- Difficultés à reprendre le contrôle (besoin de sécurité, problèmes liés au changement, hypervigilance).

Les effets mortels

- Mort due au Sida.
- Mortalité maternelle.
- Homicide et suicide.

Les conséquences de la violence

La violence ne touche pas seulement les victimes directes, mais aussi d'autres personnes qui partagent le même environnement, qu'il s'agisse de femmes, d'hommes, d'enfants, de personnels de structures, sans tenir compte de leur âge ou de leur fonction. La réaction des gens – qu'ils soient victimes ou observateurs – à des actes de violence n'est pas liée à leur personnalité, mais relève de mécanismes de défense, d'apprentissages, de stratégies, d'environnement physique, et des normes et règles organisationnelles. La réaction immédiate peut être passive (accepter ou éviter) ou active (négocier, se défendre soi-même physiquement).

En général, les conséquences d'actes de violence, pour la personne qui en est victime, comprennent des dommages physiques, le stress, le traumatisme émotionnel, le sentiment d'impuissance, la démotivation, etc.

Lorsqu'une structure ou une organisation subit une violence, les conséquences pour l'employeur – ou l'organisme – se traduisent par une diminution de son activité, et donc une augmentation des dépenses, une montée de l'absentéisme et des congés de maladie, une hausse des coûts d'assurances, etc.

On comprend alors que l'amélioration des connaissances et la prévention des phénomènes liés à la violence, en passant par le renforcement de l'efficacité des politiques de santé publique dans ce domaine, soient une nécessité.

Violence et Santé dans le monde

En 2002, les auteurs du rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS³⁴ estimaient que la violence, qualifiée de « défi planétaire », avait un coût considérable en termes de répercussion sur la santé des victimes et de fardeau pour les établissements de santé.

Le récent lancement du rapport mondial sur la prévention de la violence par l'OMS et la première Politique Nationale de Réduction des Accidents et de la Violence, initiée par le Ministère de la Santé au début des années 2000, signent une volonté d'agir en amont.

La prévention se base sur le fait que personne ne naît violent et que la violence s'apprend. Le professionnel de la santé est un inducteur d'attitudes et de comportements sains, et sa capacité de former l'opinion le place en évidence, lui permettant de renforcer les personnes au sein de la population pour la rendre plus sûre et harmonieuse. Le tabagisme et l'alcool au volant illustrent bien cette constatation. Qui aurait imaginé, il y a dix ans, qu'on ne fumerait plus dans les bureaux de New-York ? Par analogie, qui imagine aujourd'hui que la mortalité urbaine par violence va diminuer dans dix ans aux États-Unis, à la suite des actions en justice intentées à Chicago et à La Nouvelle-Orléans ?

Violence et Santé en France

Toujours dans ce même rapport de 2002 de l'OMS, la violence est bien reconnue comme un problème de santé publique, compte tenu de l'atteinte portée à la qualité de vie de la population : première responsable des décès de jeunes, elle est la deuxième cause de mortalité au regard de l'ensemble de la population.

34 · Bien que ne prenant en compte, dans six chapitres, que les jeunes et la violence, la maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs, la violence exercée par des partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées, la violence sexuelle, la violence dirigée contre soi-même et la violence collective, en ne traitant pas de la violence liée aux guerres ou bien de la violence d'état.
Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS, 2002 ; 376 p.

Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2004, évoqué plus haut, était articulé autour de plusieurs thèmes :

- **Les violences familiales** : la famille est le lieu où la loi intervient le moins et où s'observent les violences les plus fréquentes envers les êtres les plus faibles, qu'il s'agisse des femmes, des enfants en bas âge, des personnes âgées ou des hommes. En France, chaque année, une femme sur dix âgée de plus de vingt ans est victime de violences.
- **Les violences et comportements à risque des adolescents** (particulièrement en milieu scolaire) : les accidents sont à l'origine de 40% des décès des jeunes et de 12% des hospitalisations.
- **Les violences routières** : le plan gouvernemental a eu des effets positifs, cependant le tribut payé chaque année à la route se compte toujours en milliers de morts, de blessés et de handicapés.
- **Les violences envers les personnes âgées** : elles sont le plus souvent occultées lorsqu'elles interviennent en milieu familial, mais de mieux en mieux repérées en établissements.
- **Les violences dans les milieux de travail et de soins.**
- **Le suicide** : les suicides sont la deuxième cause de mortalité chez les jeunes.

C'est dans ce contexte qu'en France, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a prévu l'élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique (2004-2008), dont un « plan national visant à limiter l'impact de la violence sur la santé ». La France est ainsi, comme d'autres pays d'Europe, amenée à une réflexion globale sur le sujet.

La violence dirigée contre soi

La violence contre soi-même est le fait de se faire volontairement du mal. En effet, certaines personnes retournent les sentiments négatifs qu'elles ressentent contre elles-mêmes et ont des

Les mutilations sexuelles féminines

Les travaux du plan national visant à limiter l'impact de la violence sur la santé ont identifié l'éradication des mutilations sexuelles féminines (MSF) comme un enjeu de santé publique.

Ces pratiques de mutilations sexuelles féminines (MSF), encore perpétrées dans certains pays, sont de plusieurs types :

- Sunna : ablation du prépuce et du gland du clitoris.
- Excision ou clitoridectomie (80% des MSF) : ablation plus ou moins complète du clitoris et des petites lèvres, l'orifice du vagin reste ouvert.
- Infibulation ou circoncision pharaonique : l'ablation du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés, il ne persiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles. Certaines femmes sont infibulées et dés-infibulées à de multiples reprises.

D'après Gynécologie Sans Frontières (GSF) :

- 100 000 femmes meurent tous les ans des complications des MSF (le plus souvent en accouchant).
- Presque tous les groupes ethniques (une vingtaine), à la fois musulmans et chrétiens, pratiquent l'excision depuis des temps immémoriaux.
- Du fait des flux migratoires, les mutilations s'exportent vers l'Asie, l'Europe, l'Australie, l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud.
- En France, les premières MSF ont été découvertes à la fin des années 70 et on estime que 35 000 fillettes sont mutilées ou peuvent le devenir.
- Du fait des poursuites engagées à l'encontre d'exciseuses, les fillettes vivant en France sont le plus souvent mutilées en Afrique, à l'occasion d'un séjour pour des vacances.

Approches médicales et juridiques des MSF

L'excision entraîne une augmentation de 30% du taux de césariennes et une augmentation de 70% du taux d'hémorragie des parturientes.

Certaines femmes/fillettes sont excisées dans leur pays d'origine

ou celui de leurs parents et vivent en France. D'autres femmes/fillettes sont excisées en France et vivent en France.

Chaque femme s'adapte à son handicap et développe une vie différente. Les auteurs des mutilations sexuelles (exciseuses) et les parents (complices ou coauteurs) peuvent être poursuivis et condamnés.

L'excision est un « traitement inhumain et dégradant » au sens de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

L'excision est un délit et relève donc du tribunal correctionnel. L'objectif est de lutter contre les excisions pratiquées au cours de vacances passées au pays et contre la discrimination à l'encontre des mineurs non français.

Certes, deux tiers des femmes affirment n'avoir aucune sensation, mais presque un tiers d'entre elles ressent encore des sensations et 5% ont des orgasmes clitoridiens normaux.

Les conséquences médicales

Motifs de consultation : Toutes avancent en premier lieu un problème identitaire : elles ne se sentent plus « femmes » et veulent « redevenir des femmes ».

En Afrique, les femmes consultent pour des douleurs : gêne dans 56% des cas, douleurs au toucher dans 21% et fortes douleurs dans 5% des cas. Les lésions associées, abcès et corps étrangers provoquent des douleurs atroces. Certaines femmes sont infibulées et dés-infibulées plusieurs fois, avec des conséquences catastrophiques. Les mutilations complexes entraînent de violentes chéloïdes, des dépigmentations ou des réactions lichenoïdes.

Béances vulvaires et éclatement du périnée postérieur appartiennent aux complications à l'étage postérieur lors des accouchements.

La reconstruction clitoridienne s'avère maintenant possible pour toutes les excisions et nécessite la reconstruction du gland et son placement dans une position normale car le clitoris, blessé, existe toujours. Ce résultat constitue une forte amélioration dans 57% des cas, la capacité orgasmique et une sexualité normale pouvant être atteintes.

conduites d'autodestruction. Ces gestes peuvent les amener à des actes tels que le suicide ou la toxicomanie.

Cette spirale, pour être évitée, implique de se sentir compétent, de se reconnaître des talents, de penser qu'on vaut la peine, de refuser d'être diminué, de s'accepter tel que l'on est avec ses forces et ses limites, de croire en son potentiel sans toujours avoir besoin de l'assentiment des autres... Avec l'expérience des réussites mais aussi des échecs, on gagne de la confiance en soi. Il faut également savoir que, bien que légaux, le tabac et l'alcool sont aussi des drogues, au même titre que le cannabis et d'autres stupéfiants : ils entraînent une dépendance et des pathologies pouvant être mortelles.

Parmi les violences auto-infligées, on compte les scarifications, piercings et tatouages.

Ces marques que les adolescents gravent sur leur corps ne sont pas sans rappeler certains rites des sociétés traditionnelles, pratiqués pour signer le passage de l'enfance à la vie adulte. Mais, au contraire des marques traditionnelles qui visent à intégrer le jeune dans une société – c'est par ce rite, mis en place avec l'aval des adultes, qu'il affiche son rang, l'appartenance à sa famille et à sa tribu –, celles d'aujourd'hui sont choisies par le jeune pour se différencier de ses parents.

Le terme de « scarification » désigne des blessures auto-infligées de façon répétée, le plus souvent au cours de la croissance pubertaire.

On parle communément d'« automutilations », ce qui ne correspond pas à la réalité car les scarifications n'entraînent pas la privation irréversible d'un membre ou d'un organe.

Sous leurs expressions les plus connues, elles se caractérisent chez les jeunes filles par des brûlures et/ou coupures qu'on retrouve souvent sur les avant-bras, la face dorsale des mains ou encore l'intérieur des cuisses. Chez les garçons, il s'agira plus souvent d'ecchymoses ainsi que de traces de lutte.

Dans une enquête³⁵ de Marie Choquet et Xavier Pommereau, effectuée en 2001 auprès des 11-19 ans fréquentant l'infirmerie de leur établissement scolaire, à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vous faire du mal (couper, brûler) volontairement ? », 11,3% des filles et 6,6% des garçons ont répondu « oui ».

Ce pourcentage, qui est en augmentation depuis quelques années, montre que ces pratiques (et bien d'autres) peuvent être un recours chez certains adolescents en difficulté pour lutter contre une souffrance inexplicite.

Violence et santé dans le Nord – Pas-de-Calais

À la lecture du plan régional de santé publique du Nord – Pas-de-Calais 2007-2011, l'on constate qu'il n'est pas directement fait référence à la thématique. Les seules données disponibles proviennent une fois encore du traitement des données de mortalité et ne concernent que les suicides, les accidents de transports et les homicides.

2000 à 2005	Nombre de décès cumulés		Indice comparatif de mortalité (France = 100)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Suicides	3 873	1 247	133,6	116,2
Accidents de transports	1 462	487	76,7	74,3
Homicides	162	124	145,8	166,5

Pourtant quelques données peuvent être collectées provenant de sources non sanitaires. Celles-ci sont soit nationales, et ne se prêtent que fort peu à une exploitation régionale, soit locales, ou ponctuelles, et ne permettent pas de cerner avec la

fiabilité voulue, une évolution temporelle dont la prise en compte serait éminemment utile, si l'on entend éclairer avec une fiabilité satisfaisante le débat public. En cela, la recevabilité des données provenant de l'enregistrement des décès est bien plus démontrée mais ne recouvre qu'un point minime de la question.

Quelles armes pour combattre la violence ?

La violence exercée et non maîtrisée est l'un des fléaux de l'humanité. Pourtant, si nous avons de nombreux indices à ce sujet, il est difficile de le conceptualiser, en partie parce que l'on bute à en pallier les effets et à en éviter la survenue.

Droit à la sûreté et droit à la protection de la santé font partie des points nodaux des grands textes fondamentaux universels, tels que la Déclaration des droits de l'homme, ou propres à la France puisqu'il s'agit de droits constitutionnels.

Mais s'il s'agit de droits, ils sont loin d'être explicites lorsque l'action publique entend les faire respecter.

35 - Choquet M, Pommereau X, Lagadic C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Paris : Éditions INSERM, 2001.

En France, comme le fait remarquer Yves Michaud³⁶, la violence est une notion très peu utilisée par les juristes. Elle est assez mal définie aux articles 222-7 et suivants du Code Pénal. Elle nécessite aussi, en tant que politique publique, une évaluation efficace, ce qui signifie un outil statistique efficace. Il en est de même pour la santé.

De multiples recherches ont pourtant montré que ceux qui étaient soumis précocement ou intensivement à des situations violentes – qui peuvent être de nature très diverse – avaient de forts risques de vivre des séquelles durables et parfois de se faire eux-mêmes porteurs de violence, contre eux-mêmes (toxicomanies diverses, suicide) ou contre les autres.

Concevoir des systèmes de prévention, de prise en charge, de réhabilitation nécessiterait donc de travailler à ce que cette probabilité ne se transforme pas en fatalité. Pour y parvenir, il faut comprendre les faits pour s'attaquer aux mécanismes qui permettent ou favorisent la reproduction de la violence.

Or, en matière de santé tout comme en matière de sûreté, l'appareil statistique qui permettrait de connaître et de suivre les différentes réalités de la violence pose problème. Pour la santé, les données et variables réellement sanitaires sont rares, et pour ce qui est de la violence, l'outil manque de stabilité dans le temps, ce qui limite considérablement, par exemple, le suivi de tendances. Ainsi est-il très difficile de répondre très clairement, sur le terrain, aux besoins et aux attentes locales des villes et collectivités qui se perçoivent confrontées à des problèmes locaux de violence, et donc à leurs conséquences sur la santé des habitants.

3 idées clés :

- *Au regard du rapport mondial sur la violence et la santé publié par l'OMS en 2002, la violence est un défi planétaire, tant les coûts en termes de répercussions sur la santé des victimes et pour les établissements de santé sont considérables.*
- *La prise en compte par la santé publique des conséquences de la violence est récente. Depuis 1996, la prévention de la violence est une priorité de l'Assemblée mondiale de la Santé. Dans les pays anglo-saxons s'est développée une nouvelle santé publique qui, depuis le début des années 2000, intéresse la France.*
- *Mais en France, en matière de violence comme en matière de santé, les informations minimales utiles à la connaissance et à l'étude du phénomène sont encore très insuffisantes. Elles proviennent soit de la police, soit de la justice, et parfois d'enquêtes nationales auto-déclarées. Dans les trois cas, les données ne sont que partielles, et trop récentes pour que l'on puisse en étudier la réalité et l'évolution.*

La bibliographie

- Audoin-Rouzeau S, Becker A. *14 - 18, retrouver la Guerre*. Paris : Gallimard, 2000 ; 270 p.
- Audoin-Rouzeau S. *Combattre*. Paris : Le Seuil, 2008 ; 319 p.
- Bachmann C, Le Guennec N. *Violences urbaines*. Paris : Hachette, 2002 ; 548 p.
- Bauer A, Souliez C. *Violences et insécurité urbaines*. Paris : PUF, 2007 ; 124 p.
- Beaud S, Pialoux M. *Violences urbaines, violence sociale. Genèse des nouvelles classes dangereuses*. Paris : Fayard, 2003 ; 413 p.
- Body-Gendrot B. L'insécurité. Un enjeu majeur pour les villes. *Sciences Humaines* 1998 ; 89.
- Chapuis E, Pétard J-P, Plas R, dir. *Les psychologues et les guerres*. Paris : L'Harmattan, 2010 ; 231 p.
- Choquet M, Pommereau X, Lagadic C. *Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Paris : Éditions INSERM, 2001.
- Coupland R. The effect of weapons on health. *Lancet* 1996; 347: 450-1.
- Crenner E. Insécurité et sentiment d'insécurité. *Insee Première* 1996 ; 501 : 4 p.
- Fournier M. Paroles d'historiens : Silence, on tue ! *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 2008-9 ; 13.
- Galtung J. *Peace by Peaceful means: Peace and Conflict Development and Civilization*. London: SAGE Publications, 1996.
- Gavi P, Sartre JP, Victor P. *On a raison de se révolter*. Paris : Gallimard, 1974.
- HCSP. *Violence et santé*. Paris : HCSP, 2004 ; 190 p.
- Kloos H. Health impact of war in Ethiopia. *Disasters* 1992; 16: 347-54.
- Kriegel B. *La violence à la télévision. Rapport de la Mission d'évaluation, d'analyse et de propositions relative aux représentations violentes à la télévision*. Paris : Ministère de la Culture et de la Communication, 2002.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS, 2002 ; 376 p.
- Le Jeannic T. *Insécurité : perceptions et réalités*. In *Données Sociales*. Paris : Insee, 2006 ; 637-47.
- Levy BS, Side VW, ed. *Social injustice and public health*. New-York: Oxford University Press, 2005.
- Levy BS, Side VW. *War and Public Health*. New-York: Oxford University Press, 1997.
- Maffesoli M. *La Violence totalitaire*. Paris : PUF, 1979.
- Malherbe JF. *Violence et démocratie. Cahier de recherche* 2003 ; 25.
- Mauger G. *La sociologie de la délinquance juvénile*. Paris : La découverte, 2009 ; 110 p.
- Mercy JA. *Assaultive violence and war*. In Levy BS, Side VW, ed. *Social injustice and public health*. New-York: Oxford University Press, 2005: 294-318.
- Michaud Y. La violence. Une question de normes. *Sciences Humaines* 1998 ; 89 : 20-5.
- Mucchielli L, Robert P. *Crime et sécurité, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte, 2002 ; 433 p.
- Mucchielli L. *Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français*. Paris : La Découverte, 2002 ; 159 p.
- Rhodes R. Man-made death: a neglected mortality. *JAMA* 1988; 260(5): 686-7.
- Rizk C, Boé J. Les résultats de l'enquête victimisation 2006. *Grand Angle* 2006 ; 10.
- Stover E, Keller AS, Cobey J. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *JAMA* 1994; 272: 331-6.
- Weber M, Freund J, trad., Fleischmann E, trad., De Dampierre E, trad. *Le Savant et le politique* (1919). Paris : Plon, 1959.
- Wieviorka M. *La violence*. Paris : Hachette littératures, 2005.

Le lexique

CDC : Center for Diseases Control
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
MSF : Mutilations sexuelles féminines
OMS : Organisation Mondiale de la Santé