

Laura Marcela Mejia

Stagiaire en psychologie à l'UNPS.

2021.

**RAPPORT : Plaidoyer pour une prévention partagée : La problématique de
L'addiction et la violence domestique.**

SOMMAIRE.

0. Introduction

1. Quel(s) lien(s) entre le suicide, addictions et violences domestiques.
2. La crise sanitaire corrélée à l'évolution du suicide, des addictions et violences domestiques.
3. Adaptation nationale face à cette évolution
4. La prévention partagée durant la crise sanitaire : Plus solide mais moins durable
5. La place de la Psychologie dans la prévention partagée.
6. Violences et addictions en augmentation avec la crise sanitaire : Quels dangers pour le futur ?
7. Ce que je sais en tant qu'étudiante en psychologie.
8. Le numérique : Addiction nécessaire ? Mon expérience.
9. Chaires universitaires et diplômes français sur le genre, la santé sexuelle, la démocratie en santé
10. Analyse personnelle.

Introduction

La prévention du suicide est un ensemble d'actes et de mesures entreprises pour éviter le développement d'un phénomène socialement inacceptable ou dangereux, le but étant de l'arrêter un maximum. L'objectif de la prévention dans la problématique du suicide est de diminuer les chiffres qui sont importants à l'échelle nationale comme internationale (le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29. De plus, le suicide fait plus de morts que les guerres et les homicides réunis.). On sait que les mesures efficaces de prévention sont : de responsabiliser les médias, identifier précocement et accompagner, former les agents de santé et apporter des soins de suivi et de soutien de la communauté. Mais on suppose que la prévention partagée serait une mesure efficace, incontournable, et qui devrait rentrer dans les méthodes de prévention. Cette dernière est l'idée de mettre en relation les formateurs, les professionnels, ou chercheurs et société civile, afin d'élaborer un plan spécifique, pour la prévention du suicide. Pourquoi un plaidoyer pour une prévention partagée ? Car les causes du suicide semblent être nombreuses et leurs impacts aussi : La prévention partagée aiderait-elle à la prise en compte d'un ensemble pluridisciplinaire, qui empêcherait son évolution, et contrôlerait le suicide dans toutes ses formes ? Pour les membres de l'UNPS, la réponse est oui. Ils considèrent effectivement qu'il faudrait explorer et rendre visible toutes les opportunités humaines, sociétales, sociales, médicales et psychologique, ce qui impose de privilégier le travail en équipe. Hélas, les enjeux sont majeurs, notamment dû aux "secrets professionnels" (celui qui a violé le secret professionnel peut être poursuivi devant le juge pénal sur le fondement de l'article 226-13 du code pénal).

Le 5 février 2021, l'UNPS a organisé un webinar et des intervenants sont réunis afin de faire part de leur expérience professionnelle. Plusieurs séquences ont été abordées notamment celle des addictions/violences dont j'ai décidé d'analyser. Notre problématique est la suivante : Comment la crise sanitaire a-t-elle impactée la prévention du suicide, et comment la prévention s'est-elle adaptée à cet impact. ? En quoi le psychologue a une place fondamentale dans la prévention partagée ?

- I. **Quel(s) liens entre le suicide, addictions et violences domestiques.**

A) Addiction et violences domestiques : Des facteurs qui enclenchent le suicide.

Selon diverses études, le suicide n'a pas une seule cause mais plusieurs. Cela est dû à que, chaque personne ressent différemment, mais également parce que certaines populations sont plus exposées à ce risque que d'autres. Par exemple, selon l'étude [Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: A national study - ScienceDirect](#), le suicide parental est associé à un risque de suicide très élevé chez les enfants, bien plus que chez les enfants ayant perdu leurs parents dans un accident ou par toutes autres causes externes. Ainsi,

les jeunes enfants endeuillés par le suicide parental ont le risque le plus élevé et peuvent être ciblés pour des programmes de prévention et d'intervention dans les centres de santé spécialisés. Il existe donc une forme de prédisposition du suicide lorsqu'un des deux parents a fait recours au suicide, comme si effectivement, il existait une prédisposition du passage à l'acte dès lors qu'il y a un évènement suicidaire dans la famille, en particulier les parents. Nous pouvons distinguer deux groupes de causes : les causes externes (perte d'un membre de sa famille, harcèlement au travail, rupture amoureuse...), et des causes internes (pathologies cliniques comme la schizophrénie, dépressions, maladies organiques...). Ces causes sont complémentaires, elles n'existent jamais seules. Prenons l'exemple de la violence domestique et les formes d'addictions. On parle d'addictions pour désigner la dépendance à une substance ou une pratique, comme les appareils numériques, le tabac, la cocaïne etc. Les addictions touchent davantage les adolescents, ainsi, à 17 ans, 95 % ont déjà bu un verre d'alcool, fumé un joint ou une cigarette. Dans le cas de la consommation illicite, l'étude nommée "[Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts \(nih.gov\)](#)" montre que le suicide est en réalité une interférence entre les facteurs biologiques et psychologiques. C'est cette interférence qui rend la possibilité du passage à l'acte très probable. Cependant, l'article ne mentionne pas le facteur le plus fondamental selon moi : l'environnement. Il est en effet important de ne pas considérer la dépendance ou l'addiction comme facteur individuel, mais de prendre également en compte les autres sources externes qui impactent sur la santé psychologique de l'individu. C'est l'union de plusieurs facteurs externes/internes et de l'usage des pratiques addictives qui provoquerait donc une intention suicidaire.

De la même manière, la violence domestique peut être causée par des facteurs psychologiques mais aussi des facteurs externes ; ainsi, comme déjà mentionné, un facteur non négligeable dans le cas de "suicide forcé". Annie Carrera, intervenante du 5 février et travaillant au sein du planning familial, définit le suicide forcé comme les suicides qui interviennent dans le cadre de violences conjugales, lorsque la victime recevant des maltraitances physiques et psychologiques, se donne la mort. Selon cette dernière, en 2018 les chiffres étaient totalement alarmants. Pour annoncer les faits, madame Annie Carrera+ nous rappelle ce que La fondation Jean Jaurès déclare : La femme ayant subi des violences est 4 fois plus vulnérable que les femmes ne l'ayant pas subi. Cette déclaration peut être justifiée avec l'étude nommée [The relationship between domestic violence against women and suicide risk - ScienceDirect](#). Celle-ci a déterminé qu'à mesure que l'exposition des femmes à la violence familiale augmentait, le risque de suicide augmentait également. Mais ce qui n'a pas été mentionné lors de la journée du 5 février, ce sont les impacts sur les enfants lorsqu'ils sont victimes de telles violences. Dans l'article [Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study \(nih.gov\)](#), il est prouvé que les antécédents de mauvais traitements infligés à l'enfant étaient associés indépendamment à un risque accru de tentatives de suicide, d'automutilations et de violences interpersonnelles (envers soi-même).

Trois éléments ressortent de cette première sous partie : Premièrement (la plus évidente), il y a un réel impact de l'addiction et de la violence domestique sur le taux de suicide. Deuxièmement, tout facteur de risque comme l'addiction et la violence domestique, est accompagné de mal-être psychologique (tel que l'anxiété, la dépression ou d'autres troubles cliniques graves). Autrement dit, on ne peut pas considérer un facteur sans considérer les états mentaux qui l'accompagnent. Les facteurs environnementaux sont tout aussi fondamentaux car ils constituent également une cause de l'usage de stupéfiants ou de violence. Troisièmement, il existerait une forme de prédisposition de passage à l'acte lorsqu'un de nos parents (ou les deux) s'est donné la mort

volontairement. Donc formulons ce dernier point sous forme de formule : Exposition à un Suicide = prédisposition plus élevée au Suicide. Nous allons voir dans les deux sous parties qui suivent, que cette "chaîne, cercle cyclique" n'existe pas uniquement à l'échelle intra-familiale, mais aussi à l'échelle intra-individuelle.

B) Violences domestiques et addictions : de l'exposition à la répétition ("Cercle cyclique à l'échelle intra-familiale".)

Selon diverses études, le rôle de "témoin" au sein de la famille, peut être modifié ou peut être changé en rôle "d'acteur". En effet, un des liens les plus forts entre violences (que nous allons appeler "Facteur A") et addiction (que nous allons appeler "facteur B"), est que la personne qui y est exposée ("le témoin"), génère aussi des comportements de la sorte, impactant ainsi, soit sur la motivation de passer à l'acte suicidaire, soit sur la persécution d'autres individus qui seront peut-être, par sa faute, poussés au suicide. Annie CARRERA (ancienne présidente du planning familial), intervenante de la journée du 5 février rappelle que, le fait d'être témoin de violences (plus particulièrement les enfants), crée une sensation "terriblement angoissante". Cela laisserait des traces au plan psychologique mais aussi au plan cérébral. Ce genre d'exposition passerait à l'acte confronterait ainsi les personnages à prendre des substances et d'en devenir dépendants. Des propos appuyés par l'article nommé [Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data \(nih.gov\)](#), qui montre que l'exposition à la violence domestique (Facteur A "violence"), engendre chez les enfants une plus grande dépendance aux smartphones (Facteur B "addiction"). Or, nous l'avons vu en première partie, les addictions sont significativement corrélées au taux de suicide. Ce qui nous donne la formule suivante : Exposition à la Violence (Facteur A) = Plus grande possibilité de générer une Addiction (Facteur B) = Prédisposition plus élevée au suicide ; Ainsi, à l'échelle intra-familiale, l'exposition à des facteurs sont la cause de l'apparition d'autres facteurs à risque. Ce même article montre également que l'exposition à la dépendance (Facteur B "addiction") des parents engendre également une plus grande dépendance aux smartphones (Facteur B "addiction"). Donc, de la même manière, l'exposition à un facteur peut engendrer l'apparition de ce même facteur chez l'individu : Exposition à l'addiction (Facteur B) = plus grande possibilité de générer une addiction (Facteur B) = Prédisposition plus élevée au suicide. L'article de [Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants \(nih.gov\)](#), vient confirmer cette théorie de reproduction d'un facteur, mais d'un point de vue de la "victime", puisqu'ils affirment que la privation affective (la privation vécue par les enfants lorsque les parents ne leur offrent pas les expériences normales qui produiraient chez eux le sentiment d'être en sécurité et valorisés) produirait, entre autres, des comportements antisociaux (agressivité ou repli sur soi); de l'anxiété ou dépression. Ainsi, il semblerait qu'être victime d'abus ou de violence (Facteur A "violence") au sein de sa propre famille, peut créer des comportements tout aussi violents (Facteur A "violence"). Nous obtenons donc : Exposition à la violence (facteur A) = plus grande possibilité de générer une forme de violence (Facteur A) envers autrui et envers soi = Prédisposition plus élevée au suicide. Si être exposé à la violence augmente la possibilité d'une addiction comme nous l'avons vu, il semblerait, qu'inversement, être exposé à l'addiction augmenterait les possibilités d'être violent envers les autres, comme nous le montre l'article [The effects on children and adolescents of parents' excessive drinking: an international review. \(nih.gov\)](#). Dans cet article, les chercheurs comparent les comportements d'enfants de parents alcooliques et d'enfants de parents non alcooliques (tous âgés de 5 à 17 ans, et dirigés en consultation psychiatrique). Les résultats montrent que les enfants ayant des parents alcooliques (Facteur B "addiction") ont un

taux beaucoup plus élevé de troubles de la conduite, avec une forme de délinquance plus élevée (Facteur A "violence"). Donc : Exposition à l'addiction (Facteur B) = plus grande possibilité de générer une forme de violence (Facteur A) envers autrui et envers soi = Prédilection plus grande au suicide et/ou possibilité plus grande de pousser quelqu'un au suicide.

Dans cette deuxième sous partie, nous comprenons deux choses très fondamentales. La première est que dans la prévention du suicide, considérer le milieu familial ou l'entourage du patient dans son intégralité est incontournable, en vue d'une forme de "reproduction ou de cercle cyclique" qu'englobent les addictions et les violences. Nous comprenons que le rôle de "témoin" (celui qui est exposé) et/ou de "victime" (celui qui subit directement) au sein de la famille, peut être modifié vers celui "d'acteur". On dira alors que "la victime devient acteur". Nous comprenons que les rôles d'acteur sont transmis dans le milieu familial, générant ainsi d'autres "victimes", et donc plus de risque d'augmentation de suicide. Deuxièmement, nous comprenons qu'être soi même porteur d'une addiction ou d'une certaine forme de violence, peut pousser une personne au suicide. Par exemple, puisque l'exposition à l'addiction = plus grande possibilité de générer une forme de violence envers autrui et envers soi = Prédilection plus grande au suicide, Nous pouvons comprendre qu'en développant cette violence envers autrui, la personne va générer chez l'autre une forme d'angoisse, et donc la pousser au suicide. On dira alors que "l'acteur participe aux causes du suicide".

c. Violence et addictions : des facteurs "complémentaires" chez certains individus. ("Cercle cyclique" à l'échelle intra-individuelle).

Selon diverses études, il y a une forte corrélation entre l'usage de stupéfiants et les comportements agressifs. Plus une personne est addictive à une substance, plus elle est susceptible d'être violente. L'article [Quand drogues et violence se rencontrent chez les... - Drogues, santé et société - Érudit \(erudit.org\)](#), montre que l'intoxication semble être le facteur le plus important menant à la violence. En effet, une personne dépendante est, par définition, régulièrement intoxiquée. L'intoxication entraînerait avec elle une série de perturbations cognitives qui font en sorte que le répertoire de réponses se voit rétréci : restent les réponses primaires parmi lesquelles se situent l'agressivité et la violence. Cette violence serait surtout due à une impuissance à se procurer la substance dont la personne est dépendante (insuffisance économique, ou marché de drogues illicites peu présent...). Ainsi, une personne dépendante peut vite devenir violente, et faire subir à son entourage qui en deviendra victime (violence envers leur femme, leurs enfants...). Ce qui peut expliquer un plus grand nombre de suicides. Nous déduisons qu'à l'échelle intra-individuelle, un facteur de risque peut déclencher un autre facteur de risque. Il est important de mentionner aussi le lien de "transparence" entre les deux concepts. Ce lien est expliqué par Flave et Goodman (2004), qui expliquent qu'il faut considérer la violence comme une addiction. En effet la violence permettrait à des jeunes chroniquement insécurisés de se sentir puissants en rendant l'autre faible, impuissant ou mal à l'aise. La violence agirait ainsi comme un anxiolytique et serait une addiction comportementale. Ce lien que je définis comme étant un lien de "transparence" laisse comprendre que même en l'absence évidente d'un des deux facteurs, ils seront toujours associés, et omniprésents chez l'individu "acteur".

Donc nous avons vu ici qu'il existe effectivement une forme de "cercle cyclique" non seulement à l'échelle intra-familiale mais aussi inter-individuelle. Cependant, il n'existe pas des règles strictes à toutes ces prédispositions. En d'autres termes, il n'y a pas de "fatalité" dans l'usage de stupéfiants par exemple. Une personne alcoolique ne va pas forcément être violente, ou une personne violente n'a pas forcément été témoin de violence parentale. La fatalité nous rappelle

dans l'Antiquité Ananké, qui était la déesse primordiale de la nécessité, de la contrainte et de l'inévitabilité. Elle se définit comme ce qui est inéluctable, et correspond à la racine "fatum" en latin, n'est donc pas présente dans ce contexte. Cependant, nous pouvons parler de "cercle cyclique" dans lequel j'entends, qu'être exposé directement ou indirectement à un de nos 2 facteurs, peut engendrer d'autres facteurs, et ainsi de suite. Après avoir vu tous ces éléments, nous allons essayer de comprendre quelles sont donc les méthodes de prévention du suicide lorsque les facteurs violence/addiction participent.

C) Ce que l'état propose pour prévenir le suicide généré par les facteurs addiction/violence.

Prendre en compte l'ensemble de l'entourage.

Dans cette partie, il est clair que pour prévenir le suicide, il est tout d'abord primordial de prendre en compte l'ensemble de l'entourage de l'individu. Premièrement, parce qu'il existerait une prédisposition (un enfant a plus de risque de s'enlever la vie si un de ses parents est mort par le même procédé.). Deuxièmement, parce qu'être exposé involontairement à l'un des deux facteurs, favorise le développement d'un des deux facteurs. Donc dans le cadre d'une prévention partagée, il faut garder en conscience que lorsque nous traitons un "témoin" ou victime, nous traitons aussi possiblement un futur (ou actuel) "acteur". Il est donc important que la prévention ne se focalise pas uniquement sur la victime, mais aussi sur l'acteur. Dans le cadre de la violence domestique par exemple, on se forcera pour traiter à la fois la femme (ou les enfants) abusée, ainsi que son bourreau, qui lui, fut probablement une ancienne victime, ou anciennement exposé involontairement à un des deux facteurs. Selon la haute autorité de la santé, il faut proposer une intervention basée sur "l'adaptation aux différents contextes dans lesquels se situe le sujet en crise et la Prise en compte des interrelations de l'individu avec son entourage et avec l'ensemble du tissu social". Nous comprenons donc qu'il y a déjà un effort de prise en compte du contexte social et de l'entourage de la victime, afin de prévenir au mieux le passage à l'acte. Ainsi, dans le cadre des addictions, selon l'expertise collective de l'INSERM en 2014, les programmes intégrant les pairs sont susceptibles de présenter une valeur ajoutée, et également d'entraîner des effets contre-productifs. L'approche par les pairs repose sur la notion que les jeunes apprennent les uns des autres, ont des référents culturels communs et ont une plus grande compréhension et une plus grande empathie vis-à-vis des comportements de santé de leurs pairs. Les pairs jouent par ailleurs un rôle de modèle qui peut renforcer les messages comportementaux, positivement comme négativement.

Définir des lois

Alors qu'Annie CARRARETO, ancienne Présidente du planning familial, nous a rappelé l'impact angoissant sur les enfants ayant été soumis à une forme de violence, elle a ajouté également qu'il existe une loi qui protège l'enfant dans ce contexte là. D'après mes recherches, il existe effectivement la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance qui inscrit dans le code civil le fait qu'un parent "peut se voir retirée totalement l'autorité parentale", "notamment lorsque l'enfant est témoin de pressions ou de violences, à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur la personne de l'autre". D'autres lois viennent s'ajouter à cette prévention, comme un décret paru au Journal officiel du 6 juin 2020 et qui prévoit que les victimes de violences conjugales puissent débloquent par anticipation leur épargne salariale, afin d'avoir rapidement les moyens de s'éloigner de leur agresseur en cas d'urgence. La peine maximale est de 3 ans de prison, et 45 000 € d'amende pour le harcèlement moral au sein du couple. Il existe aussi

des lois permettant de diminuer le nombre d'usagers dépendants de substances, comme la diminution des points de vente d'alcool, l'interdiction de la publicité, l'augmentation des prix et des taxes, la réduction de l'attractivité des emballages (ex. : paquet neutre), l'augmentation de l'âge légal de consommation, l'interdiction de consommer dans certains lieux publics etc. Les lois demeurent donc importantes pour d'une part, protéger l'individu de reproduire ce qu'il a été amené à voir, d'éviter de déclencher un autre facteur de risque, mais aussi de réduire le nombre d'acteurs et donc de victimes.

Différents types d'intervention

Il existe plusieurs types d'intervention afin de prévenir nos deux facteurs de risque. Tout d'abord, il y a des services d'aides à distance, par le biais d'applications (ex "App-elles" pour les violences conjugales), mais aussi, elles peuvent être délivrées par téléphone (counseling) c'est-à-dire l'orientation, l'aide, information, et de traitement, en ligne (ex : 3919 dont les appels sont anonymes, et dédié aux violences conjugales ; le 119, le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger). Ensuite, il y a également les méthodes d'interventions médiatiques. Par exemple, les campagnes dans les médias ont montré leur efficacité sur la prévention des risques liés au tabac, en utilisant notamment des messages visant à attaquer les stratégies de marketing et publicitaires des fabricants de cigarettes et/ou à dévaloriser l'image des fumeurs. Des sociétés de médias/d'actualités comme "Brut" divulguent des vidéos de témoignages de victimes de violences conjugales sur les réseaux, afin de prévenir, et sensibiliser les jeunes sur les conséquences, mais aussi sur les solutions possibles. Nous pouvons aussi rappeler les interventions de types associatives, comme le collectif féministe "Nous Toutes" qui a lancé cette année (2021) une opération dans les boulangeries partout en France. Des "violent mètres" imprimés sur des sachets de baguettes de pains ont été envoyés aux personnes qui souhaitent participer afin de les distribuer dans des commerces autour de chez elles. D'après Cnews, 615 000 de ces emballages doivent être envoyés dans tout le pays à 3 000 volontaires. L'UNPS crée des journées de prévention du suicide en février et en septembre afin de faire le point sur les actualités. Ces journées sont ouvertes à tous, et ont pour but de sensibiliser le public. Environ 500 personnes étaient présentes ce 5 février dernier. L'addiction et les violences conjugales font l'objet d'une "table ronde". D'autres associations participent à la prévention comme "SOS Addictions", qui lance le 5ème e-congrès national sur les addictions pour les professionnels de santé le 24 et 25 mars 2021, et qui se donne comme combat celui de "retarder l'âge du premier usage". Pour finir, il y a un ensemble d'intervention dites "directes" comme le déplacement des gendarmes en cas d'urgences, les centres de désintoxication qui accueillent les patients et qui leur offrent une prise en charge psychologique et un traitement adéquat, la présence de professionnels formés (toxicologues, psychologues, psychiatres, victimologues...) pouvant prendre en charge la victime et/ou l'acteur, des sièges d'associations qui offrent un accompagnement aux femmes victimes de violence ("Femmes pour la vie"...) etc.

II. **La crise sanitaire corrélée à l'évolution du suicide, des addictions et violences domestiques.**

A) Augmentation de la violence conjugale : Une évolution similaire dans les pays confinés.

Avec environ 9 000 décès par suicide par an, la France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dont l'impact en termes humains et économiques est important. Le 5 février 2021, nos intervenants se sont réunis afin de comprendre comment ce taux avait évolué pendant la crise sanitaire de 2020, quels enjeux avaient

été rencontrés et quelles solutions ont été apportées. Dans cette première partie, nous allons, à l'aide de ce qui a été dit, et d'articles scientifiques, essayer d'élaborer un premier schéma de cette évolution.

Comme le virus continue de se propager à travers le monde, il apporte avec lui de multiples nouveaux stress, y compris les risques physiques et psychologiques pour la santé, l'isolement et la solitude, la fermeture de nombreuses écoles et entreprises, la vulnérabilité économique et les pertes d'emplois. A cause de tout cela, les enfants et leurs mères sont particulièrement vulnérables (End Violence against Children, 2020) plus particulièrement aux violences domestiques. Annie Carrera affirme qu'il y avait déjà un effort d'écoute de la parole de la femme avant 2020 (donc avant la période de crise sanitaire), mais que cet effort était accompagné d'une augmentation des violences depuis les 5 dernières années. En 2020 on aurait observé la même augmentation (10%). Donc, la violence n'aurait, globalement, ni augmentée, ni diminuée, mais plutôt stagnée. Elle ajoutée "ce qui a été dramatique c'est le premier confinement, accompagné d'une très forte augmentation de violences (...)". L'article suivant [Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies - ScienceDirect](#) vient confirmer les propos d'Annie Carreto L'article a été conçu pour fournir une vue d'ensemble du problème de la violence contre les femmes pendant le confinement, par conséquent, les auteurs ont décidé d'inclure dans la revue actuelle tous les types de publications rapportant des informations relatives à la violence contre les femmes dans le contexte de la pandémie COVID-19, y compris des articles originaux, des articles d'opinion, des commentaires, des lettres, des éditoriaux et des critiques. Les chercheurs sont ici membres du SVSeD (Service pour la violence sexuelle et domestique, Milan, Italie) et partent du postulat, d'après leur expérience, l'impact du confinement social mise au point en Italie à cause du COVID-19 a augmenté le nombre de victimes de violences conjugales comme il été prévu au moment de sa mise en place. Mais paradoxalement, ils ont observé une diminution substantielle du nombre de femmes ayant demandé de l'aide au SVSeD. En particulier, du 24 février au 28 avril 2020, le SVSeD a offert des soins d'urgence, un examen médico-légal et un soutien psychosocial à seulement 74 femmes victimes de violences, parmi lesquelles 30 femmes ont demandé de l'aide en raison de violences sexuelles et 44 en raison de violence conjugale. Cette baisse d'alerte au SVSeD pendant le confinement italien ne doit pas être interprété comme une diminution des cas. Ils ont interprété ces données de PARADOXE comme une limite dramatique pour les femmes à demander de l'aide, et par suite, les conséquences de la pandémie sur les victimes pourraient être encore plus importantes qu'on ne l'imaginait. Les résultats montrent différents points :

- 1) -Le slogan « Restez à la maison, sauvez des vies », largement utilisé pour protéger les gens contre l'infection, devient un paradoxe dans le contexte de la violence domestique
- 2)- Pour de nombreuses femmes et enfants, être confiné à la maison avec un partenaire et un parent violent est aussi dangereux - et pour certains, plus dangereux - que la pandémie du COVID-19.
- 3)-La pandémie a aggravé la dépendance économique des femmes à l'égard du partenaire, en augmentant les pertes d'emplois et le chômage, en particulier parmi les femmes de couleur et les travailleurs sans diplôme.

4)-L'accès des femmes à différentes sources de logement : les refuges et les hôtels ont réduit leur capacité d'accueil et les restrictions de voyage ont empêché les femmes d'accéder à des lieux plus sûrs

5)-La Pandémie peut causer la perte d'emploi ou le chômage qui peuvent exacerber la frustration des hommes, ce qui pourrait conduire à une augmentation des comportements agressifs à l'égard de leur partenaire

6)- les services de santé ont dû annuler et / ou reporter des visites cliniques non urgentes et, par conséquent, effectuer un dépistage en toute sécurité des victimes du VPI est devenu plus difficile

7)-Dans de nombreux pays du monde entier, une augmentation considérable du nombre d'appels (par rapport à la même période en 2019) a été signalée par des femmes victimes de violence.

8)- L'Organisation mondiale de la santé a signalé que, en comparant avril 2020 au même mois de l'année dernière, les demandes de renseignements en ligne auprès des lignes d'assistance à la prévention de la violence avaient également été multipliées par cinq.

9)- En plus des mauvais traitements physiques, des rapports américains ont également souligné que dans certains cas, les auteurs de VPI ont utilisé le Covid-19 également comme une arme indirecte contre les victimes, par exemple en interdisant le lavage des mains.

10)- En France, on note une augmentation de 30% des violences domestiques.

11)- une augmentation statistiquement significative des agressions a été constatée pendant le confinement du COVID-19, en particulier pendant la période suivant la fermeture des écoles.

12)- Ces observations de paradoxe ne doivent pas être interprétées comme une réduction du nombre de victimes, mais comme une limitation dangereuse de la demande d'assistance des femmes et comme une conséquence négative de la pandémie.

13)- Malgré une Sensibilisation au problème de la violence contre les femmes pendant la pandémie actuelle de COVID-19, de nombreuses études ont mis en garde contre le risque de taux de violence domestique plus élevés, conséquence directe des restrictions établies par la plupart des pays du monde entier pour gérer la pandémie.

Régis Boucherie (administrateur et président des régions Centre Val de Loire et Pays de la Loire de la MGP, et gendarme) intervenant dans la journée du 5 février, raconte son expérience durant le 1er confinement : "Nous avons reçu un flux important de messages électroniques (...) Nous devons aussi fournir des statistiques quotidiennement en suivant l'évolution de ces messages. Nous ne recevions pas ces messages avant, donc il a fallu trouver une nouvelle façon de s'adapter.". Nous comprenons donc qu'il y eu effectivement, une forte augmentation des violences et donc des interventions durant le confinement total. Cependant, nous pouvons bien remarquer qu'il s'agit d'alertes écrites (par messages) et non téléphoniques. Ceci vient rejoindre les résultats de l'article mentionné plus haut : les femmes sont en présence permanente avec leur conjoint violent, les empêchant de parler de vive voix.

Pour conclure cette première sous partie, nous pouvons dire qu'il existe une augmentation des violences conjugales mais très prononcée lors du confinement. Le reste de l'année, l'augmentation des violences domestiques n'est que la suite d'une augmentation déjà présente depuis des années.

B) Addictions et dépendances : Une évolution similaire dans tous les pays confinés.

Comme nous avons vu en première partie, chaque facteur de risque est toujours accompagné d'un facteur affectant la psychologie de l'individu, dont l'angoisse par exemple. L'angoisse peut déclencher un facteur de risque, mais inversement, un facteur de risque peut déclencher l'angoisse. Dans un contexte de confinement, il est clair que l'angoisse se met naturellement en place. Cette angoisse plus ou moins forte selon la personne, déclenche possiblement un facteur de risque comme la dépendance. Cette hypothèse est validée par l'article [Fear of COVID-19, depression, anxiety, and their association with Internet addiction disorder in a sample of Italian students - ScienceDirect](#) qui montre que les formes de dépendances numériques ont connu une forte augmentation durant cette période. Dans cette étude, un questionnaire en ligne a été administré à 454 étudiants italiens lors du premier confinement national. Tous les participants recrutés ont complété des mesures comprenant la dépression, l'anxiété et le stress (échelle DASS-21), la peur du COVID-19 et l'échelle de dépendance à Internet. Les résultats ont démontré que la peur du COVID-19 était associée au risque de dépendance à Internet (donc plus on a peur, plus on est dépendant d'internet) et la peur du COVID-19 médiatise la relation entre l'anxiété et le risque de dépendance à Internet. Mais si le confinement enclenche l'angoisse, qui elle enclenche les dépendances, qu'en est-il des personnes qui présentent déjà une dépendance ? La réponse est évidente pour Jean-Michel DELILE, (Président de la Fédération Addictions), intervenant du 5 février. Il explique que ces personnes ont été d'avantage angoissées et d'avantage dépendantes, puisqu'elles étaient déjà dans une angoisse permanente et une dépendance importante ("Elles ont l'habitude de vivre avec une trajectoire de vie très difficile, de vivre mal leur propre existence, trouvent donc un refuge par des conduites addictives"). Le confinement n'a été qu'une source aggravante. Nous comprenons alors que l'augmentation des addictions est évidente, et médiatisée. De plus, ces personnes étaient exposées plus fréquemment à leur objet de dépendance, et dans un cadre très "intime" (dépendance qui s'exerçait uniquement à domicile). Ce qui me laisse penser que cette plus grande confrontation "intime" ne fait que participer à l'augmentation des dépendances. Jean Michel DELILE parle d'un "risque d'overdose très élevé" (" [...] quand on reste à la maison, on veut tout consommer d'un coup, donc il existe un risque d'overdose très élevé."). Mr Jean Michel DELILLE a aussi analysé le vécu des personnes sans-abri et avec une dépendance pendant le confinement. Il affirmé qu'ils ont dû être confrontés à une angoisse d'autant plus grande que les personnes ayant un domicile, parce qu'ils ne pouvaient plus vivre de la manche et par conséquent, n'avaient pas de quoi se nourrir. Je suppose aussi que cette plus grande angoisse serait due au fait qu'ils n'avaient pas de quoi se procurer leur objet de dépendance.

Mais puisqu'être dépendant peut engendrer une forme de violence (voir I. c), alors si l'on suit la même logique, la violence aurait également augmenté. Nous confirmons donc une deuxième fois, qu'il existe bel et bien une augmentation de la violence (comme je l'ai mentionné dans la partie antérieure.). Une hypothèse confirmée par la revue [COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence - ScienceDirect](#) : "L'isolement associé à une plus grande exposition, à des facteurs de stress psychologiques et économiques, ainsi qu'à une augmentation potentielle des mécanismes d'adaptation négatifs (ex : une consommation excessive d'alcool) peut déclencher une vague sans précédent de violences conjugales. Des rapports anecdotiques récents en provenance d'Australie, du Brésil, de Chine et des États-Unis indiquent déjà une augmentation en raison des quarantaines".

Pour conclure, il est clair que les formes d'addictions augmentent pendant cette période de crise car la peur et l'angoisse en sont les déclencheurs. Ce facteur de risque en augmentation contribue à une augmentation de notre deuxième facteur de risque : La violence domestique. Inversement, les facteurs de violences domestiques en hausse, augmentent les facteurs d'addictions. Mais comme nous avons vu en première partie, il semblerait que ces deux facteurs ont un impact direct sur le suicide : Si l'on suit cette logique, pouvons-nous dire que le taux de suicide a également augmenté en 2020, et plus précisément pendant le confinement ?

C) Evolution du taux de suicide durant la crise sanitaire.

Selon Jean Michel DELILLE, il n'y a pas eu d'explosion du taux de suicide lors du confinement, ce dont pourtant, ils redoutaient. Il donne alors l'explication suivante : Les personnes ne se sentaient pas seules dans leur angoisse, il n'y avait pas cette "adversité sociale", dans laquelle, les personnes anxieuses se retrouvent en permanence. Ce qu'il entend par "adversité sociale", c'est le fait de devoir se confronter au "bonheur des autres" (voir les autres sortir, s'amuser, fêter...) tandis que l'on souffre psychologiquement. Dans cette période de confinement, alors que nous étions tous dans le même cas, les personnes se seraient senties moins isolées dans leur détresse. Paradoxalement, une étude montre que les idées suicidaires pendant le confinement ont fortement augmentées. En effet, la Fondation Jean-Jaurès a mené l'enquête du 21 au 28 septembre auprès de 2000 personnes représentatives de la population, à partir d'un questionnaire en ligne. Le constat est sans appel : le confinement a été éprouvant. Ainsi, 20% des personnes interrogées ont déjà sérieusement envisagé de se suicider, dont 11% pendant le confinement et 17% depuis le déconfinement, et parmi elles, 27% ont déjà fait une tentative provoquant leur hospitalisation, contre 22% en 2016. Si l'on analyse les chiffres, il est vrai que le taux d'idées suicidaires a globalement augmentée, mais elle est d'autant plus augmentée une fois le déconfinement. Jean Michel DELILLE nous dit d'ailleurs "L'augmentation du suicide est peut-être devant nous avec la crise économique, et les personnes qui sont déjà dans le mal." Il semble qu'il ait vu juste, puisque pour l'instant il n'y a pas une forte augmentation du taux de suicide malgré la pandémie. Selon l'article de presse [Le nombre de suicides n'a pas augmenté malgré l'épidémie de Covid-19 et le confinement \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr) Publié en novembre 2020, rien ne semble montrer une hausse importante, mais l'état redoute fortement les conséquences dans un futur proche, si la situation sanitaire ne s'améliore pas. Nous avons donc l'impression, que le mal n'est pas tant dans le confinement, mais plutôt dans le déconfinement (avec des idées suicidaires ainsi qu'un passage à l'acte plus fort qu'en confinement), et dans le retour face à cette adversité sociale.

Concluons donc sur le fait que, contrairement aux deux facteurs de risque vus (violence et addiction), le suicide n'augmente pas pendant le confinement, ni après. Cependant les idées suicidaires sont plus nombreuses que dans les années précédentes. Ces idées ont été drastiquement plus élevées lors du déconfinement que lors du confinement. Les tentatives de suicide sont quant à elles, plus nombreuses que dans les années précédentes, mais le taux de suicide reste stable. Ces tentatives sont aussi plus nombreuses après le déconfinement.

Mais comment l'état va gérer toutes ces évolutions vues jusqu'ici ?

III. **Adaptation nationale face à cette évolution**

A) S'adapter aux évolutions.

Pour faire face à toutes ces évolutions d'urgences, il a fallu prendre de nouvelles mesures et se réadapter. Parmi celles-ci, nous pouvons parler de nouvelles consignes données aux différents professionnels. Aux gendarmes par exemple, il leur était demandé de rendre un rapport de données statistiques sur les messages reçus à longueur de journée (messages d'appel à l'aide, majoritairement par des femmes en danger.). Cela a été annoncé par l'intervenant Régis Boucherie "Nous recevions l'ordre de rendre un rapport statistique sur ces messages que nous ne recevions pas avant. Donc il a fallu trouver une nouvelle façon de se réadapter.". Benedicte (intervenante, enquêtrice) ajoute que lors du confinement, ils ont principalement agi en termes de violence domestique, bien plus que tout autre facteur. Ce qui montre bien l'ampleur du facteur durant ce contexte. Annie Carrera va ajouter que la gendarmerie a été obligée d'intervenir beaucoup aussi en essayant d'avoir des contacts en vision conférence, mais cela a peu marché, et ils ont dû attendre la fin du confinement pour pouvoir rencontrer ces victimes. Mais ce qui a été remarqué selon cette dernière, c'est que les numéros d'aide ont vite été diffusés, donc il y a eu aussi une réadaptation de la population face à cette évolution. J'ai moi-même été amenée à voir des publications sur les réseaux, dans lesquelles figuraient les numéros, mais aussi des signes que les victimes pouvaient faire afin que l'on puisse reconnaître leur situation. Des organismes d'un peu partout dans le monde ont passé le message afin que de plus en plus de gens sachent décoder ce signe. Par ailleurs, dans l'urgence, l'état s'est donné pour objectif de former les gendarmes pour intervenir dans les cas de violences domestiques. Annie Carrera nous dit "Il y a eu la formation de policiers, de 1000 gendarmes, et donc des interventions plus rapides, et un effort d'écoute de l'auteur aussi" (on lui fait parler de l'acte, pour savoir ce qu'il se passe dans le cercle familial). Les psychiatres, selon madame Annie CARRETO, qui n'avaient pas "l'habitude d'appeler les patients" se sont vus dans l'obligation de faire des suivis téléphoniques ou par vidéoconférences. La réadaptation passe donc aussi par l'enseignement d'urgence, et donc la volonté de développer sur un plus large public, les compétences requises pour intervenir. Aussi, madame Annie Carrera revient sur une chose qui était attendue depuis longtemps et qui ont pu voir le jour en période de confinement : les cellules fermées en gendarmerie en capacité d'être à l'écoute et travailler la plainte de la femme. Ces cellules sont donc spécialisées dans ce type de plaintes, ce qui, je suppose, favorise la prise en charge de toutes les demandes, puisque les gendarmes n'auront plus que ces plaintes à gérer. En ce qui concerne les addictions, il y a eu très peu d'indications sur les façons dont ils ont dû se réadapter. Cependant, Jean Michel DELILLE nous apprend qu'ils ont dû faire des demandes aux pouvoirs publics pour parvenir à avoir des modalités d'assouplissement d'ordre de méthadone (qui permet aux personnes dépendantes aux opiacés illicites de stopper leur consommation sans ressentir les signes du manque) et autres médicaments. Ils ont aussi demandé la réouverture des fontaines de rue, afin que les personnes sans-abri puissent s'en servir. D'après l'article de presse [Un an de confinement : les sans-abris toujours plus nombreux \(rcf.fr\)](#) : "Depuis le début de la crise sanitaire, de nombreux Sdf ont été logés dans des hôtels. Ils sont 300 aujourd'hui dans le Var. L'Ordre de Malte a donc dû s'organiser. En plus de la maraude sociale quotidienne, un deuxième camion tourne tous les jours dans l'ouest toulonnais pour leur distribuer de la nourriture". Donc, nous pouvons voir qu'il y a eu aussi une mobilisation de la part des hôtels, et de l'état, afin de peut-être, diminuer cette angoisse provoquée par le confinement, par le manque de nourriture et par le manque de l'objet de consommation. Angoisse, qui, comme nous l'avons vu, peut participer à un risque accru du suicide.

B) Difficulté de protection de la victime.

Malgré ces efforts de protection, et de réadaptions d'urgence, d'autres difficultés se développent, inscrivant ainsi la prévention dans un cadre d'enjeux sanitaires. Dans un premier temps, les femmes étant toujours en présence de leur mari violent, avaient moins de possibilité d'alerter les gendarmes. De la même manière, elles ne pouvaient pas alerter leurs proches ou le voisinage puisqu'ils n'étaient pas en mesure de se voir. La problématique fut donc, selon moi, de pouvoir identifier les victimes, sans même recevoir un appel à l'aide. Paradoxalement, quand bien même la victime réussissait à alerter, certaines tentatives de protection ont été vouées à l'échec. En effet, comme nous avons vu plus haut, Annie CARRETO rend compte de la chose suivante : "Les gendarmes ont essayé d'intervenir plusieurs fois par visioconférences mais cela a peu marché, et ont dû attendre la fin du confinement pour pouvoir rencontrer ces victimes.". Aux Etats-Unis, alors que les juristes et le personnel du tribunal sont positifs au Covid-19 chaque jour, les tribunaux de la famille de New York ont fermé leurs portes. Ils fonctionnaient à distance, avec de nouvelles demandes déposées par courriel et seulement les audiences les plus nécessaires menées par vidéo ou par téléphone. Le problème, selon mon point de vue, est le suivant : Comment détermine-t-on un cas plus grave qu'un autre ? Comment une victime de violence conjugale, peut réaliser des visioconférences, en présence permanente avec son agresseur ? Une alerte doit faire figure d'une analyse pour déterminer sa gravité, et donc allonger le temps de réponse. Un temps doublé, par l'ampleur des demandes et le manque de personnels malades.

Mais nous pourrions penser que prendre le risque d'attendre la fin du confinement pour une prise en charge, ou de faire passer certains avant d'autres en allongeant donc les délais de prise en charge comme aux Etats Unis, pourrait être fatal (féminicide ou "suicide forcé"). Mais d'après les statistiques de la société "Le journal des femmes" ([90 féminicides en 2020 : ce que les chiffres ne disent pas \(journaldesfemmes.fr\)](https://www.journaldesfemmes.fr)), il semblerait qu'en 2020, année de confinement total, "90 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint. Mais les chiffres sont bien moins catastrophiques que l'année précédente, et ils n'ont jamais été aussi bas depuis 2006, l'année où le recensement annuel des crimes conjugaux a débuté. En 2019, 146 femmes avaient été tuées sous les coups de leur compagnon ou époux. Au total, en 2020, 106 homicides conjugaux ont été perpétrés, contre 173, en 2019." Par conséquent, nous pouvons dire que cette difficulté de prise en charge et de protection n'a pas eu un impact mortel sur les victimes de violences conjugales. Cependant, les impacts seront visibles à l'échelle psychologique, avec notamment l'apparition d'un autre type de violence. En effet, une étude montre qu'une nouvelle forme de violence "sanitaire" s'est développée au sein des foyers, comme par exemple, l'interdiction, imposée par le conjoint violent, de se laver les mains, ou de se procurer des masques. Ce qui amplifie, selon moi, la sensation de privation de liberté, déjà induite par le confinement, les couvre-feux etc. Et donc un impact psychologique beaucoup plus fort, rendant la prise en charge d'autant plus complexe.

Par ailleurs, alors que l'ennui s'ajoute au stress du confinement, les personnes vont trouver des "remèdes pires que le mal" comme nous dirait Jean Michel DELILLE. Les enfants par exemple, dans un contexte d'établissements fermés, utilisent très régulièrement les écrans. Jean Michel DELILLE s'exprime à ce sujet : "Pour les jeunes c'est une période qui a été très difficile, l'isolement social a été un facteur d'angoisse très grand. Quand on demande aux jeunes ce qui les a le plus touchés, la réponse générale fut : la séparation avec leur ami, mais parallèlement l'usage abusif d'écrans mais cet abus est dépressif. Ce remède était donc pire que le mal.". Nous pouvons repérer dans cette phrase, la présence de ce "cercle cyclique" dans laquelle Angoisse = Facteur de risque = Plus grande angoisse. Alors, le travail des professionnels devient beaucoup plus intense, sur un plus large public, et donc, le temps de délai de prise en charge beaucoup plus long.

IV. **La prévention partagée durant la crise sanitaire : Plus solide mais moins durable**

A) Une période d'apprentissage.

Alors que les associations, notamment l'UNPS, plaident depuis de nombreux mois pour une prévention partagée solide, il semblerait qu'en période de confinement, cette prévention s'est solidifiée, avec des mesures pourtant attendues depuis bien longtemps. Annie Carrera , l'intervenante, va d'ailleurs dire la chose suivante : " On a appris de cette période". En effet, malgré la "perte de repère" annoncée par le gendarme Régis BOUCHERIE, cette période fut une clef pour éclairer les professionnels. D'après les propos d' Annie CARRETO (ancienne présidente du planning familial), 2020 fut riche en termes d'accompagnement des victimes mais ils (les professionnels) étaient déjà en travail avec ces questions-là. Nous pouvons notamment voir cet accompagnement par ce que nous avons déjà mentionné plus haut : la création de cellules de gendarmerie spécialisée dans la prise en charge des plaintes des victimes de violences conjugales ; Par la diffusion rapide des numéros d'alerte sur les réseaux sociaux, par la formation de policiers et de gendarmes, par des interventions plus rapides etc. Le Secrétariat général chargé des Droits des enfants s'est donné pour but, pendant le confinement, de trouver les solutions adéquates contre la violence faite aux enfants. Sur leur page de présentation ([Violence envers les enfants : la crise cachée de la pandémie de COVID-19 | Représentante spéciale chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants \(un.org\)](#)), il est écrit "(...) *les services et les travailleurs en charge de la protection de l'enfance doivent être considérés comme essentiels et dotés de ressources en conséquence. (...) notre réponse collective doit inclure des mesures veillant notamment à : maintenir les services essentiels de santé et d'aide sociale, y compris le soutien psychosocial et l'aide en matière de santé mentale ; instruire les dossiers de protection de l'enfance et fournir des solutions de protection de remplacement dans les situations d'urgence ; garantir la protection sociale des enfants et des foyers les plus vulnérables ; continuer d'assurer les soins et la protection des enfants au sein des institutions, ainsi qu'à communiquer avec les parents, les personnes qui en ont la charge et les enfants eux-mêmes et à les mobiliser en leur fournissant des informations et des conseils fondés sur des données probantes. Par ailleurs, les services nationaux d'assistance téléphonique, les conseillers pédagogiques et autres mécanismes de signalement permettant aux enfants en détresse d'appeler à l'aide doivent être adaptés aux défis de la COVID-19.*" Toutes ces réponses, dans l'urgence, furent un mal nécessaire. Mais il est clair que malgré les efforts fournis, le taux de violence domestique, comme nous l'avons vu, a été très fort en France, et dans le monde durant cette période de confinement. Néanmoins, ces solutions apportées sont selon moi, des actions à entreprendre fréquemment, pour pouvoir obtenir des résultats. Il faudrait donc prendre en compte toutes ces réponses collectives données dans l'urgence, pour les appliquer de manière générale et de façon fréquente. Il s'agirait donc, d'une manière ou d'une autre, d'apprendre de cette période.

B) Risque de retour au point de départ

Alors que les réponses sont données en urgence, nous pourrions penser qu'elles seront éphémères. En effet, une fois la fin de la pandémie, des couvre-feux et des confinements, le risque d'un point de départ est envisageable. Un relâchement de la part de l'Etat pourrait avoir lieu selon moi. L'idée serait donc d'appliquer tous les conseils donnés par les chercheurs et organisations afin d'obtenir des réels résultats motivants. Par exemple, dès le début de la période de confinement, la

secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations a déployé un plan pour protéger les victimes de violences conjugales, en lien avec les différents ministères concernés. : Le 3919, numéro d'écoute national, reste opérationnel et une écoute à distance a été mise en place. La secrétaire d'État tient à saluer la mobilisation des écoutantes, au domicile desquelles des téléphones portables ont été livrés afin de garantir une continuité de service dès le samedi 22 mars 2020 au matin. La ligne est ouverte du lundi au samedi de 9h à 19h. De plus, en lien avec le Ministre chargé de la Ville et du Logement, la Secrétaire d'État a demandé que les accueils de nouvelles femmes puissent se poursuivre dans le respect des mesures barrières. Pour chacun des départements, un état des lieux de la situation des associations locales et des centres d'hébergement d'urgence pour les femmes victimes de violences est régulièrement réalisé. Les directrices régionales et les déléguées départementales aux droits des femmes sont pleinement mobilisées pour assurer ce suivi et résoudre les problèmes rencontrés par les structures. Mais lorsque la pandémie touchera à sa fin, l'état sera-t-il autant investi ? La ligne téléphonique mise en place sera-t-elle toujours opérationnelle ? Un autre exemple que nous pouvons citer c'est le fait que durant toute la période du confinement, la plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes mise en place par le ministère de l'Intérieur pour signaler des violences et pouvoir bénéficier d'assistance et de conseils fut pleinement opérationnelle, disponible sur arretonslesviolences.gouv.fr. Elle restait active 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et permettait de dialoguer avec des forces de l'ordre formées aux violences sexistes et sexuelles de manière anonyme et sécurisée. Comment cette plateforme évoluera-t-elle après la fin de la pandémie et des restrictions sociales ? Selon moi, le risque d'une réactivité moindre est élevé, et moins importante. Or, ces capacités d'adaptation devront se poursuivre sur le long terme car la fin du confinement amènera de nouveaux enjeux avec l'apparition de troubles de « l'après » (stress post-traumatique, phobies sociales, reprise brutale de consommations de toxiques...).

C) Ce qu'il faut retenir de cette période.

Plusieurs chercheurs ont fait des travaux dont le but fut de sensibiliser, de prévenir, et d'améliorer la cohésion des professionnels et donc de la prévention partagée, dans un contexte de crise sanitaire. L'idée est de prendre en compte ces travaux, afin d'élaborer un plan de prévention. Selon l'article scientifique [COVID-19 and addiction - ScienceDirect](#) dont l'objectif est de mesurer la relation bidirectionnelle complexe entre COVID-19 et la dépendance. D'après les résultats, cette relation se définit par le fait que plus l'on consomme de l'alcool ou autre objet de dépendance, plus on est capable de contracter le virus avec des conséquences plus néfastes. De la même manière, lorsque les individus dépendants contractent le virus, le niveau de leur dépendance augmente. Les chercheurs indiquent donc la nécessité incontournable de "sensibiliser le public aux effets délétères du SUD (la consommation d'alcool et d'autres drogues) sur le pronostic du COVID-19, la reprise des services d'addictologie et l'accessibilité plus facile des médicaments sur ordonnance sont des besoins de l'heure. Ce qu'il faut donc retenir: Il faut sensibiliser, et donner un plus grand accès aux médicaments pour éviter le décès des malades, mais aussi la complication liée aux dépendances. D'après Jean Michel Dellile "on a demandé aux pouvoirs publics de pouvoir avoir des modalités d'assouplissement d'ordonnance de méthadone (et autres médicaments)". Ce point est selon moi, essentiel à retenir et doit être applicable dans la mesure du possible, plus fréquemment et plus durablement. Deuxièmement, selon la revue [Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies - ScienceDirect](#) plusieurs aspects sont à prendre en compte durant cette période afin d'éviter la violence domestique. Parmi eux, il y a l'utilisation de la santé mobile et de

la télémédecine comme technique efficace pour discuter et conseiller la victime par oui ou non. Plusieurs autres auteurs ont souligné l'importance de la mise en œuvre d'une enquête de routine sur la présence de VPI intégrée dans les consultations de soins primaires à distance, avec une formation spécifique des médecins pour reconnaître les signes de violence. Chandan et al., ont souligné le rôle important de la surveillance syndromique active des équipes locales de protection de la santé, ainsi que la mise en œuvre d'ensembles de données liées entre les données de la police et des dossiers de santé pour identifier les personnes à risque. D'autres propositions intéressantes sont liées au développement d'applications pour permettre aux femmes de demander de l'aide sans avoir à passer des appels téléphoniques et des mots de code pour alerter les pharmaciens, à l'extension de l'accès gratuit et facile aux services nationaux d'assistance téléphonique disponibles, ainsi qu'à la mise en place de services en ligne pour les victimes de violence. De plus, le maintien et le soutien des services cliniques et médico-légaux pour les survivants de violence sont d'une importance capitale malgré les modifications apportées à la fourniture des services de santé en raison des nouveaux besoins dus à la pandémie ainsi que la redéfinition des abris sûrs. Tous ces points sont selon moi, les plus essentiels à retenir afin de pouvoir élaborer un plan de prévention partagée.

D) Un contexte qui marque l'importance de faire de la prévention du suicide, une affaire de tous.

Ces évolutions ont marqué l'importance de faire de la prévention du suicide, une affaire de tous. Certaines associations comme SOS solitude révèlent l'importance de faire de cette prévention, un sujet pour tous. Le 19 Janvier 2021, SOS solitude a donné la parole à plusieurs intervenants sur le thème "écouter, faire entendre, agir ensemble", dont l'Imam de la Réunion nommé Mohammad BAGHATE. Tout en expliquant son parcours, il donne son avis sur l'importance des valeurs d'écoute, de soutien et de cohésion dans la population. Ce pourquoi, il décida de créer une association, dans laquelle il s'est surtout engagé en fin d'année 2020 (une année qu'il qualifie comme "très particulière pour l'humanité"). Il est très intéressant de voir comment une personne engagée dans sa religion, s'engage aussi dans l'aide psychologique à autrui. Mr Baghate nous rappelle l'importance de pouvoir écouter mais de se former avant, pour que notre aide ne soit pas "contre-productive". Nous comprenons donc qu'agir pour apporter du bien, n'est pas spécifiquement destiné à des professionnels de santé. Nous pouvons tous ensemble sauver des vies, anticiper le passage à l'acte de nos frères citoyens, et agir ensemble. Plus particulièrement, il est important d'être vigilant en cette période de pandémie mondiale, dans laquelle nos proches ont fait faillite dans leur société, dans laquelle nous avons perdu des membres qui nous sont chers, dans laquelle les étudiants connaissent une sensibilité plus importante avec un sentiment d'abandon etc...

V. **La place de la Psychologie dans la prévention partagée.**

A) Accompagner la victime.

Dans la prévention partagée contre le suicide, un des aspects les plus évidents, est l'accompagnement des victimes. Selon la revue [Conséquences psychopathologiques du confinement \(nih.gov\)](#), une étude longitudinale récente a permis de randomiser l'emprisonnement en conditions de confinement solitaire vs non solitaire, après l'obtention du consentement des prisonniers à cette étude. Les résultats ont confirmé que le confinement solitaire engendrait plus de morbidité psychiatrique que l'emprisonnement non solitaire (29 % vs 15 %), avec principalement de l'anxiété et de la dépression. Plusieurs participants ont développé des épisodes d'hallucinations visuelles au

bout de 3 semaines mais les troubles psychotiques liés aux conditions d'isolement plus modernes dans le milieu carcéral restaient minoritaires. Il faut donc noter que l'accompagnement du psychologue est déjà essentiel pour ne pas donner ce sentiment de "solitude", mais d'autant plus en période de confinement, et d'autant plus si la personne est confinée seule.

B) comprendre les mécanismes

Dans un contexte de patients ayant déjà songé à se donner la mort, il est important de pouvoir comprendre les différents mécanismes socio-cognitifs qui pourront en devenir la cause. Ainsi, un psychologue chercheur va pouvoir permettre à l'état et aux autres professionnels, de pouvoir comprendre ces mécanismes clés. Par exemple, certains chercheurs en psychologie ont pu prouver l'apparition des symptômes anxieux, voire des troubles constitués durant le confinement. L'exposition constante à des informations concernant le virus peut majorer l'anxiété, d'autant que ces informations peuvent être erronées ou contradictoires. Le trouble anxieux qui en résulte a été nommé « headline stress disorder » par le psychologue Steven Stosny et qui se caractérise par une sensation de détresse ou d'anxiété, suite à la consultation de nombreuses informations. Il est ainsi conseillé de consulter des sources fiables et à jour, et de prévoir un temps raisonnable et dédié pour s'informer de la situation. L'incertitude quant à la fiabilité des informations peut majorer l'anxiété. Parmi les diverses informations à propos de l'épidémie (nombre de décès, propagation...), Wang et al. , ont montré que seule une information reçue sur l'augmentation du nombre de guérisons était associée à un stress perçu faible. De la même manière, le respect régulier de gestes barrières (lavage de mains, ne pas partager ses couverts...) était significativement associé à des niveaux de stress plus faibles. Avec de tels informations, les psychologues ainsi que les autres professionnels, vont pouvoir guider les individus vers ces conseils-là, améliorer le niveau de stress, et donc, indirectement, le taux de suicide.

C) Détecter la population vulnérable.

Nous le savons, le rôle le plus central d'un psychologue est d'être à l'écoute de son patient. Il a donc le pouvoir d'être l'une des seules personnes à détecter le plus vite possible la vulnérabilité d'une personne, et ses motivations à se donner la mort. Il peut, lorsqu'il considère que le cas est grave, lever le secret professionnel. Il est cependant nécessaire de mentionner que pourtant, à ce jour, ni la législation, ni la jurisprudence ne soumettent cette profession au secret professionnel, au moins par profession. En effet, l'article 226-13 du code pénal prévoit que l'on est soumis au secret professionnel par "état ou par profession, par fonction ou mission temporaire. Mais tout d'abord, la profession de psychologue n'est pas un "état"; deuxièmement, pour être soumis au secret professionnel par profession, il doit exister un texte de loi stipulant explicitement que cette profession est soumise au secret, mais l'examen des textes de loi ne montre qu'aucun d'eux ne soumet la profession de psychologue au secret professionnel. Conformément à l'article 226-13 du code pénal, un professionnel (quel que soit son métier) peut être soumis au secret professionnel s'il exerce dans le cadre d'une mission ou fonction soumettant ceux qui la mettent en œuvre au secret. Quand bien même, ils ne sont pas soumis au secret par profession, les psychologues sont contraints par la loi civile et soumis à une pression légale : celle énoncée par l'article 1382 du code civil : "Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer." Ainsi, la diffusion d'informations par le psychologue, dans le cas où elles causeraient un préjudice à une personne qu'il reçoit, serait passible de poursuite au civil. Ainsi, lorsqu'il détecte une personne vulnérable, et dans une situation qu'il considère relativement grave, le psychologue peut être amené (peut être plus facilement que les autres professionnels

par cause d'absence de soumission face à ce secret professionnel) à lever le secret, à en parler, et faire aider la victime.

D) Prévenir les facteurs psychologiques déclencheurs du passage à l'acte.

Nous l'avons vu en première partie, tout facteur de risque est lié à un facteur psychologique important. Ce facteur psychologique peut être une cause comme une conséquence du facteur de risque. Dans les deux cas, il médiatise le passage à l'acte. Le rôle du psychologue serait donc d'éviter une amplification des sentiments ressentis par l'individu et pouvant être néfastes pour son bien-être psychique. Ainsi, sa présence est importante pour guérir par exemple, l'angoisse, la peur, la dépression, le sentiment de solitude etc.. Des sentiments susceptibles de déclencher des comportements à risque comme la consommation d'alcool ou encore l'exposition à la violence. Par cette prévention, le rôle du psychologue serait donc de réduire le risque du taux de suicide à l'aide de ses connaissances multiples, appuyées par différentes recherches. Parmi les sentiments déclencheurs, il y a l'ennui, notamment en augmentation en période de confinement. Selon la revue [Conséquences psychopathologiques du confinement \(nih.gov\)](#), les sujets enclins à l'ennui ressentent plus facilement des sentiments d'insatisfaction, de frustration et de colère. La résultante comportementale de l'ennui est double : elle est caractérisée par une majoration des comportements agressifs et impulsifs et par la recherche de sensations pour échapper à la sensation d'ennui comme des comportements addictifs : consommation de substances, jeux d'argent et hypersexualité. Ce qui peut être nécessaire pour le psychologue, c'est de trouver des solutions possibles pour ses patients afin qu'ils puissent combattre l'ennui, et ainsi éviter les facteurs de risque comme la violence envers soi-même et envers autrui, et l'addiction.

E) Intervenir le plus tôt possible.

Dans la prévention partagée du suicide, il est important pour le psychologue, d'intervenir le plus tôt possible. Il sera donc souvent sollicité pour la prise en charge de victime, mais il sera lui-même accompagné d'autres professionnels comme des Assistantes sociales. Ce qui permettra d'avoir un diagnostic plus solide, mais aussi un accompagnement plus aiguillé, permettant donc d'éviter le développement des facteurs psychologiques à une plus grande échelle. Jérôme Lichtlé, explique son rôle de psychologue dans son blog [La vérité sur le métier de psychologue | Dans vos têtes | Francetv info](#) . Il écrit les paroles suivantes : "(...) J'interviens dans un service d'aide à des victimes d'infractions pénales (agressions, viols, accidents de la route, etc.) ou à des personnes confrontées au suicide de proches. Nous sommes 6 psychologues à travailler dans ce service, épaulés par des juristes et des assistantes sociales. Nous intervenons uniquement dans un département d'Ile-de-France. Entre le 1er et le 15 septembre 2015, nous avons été sollicités pour intervenir auprès de 8 victimes de violences conjugales dont une avec persécution, 2 victimes de vol avec violence, 7 victimes d'agressions physiques, 3 victimes de viol, 1 victime de vol à main armée, 5 victimes d'agressions sexuelles dont une sur mineur, et une dont l'auteur est...un professionnel de santé, 5 victimes d'accidents de la voie publique dont un mortel. Au cours de ces 15 premiers jours de rentrée, nous sommes également intervenus auprès de 3 familles suite à un meurtre, une tentative d'homicide et un suicide." Lire ce texte nous fait comprendre la dureté du métier, et donc l'importance d'une prévention partagée, dans laquelle le psychologue est accompagné, tout comme la victime, par d'autres professionnels. Il s'agit la "d'accompagner en étant accompagné".

F) Prévenir un facteur tout en prévenant un autre.

Il est évident que la prévention partagée du suicide nécessite la prise en charge d'un individu dans le cadre d'un facteur (ex : violence conjugale), tout en prévenant l'existence d'un autre facteur (ex : comportements addictifs), bien que comme nous l'avons vu, les facteurs de risque, engendrent d'autres facteurs, et rendent ainsi le suicide beaucoup plus probable. Par conséquent, avertir l'individu soumis à un facteur de violence sur les dangers des addictions est une solution pratique et nécessaire. Inversement, on pourrait prévenir les individus soumis à un facteur de dépendance, sur les impacts des comportements violents. Mais pour que cette solution soit efficace, le repérage hâtif semble incontournable, car comme nous le montre le lien de "transparence", nos 2 facteurs de risques peuvent rapidement coexister ensemble chez l'individu.

G) Mais...Un manque de psychologues.

Le rapport [2020-11-16 Nightline-France rapport ETPT.pdf](#), dénonce le fait que la France ne compte que très peu de psychologues par étudiant. Plutôt que de compter le nombre de psychologues, il convient selon le rapport de mesurer l'Équivalent Temps Plein Travaillé (ETPT) de psychologues. Cet ETPT de psychologues en France est à seulement 5%. Le taux de la France est, en moyenne, 8 fois inférieur à celui des autres pays comme l'Irlande, Australie, Ecosse, Canada, et 20 fois inférieur aux recommandations internationales. Pourtant, le taux d'idéation suicidaire des jeunes est entre deux et quatre fois plus élevé que pour la population adulte. Nous remarquons donc la présence d'un fossé entre la nécessité et le taux de professionnels psychologues. Le rapport recommande donc de fixer des effectifs minimaux de psychologues à atteindre sur une période définie, Augmenter et former le personnel administratif (secrétaire, postes de direction, assistant·e·s...) en adéquation avec l'augmentation du nombre de psychologues, pour accompagner les services dans les tâches administratives, Aménager un cadre d'accueil spacieux et bienveillant (accroître les espaces à l'intérieur des campus ou à proximité afin d'accueillir davantage de professionnels et d'étudiants et améliorer les espaces de consultation pour assurer la confidentialité), assurer les financements (Que l'État reconnaisse et prenne sa responsabilité financière pour mettre en œuvre ces actions) etc...

En outre, il semblerait qu'il y a une réelle volonté que la place du psychologue soit élargie, bien qu'elle soit fondamentale et incontournable. Cette absence s'est d'ailleurs fait fortement ressentir lors du confinement : les étudiants vivant seuls, n'avaient plus aucun contact physique avec leur entourage et leurs idées suicidaires ont fortement augmenté. Les psychologues peu nombreux ne pouvaient pas assurer la totale prise en charge de toute cette détresse.

VI. **Violences et addictions en augmentation avec la crise sanitaire : Quels dangers pour le futur ?**

Deux éléments me semblent essentiels à mentionner ici : La Schizophrénie et les troubles du sommeil.

A) Schizophrénie

Si nous nous appuyons sur les propos de Jean Michel Delile et Annie CARRETO, la violence et l'addiction ont augmenté durant la crise sanitaire. Mais quels sont les réels dangers, de cette augmentation sur la population actuelle et future ? .

Hoffman a proposé l'hypothèse de la déafférentation ??? sociale, selon laquelle l'isolement social perturberait les stimulations sensorielles parvenant au cerveau, de façon analogue aux effets de la déprivation sensorielle. Il suppose qu'un isolement social sévère au cours de certaines périodes critiques du développement pourrait induire des réorganisations cérébrales, notamment au niveau des cortex associatifs. L'analogie entre déprivation sociale et sensorielle permet de mieux comprendre les mécanismes susceptibles de mener à des hallucinations en conditions d'isolement. Ainsi, le risque d'éveil de la schizophrénie chez certains individus est plus élevé en cette période. ([A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia - PubMed \(nih.gov\)](#)).

A cela s'ajoute la consommation de drogues par exemple. Aujourd'hui, nous savons que les effets hallucinogènes des drogues peuvent agir comme éléments déclencheurs de l'apparition d'un premier épisode psychotique ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la schizophrénie.

Il est alors évident qu'une personne confinée et consommatrice de stupéfiants a un risque plus élevé de la développer. Or, la schizophrénie n'est pas considérée comme une maladie héréditaire. Il existe cependant une participation génétique importante (estimée entre 50 et 60%) dans la vulnérabilité à cette affection.

Alors si l'on s'appuie sur ce qu'a proposé Hoffmans; Sur les effets des stupéfiants; Et au taux de vulnérabilité génétique, nous pouvons penser que les générations prochaines, seront d'avantage touchées par cette maladie, dans la mesure où leurs parents dépendants ont vécu un enfermement strict perturbant les stimulations sensorielles, et en augmentant leur dépendance.

De la même manière, nous savons aujourd'hui que lorsque le cerveau des bébés est stimulé par des drogues pendant des mois dans le ventre de leur mère, il y a des risques, à la naissance, qu'ils éprouvent alors une dépendance également avec un manque ressenti par des syndromes physiques liés au sevrage : ils sont irritables, hyperactifs, facilement effrayés, éprouvent des difficultés à s'alimenter, victimes vulnérables des pratiques de leurs mères.

Par conséquent, l'augmentation de la consommation de drogues durant cette crise peut impacter les générations futures par une prédisposition plus élevée à développer une schizophrénie mais aussi par une prédisposition plus élevée à être dépendant aux stupéfiants.

B) Troubles du sommeil.

Selon l'article "[Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies - ScienceDirect](#)", Les violences subies apparaissent comme des événements favorisant la survenue de troubles réguliers du sommeil, avec toutefois quelques nuances selon la nature de ces violences. Alors nous devinons que l'augmentation des violences peut engendrer une augmentation du manque de sommeil. Selon la revue nommée [Conséquences psychopathologiques du confinement \(nih.gov\)](#), ces troubles du sommeil sont liés à la modification radicale de nos activités quotidiennes et des routines de vie, comme le stress induit par la pandémie et les conséquences associées (économiques, socioprofessionnelles, familiales), peuvent entraîner des perturbations importantes de nos rythmes biologiques et de notre sommeil. Néanmoins, aujourd'hui certaines études prouvent que les troubles du sommeil chez les femmes enceintes peuvent avoir un effet néfaste sur les enfants : une étude menée par les chercheurs de l'Université de Pittsburgh, aux Etats-Unis, a montré qu'un mauvais sommeil pendant la grossesse pouvait avoir des répercussions sur les défenses immunitaires du bébé et ralentir sa croissance in-utéro, avec un faible poids, et aura donc du mal à se défendre lorsqu'il rencontrera les premiers virus.

Pour conclure cette partie, nous pouvons dire que la prévention doit aussi se faire afin de protéger les futures générations. Les professionnels de santé doivent être au courant de toutes ces conséquences possibles afin de faire un suivi "durable".

VII. **Ce que je sais en tant qu'étudiante en psychologie.**

A) Le DSM 5

Il est important de mettre en évidence, dans un premier temps, qu'on ne peut pas considérer que le « confinement » en lui-même, peut constituer un événement potentiellement traumatique. Si on s'en tient à la définition du DSM-5, le confinement ne constitue pas, pour l'individu, une exposition à une menace de mort, une blessure sérieuse ou des violences sexuelles, et ne saurait donc être considéré comme un événement potentiellement traumatique. Ce qui est réellement traumatique, sont les facteurs psychosociaux à risque en augmentation. Parmi lesquels, on retrouve l'état de stress post-traumatique ; l'état de stress aigu ; le trouble de l'adaptation.

En tant qu'étudiante, je sais aussi que le DSM-5 (2013) a redéfini les troubles liés à la consommation de substances psychoactives ainsi que les critères diagnostiques de certains de ces troubles. Parmi les changements, il y a deux points qui me semblent essentiels : le premier, chaque substance particulière (autre que la caféine) correspond à une classe distincte de troubles de l'usage d'une substance (p. ex., troubles liés à l'alcool et troubles liés aux stimulants, dont la cocaïne), mais pour la plupart des substances, le diagnostic est établi à partir des mêmes critères. Le deuxième est que le chapitre du DSM-5 intitulé « Troubles liés à une substance et troubles addictifs » a été augmenté du trouble lié à la pratique du jeu d'argent. Ce changement est fondé sur l'expérience : en effet, certains comportements agissent sur le circuit de la récompense du cerveau, produisant des effets semblables à ceux des drogues ; et les symptômes du jeu d'argent pathologique ressemblent, par certains côtés, à ceux liés à la consommation de substances psychoactives.

Les onze critères pour les troubles liés à la consommation d'une substance sont regroupés en quatre catégories de comportements : réduction du contrôle sur la consommation d'une substance, l'altération du fonctionnement social, la consommation risquée de la substance, les critères pharmacologiques (tolérance et sevrage). Ensuite, la sévérité des troubles liés à la consommation d'une substance est fonction du nombre de critères symptomatiques présents (sur les 11) : trouble léger : défini par la présence de 2 ou 3 symptômes ; trouble moyen : défini par la présence de 4 ou 5 symptômes ; trouble grave : défini par la présence de 6 symptômes ou plus.

B) La Classification internationale des maladies ou CIM

Le chapitre V de la 10e Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), dont la publication fait suite à des essais de terrain approfondis menés dans plus de 100 centres cliniques et de recherche de 40 pays, présente une classification détaillée de plus de 300 troubles mentaux et du comportement. Parmi eux, on retrouve les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (substance chimique qui influe sur l'activité mentale comme les fonctions exécutives). Il y a les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés, du cannabis, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autres stimulants y compris la caféine, d'hallucinogènes,

ou encore de tabac. Ce qui veut dire que toutes formes de substances psycho actives et d'addiction peuvent être les conséquences de troubles mentaux et psychologiques, et souligne donc l'importance de prendre en charge les personnes qui y sont fréquemment exposées. Cela rejoint ce que nous avons mentionné en premier partie : les addictions sont corrélées à des troubles psychologiques et comportementaux.

C) Les Théories Freudienne.

D'après mes connaissances, Freud, précurseur de la psychanalyse, prétend le fait qu'un individu peut développer une forme de violence lorsqu'il procède involontairement et inconsciemment à un refoulement d'un évènement traumatique. On retrouve ici, la notion de "cercle cyclique", dans laquelle être exposé à des facteurs de risques (ex: Être victime d'agression sexuelle), nous amène à générer involontairement, d'autres facteurs de risques (Être violent envers soi même ou envers les autres, et avoir un risque de suicide plus élevé).

D) La psychologie Sociale.

La psychologie sociale nous offre plusieurs recherches afin que l'on puisse prévenir des comportements à risques. La conception de l'implémentation des intentions (Gollwitzer, 1991, 1993, 1999 ; Gollwitzer & Sheera, 2006) permet d'expliquer pourquoi il nous est possible de prendre une décision tout en pensant à autre chose. Ce mode de pensée est quasi-automatique ; nos actions et nos réactions semblent être activées plus par les indices présents dans l'environnement que par nous-même. L'intention comportementale peut être associée à de l'engagement, par la volonté d'aller à un but de façon intentionnelle (décider de ce que l'on veut faire) et par la planification des actions mise en œuvre pour atteindre ce but. 2 phases d'un même processus : - Procéder à une évaluation des raisons « pour » ou « contre », délibérer et décider d'agir ou non (-> mesure de l'intention comportementale) - Après la délibération, réfléchir aux comportements pertinents et à leur mise en œuvre (plan d'actions spécifiques) afin d'atteindre l'objectif à atteindre (-> Implémentation de l'intention). L'implémentation de l'intention est ainsi résumée aux questions que se posent l'individu : Quand, où et comment faire pour atteindre mon résultat ? Quand et où commencer, par quels moyens puis-je atteindre mon objectif de maigrir, d'arrêter de fumer ? Dans l'une de leurs expériences, Gollwitzer & Brandstatter (1997, expérience 2) demandent à 86 étudiants volontaires de participer à une étude sur la manière dont ils passent leur temps libre durant les vacances de Noël. En fait, le véritable objectif de l'expérience est de tester l'implémentation de l'intention. 1 ère partie de la procédure, il est demandé à tous les étudiants d'écrire sur un papier ce qu'ils pensaient faire pendant les 2 jours suivants le jour de Noël (les instructions sont données une semaine avant les vacances). L'implémentation des intentions permet donc d'anticiper sur la façon de mettre en œuvre les comportements nécessaires pour pouvoir ensuite atteindre un objectif. Il s'agit donc de se représenter les conditions et situations possibles comme des étapes pour faciliter la réalisation d'un objectif. L'objectif de cette démarche peut donc être de : - pouvoir contrôler la réalisation de ses buts, - trouver les moyens et conditions appropriés pour cela, - être dans un état de préparation mentale qui permettra ensuite une automatisé de l'exécution des étapes et des comportements associés pour parvenir à ce but. Dans l'une de leurs expériences, Gollwitzer & Brandstatter (1997, expérience 2) demandent à 86 étudiants volontaires de participer à une étude sur la manière dont ils passent leur temps libre durant les vacances de Noël. En fait, le véritable objectif de l'expérience est de tester l'implémentation de l'intention. 1 ère partie de la procédure, il est demandé à tous les étudiants d'écrire sur un papier ce qu'ils pensaient faire pendant les 2 jours suivants le jour de

Noël (les instructions sont données une semaine avant les vacances). La moitié des participants ont ensuite reçu une consigne permettant d'implémenter des intentions : on leur demande « où » et « quand » durant ces deux jours, ils allaient écrire leur compte-rendu. Les participants devaient choisir un point spécifique dans le temps (par ex. tout de suite après le déjeuner du matin suivant) et un endroit (par ex. sur le bureau de leur chambre) où ils commenceraient à écrire. Il leur était demandé de bien visualiser ces choix et de se dire à eux-mêmes silencieusement « J'ai l'intention d'écrire le compte-rendu dans la situation x ». L'autre moitié des participants n'avaient pas ce type de consigne. Tous les participants avaient ensuite pour consigne de renvoyer le plus tôt possible, dès l'objectif atteint, leur compte-rendu par la poste (une enveloppe timbrée était distribuée à cet effet). Les résultats de l'étude font apparaître que les étudiants qui ont eu une implémentation d'intention ont renvoyé significativement plus tôt leur compte rendu. De plus, 71 % des étudiants implémentés rendent leur rapport dans le temps imparti alors qu'ils ne sont que 32 % à faire de même dans l'autre groupe. La conception de l'implémentation d'intention s'inscrit dans le cadre de la théorie des phases de l'action (Heckhausen, 1986) l'explique par le fait que lorsque l'individu choisit de poursuivre un objectif dans le cadre de la théorie des phases de l'action, il doit franchir différentes étapes qui nécessitent la prise en compte d'éléments complexes, sans être certain d'atteindre le résultat souhaité. • En fonction de la situation, il doit déterminer le comportement le plus approprié et aussi « quand » et « comment » il doit adopter ce comportement pour atteindre l'objectif qu'il s'est fixé. Dans de très nombreux cas, s'il n'est pas en mesure de savoir précisément quel comportement adopter et à quel moment, cela peut le bloquer ou retarder sa prise de décision au moment opportun.

Dans le cadre de la prévention contre le suicide, implémenter une intention peut se faire de la façon suivante : On demande aux sujets d'imaginer un endroit, un lieu ou un moment précis où ils devront jeter toutes les substances illicites qu'ils possèdent. Les résultats montreront ainsi que les sujets jetteront plus vite les substances quand la situation se présentera, et plus probablement. L'implémentation implique la sélection de la situation la plus appropriée possible, et le fait de générer une représentation mentale de la situation permet plus facilement d'activer l'intention quand la situation se présente (Gollwitzer & Brandstatter, 1997 ; Gollwitzer & Schaal, 1998).

E) Le rapport du CESE sur l'amélioration du parcours en psychiatrie.

Le CESE (Le Conseil économique social et environnemental) lance dans un rapport sur l'amélioration des parcours de soins en psychiatrie (2021) 20 préconisations. Il me semble important que l'on mentionne l'aspect psychiatrique, car comme nous l'avons vu, les troubles mentaux sont intimement liés aux réactions comportementales inadaptées comme la violence ou la consommation de substances psycho actives. Ces préconisations s'organisent autour de plusieurs priorités indissociables : agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale ; favoriser une entrée plus précoce dans le soin ; renforcer les moyens matériels et humains de la psychiatrie ; consolider la coordination médicale et médico-sociale afin d'améliorer l'accompagnement des patientes et des patients mais aussi de leurs proches. Parmi ces préconisations, 3 sont, dans notre contexte, fondamentales :

-La préconisation 17 : "Multiplier l'association ou la présence de professionnels et professionnelles des troubles psychiques dans les lieux ou communautés d'exercice pluriprofessionnel (Communautés professionnelles territoriales de santé, Maisons de santé pluriprofessionnelles,

Centres de santé...) ". Cette préconisation me semble ici fondamentale car elle exige la prévention partagée.

-La préconisation 14 : "Répondre à l'urgence en formant davantage de pédopsychiatres. Donner à la pédopsychiatrie les moyens d'élaborer un diagnostic précoce. Garantir l'accès à une prise en charge en pédopsychiatrie au moins jusqu'à la majorité et donner à la pédopsychiatrie les moyens humains et financiers de répondre de manière adéquate à la demande.". Celle-ci se caractérise donc par la volonté de former des professionnels, et facilité l'accès de la psychiatrie sur le plan économique. Cela pourrait donc une prise en charge plus efficace, rapide, et surtout, prématurée.

-La Préconisation 6 : "Proposer un soutien aux proches aidants/aidantes, dès l'annonce de la pathologie et tout au long de l'évolution de la maladie et du parcours, à travers notamment une information sur la pathologie, des programmes psychoéducatifs et en favorisant la création d'espaces de rencontres dédiés et de groupes support. Mieux reconnaître le rôle des proches aidants en les informant et en les associant autant que possible aux prises de décisions.". Cette préconisation est très essentielle et rejoint ce dont nous avons parlé en première partie : La prise en charge ne doit pas concerner uniquement le patient, mais aussi son entourage. Cela permettrait, d'une part de comprendre les processus causaux, mais aussi de faire participer la famille à son rétablissement.

F) La Neurobiologie, Neurosciences.

Parlons ensemble des effets neurologiques et biologiques des addictions courantes comme la cocaïne ou l'alcool. Je pense qu'il est important de pouvoir mettre en relief cette dimension, afin que nous puissions comprendre qu'au-delà d'un risque suicidaire, ces facteurs peuvent entraîner des changements biologiques ou neurobiologiques importants. Prenons l'exemple de la cocaïne : Plus de 24 millions de personnes âgées de 12 ans ou plus ont déclaré avoir consommé des drogues illicites (SAMHSA,2014). En vue de cette donnée troublante, il m'a semblé important de mentionner les effets de la cocaïne sur notre fonctionnement biologique. La cocaïne produit des déficits persistants dans les fonctions cognitives supérieures, telles que l'attention, la fonction exécutive et le langage (Sheinkopf et al., 2009; Ackerman et al., 2010; Bandstra et al., 2011; Carmody et al., 2011; Liu et al., 2013; Akyuz et al., 2014; Allen et al., 2014). Les femmes enceintes qui consomment de la cocaïne ont un risque accru de rupture prématurée des membranes et d'hémorragie, ainsi que d'avortement spontané ou de mort fœtale (Oro et Dixon, 1987; Townsend et al., 1988; Handler et al., 1991; Kistin et al., 1996). Les conséquences que la cocaïne impose à l'enfant comprennent un risque accru de prématurité, de retard de croissance intra-utérine, de détresse respiratoire, de convulsions, un faible poids à la naissance et une longueur réduite, des malformations de la voie génito-urinaire, des infarctus/malformations de l'intestin et du cerveau, et un risque accru de syndrome de mort subite du nourrisson (Chasnoff et al., 1985; Bingol et al., 1987; Oro et Dixon, 1987; Ryan et al., 1987; Braude et al., 1987; Chasnoff et al., 1987; Chasnoff et al., 1988; Riley et al., 1988; Doberczak et al., 1988; Chasnoff et Griffith, 1989; Frank et al., 1990; Dominguez et al., 2005 ; Bauer et al., 2005). La diminution du tour de tête et de la microcéphalie se trouve couramment chez les nourrissons exposés avant la naissance à la cocaïne, en particulier les niveaux élevés de cocaïne (Bingol et al., 1987). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a révélé des structures corticales et subcorticales plus petites (Rao et al.,

2007; Rivkin et al., 2008) les IRM utilisant une cohorte plus petite de 13 à 15 ans ont déterminé que les réductions du volume de ces structures persistaient au moins jusqu'à l'adolescence (Akyuz et al., 2014). Quant à l'alcool, nous retrouvons des conséquences neurobiologiques similaires : Les adultes atteints d'AUD (troubles chronique de la consommation d'alcool) présentent des réductions du volume cérébral dans plusieurs régions critiques, y compris les cortex frontaux, temporaux, pariétaux, cingulés et insulaires, le cervelet, le thalamus et l'hippocampe, et cette perte peut être plus prononcée chez les adultes âgés de 65 ans et plus (Sullivan et al., 2018; Zahr et al., 2019). Les lésions cérébrales associées aux AUD chroniques peuvent entraîner une altération du fonctionnement, même après la fin de l'abus d'alcool. Par exemple, 50 à 75 % des alcooliques abstinents détoxifiés présentent un certain type de troubles cognitifs ou de la mémoire (Dufour, 1993, Parsons et Nixon, 1993, Smith et Atkinson, 1995). De plus, les adultes d'âge moyen ayant des antécédents d'AUD ont tendance à développer une déficience mentale plus tardive (Kuzma et al., 2014; Perreira et Sloan, 2002). L'hypothèse selon laquelle l'alcoolisme interagit ou interfère avec le vieillissement normal a été développée parce que plusieurs études transversales ont révélé un rétrécissement accéléré du cerveau à l'âge moyen chez les patients atteints de AUD, et deux études longitudinales récentes fournissent des preuves plus solides quant aux interactions neuro-pathologiques âge-alcoolisme dans le cortex frontal et l'hippocampe, même si une consommation excessive d'alcool est initiée plus tard dans la vie (Sullivan et al., 2018; Zahr et al., 2019)

VIII) Le numérique : Addiction nécessaire ? Mon expérience.

Le numérique évolue dans le monde. A l'échelle scolaire en France par exemple, il y a cette volonté de vouloir généraliser le numérique dans les écoles. Dans certaines écoles, c'est déjà le cas. "**Le numérique pour réussir dès l'école primaire | Institut Montaigne**", est un article publié sur le site de l'institut Montaigne, et explique en quoi les compétences pourront être améliorées en cas d'utilisation totale du numérique dès l'école primaire, mais toujours inégales. Nous pouvons le voir notamment à travers la phrase suivante : "L'introduction du numérique à l'école primaire - conçu comme un outil capable de consolider les savoirs fondamentaux - permettra de lutter plus efficacement contre l'échec scolaire. (...)". Par ailleurs En page 50 de l'article de l'Inria, (**Livre Blanc Inria éducation et numérique**), il est confirmé qu'il y a eu effectivement une amélioration des réussites grâce aux développements du numérique : "le site du ministère indique que le nombre de jeunes sortant chaque année sans qualification du système éducatif est passé de 140 000 en 2010 à 110 000 en 2014 et 98 000 en 2016 mais il reste encore beaucoup à faire et nous pensons que le numérique est un des leviers à actionner pour réduire encore ce nombre". Mais cette généralisation dans les écoles implique la nécessité d'en acquérir. Parallèlement, dans une interview pour la chaîne "librairie Mollat" publiée en 2016 (Philippe Bihouix, "Le désastre de l'école numérique : plaider pour une école sans écrans - YouTube") il a affirmé que très peu de recherches prouvent que le numérique peut améliorer les compétences scolaires ("La première question c'est la question de la pédagogie, c'est-à-dire est-ce que l'élève apprend mieux ? (...) On a très peu de recul sur ce que peut donner un citoyen 20 ans après avoir eu une tablette dans les mains à l'âge de 3 ans, et les rares recherches qui commencent à exister montrent qu'avec des écrans on n'apprend pas mieux, mais on apprend mieux- et ça ce n'est pas nouveau- avec la pédagogie active, c'est à dire quand l'élève produit du contenu (...)"). Analysons cette phrase : Il semblerait que pour la question de la pédagogie, on ne peut pas émettre des conclusions claires pour l'instant sur une

réelle efficacité. Cependant un plus grand nombre d'études serait en mesure de conclure qu'elle n'a aucune efficacité. D'un autre côté, le numérique est considéré comme une forme d'addiction, qui a fortement augmenté pendant le confinement comme nous l'avons vu plus haut. Généraliser le numérique dans les écoles constituerait donc une réelle augmentation de l'exposition des jeunes et des enfants. Ce pourquoi je parle ici d'une "addiction nécessaire". C'est à dire que l'évolution que connaît le numérique nous oblige quelque part, à y être exposé plus longuement. Pour mon expérience personnelle, je dois être en permanence connectée car nous recevons toutes les informations universitaires sur internet. Or nous avons aussi vu que l'addiction à internet augmentait les idées suicidaires. Il y a là une véritable discussion qui nécessite d'être menée.

IX . Chaires universitaires et diplômes français sur le genre, la santé sexuelle, la démocratie en santé

a) Les chaires universitaires sur le genre et diplômes.

Alors que les violences domestiques touchent d'avantage les femmes que les hommes, il est important de comprendre les disparités entre les genres. Ce pourquoi, nous allons parler ici de quelques institutions qui fournissent des outils de réflexion pour comprendre ces disparités. Parmi lesquels on retrouve le GIS Institut du Genre Fondé en 2012 à l'initiative de l'Institut des Sciences Humaines et Sociales du CNRS, l'Institut du Genre est un Groupement d'Intérêt Scientifique qui réunit 30 partenaires institutionnels. Estelle FERRARESE, en est la directrice, et est Professeure de Philosophie morale et politique à l'Université de Picardie Jules Verne. Cette institution est hébergée par la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord et constitue un lieu de coordination, de référence et d'accueil scientifique des recherches françaises sur le genre et les sexualités. L'institut du Genre compte 30 établissements de recherche et universités partenaires (comme L'Inserm ; l'université de Strasbourg, l'université de Paris, l'Université de Sorbonne nouvelle Paris 3 etc...). Ainsi par exemple, l'université Panthéon Sorbonne (un des partenaires) , propose le Master « Etudes de genre », une formation théorique et appliquée, pluridisciplinaire, co-dirigée par : Elisabeth CUDEVILLE, Maîtresse de Conférences et Sandra LAUGIER, Professeure des Universités. La formation favorise l'acquisition de connaissances fondamentales et le développement d'une réflexion normative et empirique sur les rapports de genre, leur histoire, les institutions et pratiques sociales qui les soutiennent mais aussi sur les discours, actions et mouvements qui ont contribué à leur transformation dans les sociétés contemporaines. L'université d'Anger, propose également un master d'étude sur le genre, visant à fournir aux étudiants des outils de réflexion méthodologiques propres aux sciences humaines et sociales et aux études sur le genre. Madame Nahema Hanafi en est la responsable pédagogique. L'université Bordeaux Montaigne propose le master « Études sur le genre : Genres, Cultures, Sociétés » qui est une formation pluridisciplinaire qui prépare à la maîtrise des théories et des concepts issus des études féministes et de genre afin de faire de la recherche scientifique.

Le Centre d'études féminines et d'études de genre (CEFEG) de l'université Paris 8 Vincennes Saint-Denis (créé en 1974 au Centre expérimental de Vincennes, ancêtre de l'université Paris 8 Vincennes à Saint-Denis, par Hélène Cixous) est l'un des plus anciens centres de recherches consacré à ces questions de genre en Europe. Le CEFEG désigne désormais la réunion de trois entités : Le nouveau département d'études de genre qui gère le master en études de genre de Paris 8, tout en continuant à proposer une animation scientifique et à dispenser des conseils pédagogiques en direction des doctorant-e-s en études de genre de l'université ; Les universitaires et chercheur-e-s CNRS (Institut des Sciences Humaines et Sociales) du LEGS(Laboratoire d'études de genre

et de sexualité) qui sont rattachés statutairement à l'université Paris 8 ; Le réseau des enseignant-e-s- chercheur-e-s en études de genre qui, en vertu de leur participation à l'encadrement et à l'enseignement en études de genre dispensé à Paris 8 (dernière année de licence, master et doctorat), revendiquent leur appartenance à cette communauté de recherche. Le département regroupe 6 professeurs : BERGER Anne, Professeure de littérature française et d'études de genre , DERFOUFI Mehdi, MCF en études culturelles et études de genre, FASSIN Éric, Professeur de sociologie et sciences politiques, GARNIER Marie-Dominique, Professeure de littérature anglaise et d'études de genre, MARQUIÉ Hélène, Maîtresse de Conférences HDR en arts et études de genre, NICOLAS Hélène, Maître de Conférences en anthropologie et études de genre et SETTI Nadia, Professeure en études de genre et littérature comparée

b) Les chaires universitaires sur la santé sexuelle et diplômes.

Par ailleurs, la santé sexuelle concerne nos deux facteurs : Les comportement d'addiction peuvent aussi être lié à une activité sexuelle accrue et des risques qui lui sont liés. D'autre part, les violences domestiques sous-entendent aussi une part d'abus sexuels. Il existe donc une nécessité de pouvoir se former, autant que professionnels, à la santé sexuelle, afin de prévenir le suicide.

Sous l'égide de l'UNESCO et abritée par l'Université de Paris, la Chaire UNESCO « Santé sexuelle & Droits humains », dont Thierry Troussier est le titulaire, s'inscrit dans une démarche positive et globale de la sexualité, et vise à garantir une vie sexuelle autonome, satisfaisante et en toute sécurité, avec la liberté de décider pour concevoir ou non des enfants. Les diplômes universitaires de la Chaire sont assurés par le Pôle transdisciplinaire de Santé sexuelle, de Sexologie et Droits humains. C'est un lieu d'innovation et d'enseignement pluridisciplinaire et numérique, au croisement des secteurs de la médecine, de la santé publique, de la psychologie, de la sociologie et du droit. Ce pôle est le premier dans cette matière en France. Parmi ces diplômes, on peut trouver par exemple le DU de santé sexuelle et droits humains, ouvert depuis 2007, à l'université de Paris, et dont LAURENT MANDELBROT est le Responsable de l'enseignement.

L'AIUS est une Société Savante créée en 1983, qui propose les enseignements en Sexologie et Sexualité Humaine, permettant d'évaluer, diagnostiquer et prendre en charge une difficulté sexuelle. Pierre Bondil tient la présidence. Plusieurs type de diplômes sont proposés, notamment à l'université paris Diderot (DU Santé sexuelle et Droits humains, DIU Sexologie et Etudes de la Sexualité Humaine, DIU d'OncoSexologie...) ou encore a l'université de Paris 5 (DIUESH : Diplôme Inter Universitaire d'Etudes de la Sexualité Humaine ; DU de Santé Sexuelle, avec 10 enseignants dont le Dr. Paul Bensussan, Dr. Philippe Brenot, Dr. Pierre Desvaux, Mme Aurélie Maquigneau, Mme Chantal Michard, Dr. Michèle Naouri-Vischel etc.). Le Diplôme Inter Universitaire de Sexologie (D.I.U) est la structure formatrice issue de l'AIHUS, délivrant le seul Diplôme Universitaire de valeur nationale reconnu en France pour l'exercice de la Sexologie pour les médecins et maintenant le DIU d'Etudes de la Sexualité Humaine qui permet aux non-médecins de se former conjointement.

C) Chaires universitaires sur la démocratie en santé, diplômes et Lois.

La démocratie en santé est une démarche qui associe les usagers et les autres acteurs du système de santé (professionnels, élus) à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. En France, les diplômes pouvant nous y former sont encore peu nombreux, mais il y a :

L'Institut National du Cancer (INCa) dont le président est Norbert IFRAH, et ses partenaires lancent la création d'une Chaire de Recherche en Sciences Humaines et Sociales (SHS) intitulée « Démocratie sanitaire / empowerment : implication des citoyens et des personnes touchées par le cancer », portant sur la démocratie sanitaire et "l'empowerment" en cancérologie, et a pour ambition d'impliquer des personnes touchées par le cancer, des professionnels de santé et des citoyens dans son programme de recherche et d'enseignement.

Dans le cadre de la Chaire « compétences et vulnérabilités ». (Adossée à l'Université des Patients-Sorbonne), il existe 3 types de formations : Le DU Patient.e Partenaire Et Référent.e En Rétablissement En Cancérologie ; Le DU Formation À L'Éducation Thérapeutique, et le DU DÉMOCRATIE EN SANTÉ : S'OUTILLER POUR CONSTRUIRE L'EXPERTISE EN SANTE. Cette chair vise à la création d'enseignements, de référentiels de formation et à l'implantation de dispositifs pour préparer, ou accompagner des personnes, des groupes, des institutions confrontés à des situations de haute incertitude, de crise, de grande complexité etc. La chaire a pour titulaire Catherine Tourette-Turgis, fondatrice en 2010 de la première Université des Patients à Sorbonne Université.

La démocratie sanitaire se caractérise plus précisément par des lois :

En 2002, La Loi Kouchner, pose les principes d'une véritable démocratie sanitaire : Renforcement des droits des malades, Accès direct du patient au dossier médical, Droit à l'information et au consentement éclairé, Liberté de choix du praticien et de l'établissement, Désignation de la personne de confiance, Représentation des usagers dans le système de santé, Principe de la responsabilité pour faute, Procédures CCI avec les principes suivants : gratuité, rapidité, souplesse, Création des CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) , la reconnaissance d'un titre de réparation pour les victimes etc.. Par la suite, La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Fixe 100 objectifs de santé publique, crée le Haut Conseil de la Santé publique, et définit 4 axes prioritaires : Soins palliatifs, Obésité, Maladie d'Alzheimer, Douleur. Le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a mis en place de nouvelles instances de démocratie sanitaire en région : La conférence régionale de la santé et de démocratie sanitaire (Elle concrétise l'engagement des citoyens et leurs représentants en reconnaissant leur responsabilité sociétale en matière de santé) ; Les conseils territoriaux de santé (Ils regroupent l'ensemble des acteurs de la santé, y compris les représentants des usagers, et constituent des espaces de concertation privilégiés). Cette loi témoigne aussi de la démocratie sanitaire. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, va Réorganiser le plan sanitaire et parcours de soins (Tiers payant généralisé, Création d'un système national des données de santé...); Avance les Droits des malades (Amélioration de l'information sur le coût des soins, sur la qualification et l'assurance des professionnels ; Extension de l'accès au dossier médical ; Extension du secret médical au champ social et médicosocial et échanges entre professionnels.).

X. Analyse Personnelle.

Faisons une analyse à partir des données obtenues jusqu'ici. Dans un premier temps, et de mon point de vue de psychologue, il semblerait que l'individu se prépare au suicide, c'est-à-dire qu'il élabore l'action comme nous pouvons élaborer n'importe quel projet : On part d'une souffrance à la fois environnementale et psychique (comme nous l'avons vu plus haut), l'idée suicidaire rentre ensuite en jeu (l'idée de la mort comme seule issue d'échapper à la souffrance), puis vient ce que

j'appellerais l'idée suicidaire « planifiée », dans laquelle le sujet va non seulement penser à la mort, mais va aussi intégrer à sa pensée, une méthode/ un plan d'élaboration (où, comment, et quand). Selon moi, ces deux dernières étapes déterminent le passage à l'acte. Il pourrait être bénéfique de faire une recherche scientifique sur l'impact de la force de l'idée suicidaire planifiée sur le passage à l'acte, en supposant que plus elle est forte, plus le passage à l'acte est probable.

Mais ce qui est surtout intéressant de dire, c'est que les individus ne se suicident pas sur « un coup de tête », il y a, selon moi, tout un cheminement de pensées, dans lesquelles les individus pèsent le pour et le contre, ce qui constitue, pour les professionnels et l'entourage, un « avantage » lors du repérage précoce. En effet, il s'agirait pour nous (les professionnels et l'entourage) de lui fournir plus d'éléments « contre », et rétablir une pensée saine à partir, par exemple, de discussions en groupe. C'est donc dans cette mesure, que selon moi, le repérage précoce est nécessaire. Il peut paraître certainement peu évident de repérer les idées suicidaires, mais je pense que tous les individus à risques, laissent certains indices, des choses, quelques fois subtiles, mais qui peuvent donner l'alerte. L'importance de tous nous former réside donc ici : Repérer précocement pour réorganiser une pensée suicidaire élaborée sur plusieurs jours, et diminuer les risques de passage à l'acte. Mais comment tous nous former ?

Dans mes plus profondes convictions, un ou deux/trois ans de formation ne suffisent pas pour une prévention efficace. Lorsque je parle de « prévention » je me réfère à toutes les formes de préventions possibles (prévention du suicide mais aussi prévention des comportements sexuels à risques, prévention des comportements addictifs, prévention des violences domestiques, prévention du harcèlement scolaire etc. Qui sont tout autant importantes les unes que les autres...). Selon moi, c'est toute notre éducation (à la fois scolaire et sociétale) qui doit pouvoir nous former à la prévention, au repérage, au partage, et à l'écoute. Comme nous le dit l'Imam Mohammad BAGHATE, il est impossible de se former sans avoir certaines valeurs de bienveillance, de respect. Nous n'apprenons ces valeurs nul autre part que dans notre éducation. Ainsi, dans un monde où, le racisme demeure encore, la pandémie nous a éprouvés, où les guerres entre Etats sont encore d'actualité, où les féminicides sont en constante augmentation, où la masculinité toxique ne cesse de prendre de l'ampleur à travers les médias etc., il est nécessaire d'inculquer à nos enfants, des valeurs de bienveillance, d'égalité, et de respect. Ce pourquoi, les écoles ne devraient pas uniquement nous apprendre à compter, écrire et lire, mais aussi à comprendre ce qu'est le vivre ensemble, ce qu'est la valeur de la vie, ce qu'est le respect d'autrui. Durant toute ma scolarité, je n'ai jamais été amenée à assister à un cours qui nous forme à tout cela. Une matière nommée « Vie commune », ou encore « Vivre en société » devrait être imposée dans toutes les écoles, à tous les niveaux, de la primaire à la terminale. Celle-ci serait divisée en 2 axes : Le théorique (comprendre que nous sommes tous égaux, comprendre que les affects des autres sont tout aussi importants que les autres, comprendre les effets de comportements répandus comme le harcèlement, les violences, les abandons etc) ; Et le technique (comment écouter autrui, comment donner l'alerte aux autorités, comment réagir face à une personne en détresse, comment signaler etc.). Cette matière serait guidée par des débats, dans lesquels les élèves pourront utiliser des outils de réflexions, et partager ensemble des convictions etc.. J'ai en effet, la plus profonde croyance, que la prévention portée sur autrui, commence par notre propre éducation, et qu'une telle matière permettrait de diminuer un bon nombre de facteurs de risques, et contribuera à rendre un monde meilleur.

Par ailleurs, j'aimerais vous faire part d'une anecdote que j'ai vécue il y a quelques jours de cela. Sur les réseaux, un homme âgé d'une quarantaine d'années racontait son histoire pour BRUT : Il avait été échangé, par un bébé mort-né, lorsqu'il venait de naître, au Maroc. Il ne connaissait donc pas ses parents biologiques, qui le pensaient sûrement mort. Ses parents adoptifs, ne lui ont pas donné suffisamment d'attention, le père étant alcoolique, et la mère étant dépressive. Il a vécu le harcèlement scolaire parallèlement à cette situation familiale pesante. Lorsqu'il fut adolescent, ses parents adoptifs l'ont abandonné, considérant qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour continuer à s'en occuper. L'homme a donc grandi au sein d'une famille déséquilibrée, et est, encore aujourd'hui, soumis à un manque constant de ses parents biologiques, et ne cesse de les chercher activement. Il a eu plusieurs problèmes avec la justice avant de trouver le chemin auprès de Dieu et grâce à ses croyances religieuses. J'ai pu prendre contact avec cet homme via les réseaux, et je lui ai demandé s'il suivait un psychologue, car il était important d'en parler, et de ne pas garder tant de souffrance que pour soi. L'homme (auteur du livre « L'enfant Egaré »), a ainsi ricané, avant de me dire la chose suivante : « Non mon psy, c'est Dieu. Moi je n'y crois pas beaucoup aux psychologues. Plus jeune, j'ai été pris en charge par l'un d'eux, et ce n'est pas allé bien loin, ça na rien donné, j'avais l'impression qu'il n'était là que pour le fric ». Des mots qui m'ont laissée sans voix. J'ai alors réalisé l'importance de redéfinir à la population le rôle du psychologue, et sa participation dans la prise en charge de la santé mentale. Je pense que les personnes s'attendent plus à une participation active (par exemple, dans ce cas, il aurait préféré que le psychologue l'aide à retrouver ses parents biologiques), plutôt que passive (qui passe par des mots, par l'écoute, par le soutien psychologique etc.). C'est pourquoi, réinventer le métier me semble un élément incontournable : Le psychologue devrait non seulement accompagner, et guider vers un soulagement psychique mais aussi agir selon les besoins du patient, entreprendre à ses côtés, les démarches qui pourront le soulager. L'idée est que le métier s'adapte aux besoins concrets des personnes, ce qui permettra peut-être, la revalorisation de ce dernier, et motivera la participation aux consultations. C'est d'ailleurs, ce que je veux faire en tant que psychologue criminologue plus tard : J'aimerais pouvoir prendre en charge et accompagner le criminel dans la réappréciation de la valeur de la vie d'autrui mais aussi de la sienne, tout en participant activement à ses besoins concrets, et aux besoins juridiques (par exemple, aider à déterminer un portrait psychologique pour retrouver un coupable, proposer des méthodes d'interrogatoire selon la personne etc..). Selon moi, la clef d'un psychologue efficace et qui puisse être considéré comme tel, réside dans sa capacité à fournir à son patient des besoins concrets, et cela passe par sa participation active.

Afin de prévenir les formes d'addiction, comme les addictions liées au numérique, pourquoi ne pas baisser le prix des livres, afin qu'ils soient accessibles à tous ? Cela pourrait constituer, selon moi, une motivation pour les élèves à s'en emparer. De plus, les publicités télévisées sur les livres n'existent pas. Aujourd'hui, pour prendre connaissance d'un livre, il faut soit se déplacer, soit avoir la chance de tomber dessus sur internet. L'auteur est souvent amené à faire lui seul la promotion médiatique de son livre. Cet élément est peut-être très petit pour certains, mais ce sont les plus petits détails accumulés qui donnent lieu à des comportements à risques, des comportements addictifs, suicidaires, violents. Ainsi, pouvoir accéder et prendre plus facilement connaissance des livres, peut contribuer à une forme addictive moins puissante du numérique, et donc à des risques suicidaires amoindris. Toujours dans la prévention des addictions, il me semble important de renforcer les centres qui apprennent aux sujets à mieux consommer, et non à leur enlever catégoriquement la substance addictive en question. En effet, comme nous l'avons vu, l'abstinence peut avoir de fortes conséquences neurobiologiques, et les rechutes sont très probables. L'idée

est donc, d'enseigner à mieux consommer, pour que les effets ne soient pas mortels, et soient plus sains. Très peu de centres sont dans cette optique là, ce qui, selon moi, ne devrait pas être le cas. Tous devraient proposer à leur patients et leur entourage, 2 volets de soins : Le soin par « abstinence » où le patient sera amené à éliminer les substances de son quotidien (mais avec des risques de conséquences neurocomportementales) ; ou le soin par « apprentissage » où l'on proposerait aux patients d'apprendre à mieux consommer, pour que leur activité devienne plus saine (mais avec des risques de vivre encore avec ses substances dans le sang, et les effets qui l'accompagnent.)

Dans le cadre de la violence conjugale, il a été dit lors de la journée du 5 février que les femmes étaient les plus touchées. Néanmoins, il est important de ne pas oublier que certains hommes le sont aussi. Cette tendance à toujours parler des femmes en tant que victime, favorise les inégalités entre genres, et creuse d'avantage la non prise en charge des plaintes masculines. En effet, avec ce stéréotype que les hommes sont hors de danger face aux femmes, la justice a tendance à ne pas prendre très au sérieux les plaintes masculines. De la même manière, les plaintes masculines sont très peu nombreuses car ils peuvent se sentir comme « ridicules », « humiliés » etc. C'est ce qu'on appelle la masculinité toxique. Donc, il serait important et nécessaire d'ouvrir des associations et des centres qui prennent en charge les hommes victimes de violences conjugales, car à ma connaissance, il n'en existe aucune. Il est important de pouvoir leur donner la parole, tout autant que l'on la donne aux femmes. Cet aspect me rappelle l'histoire de Johny Depp, acteur américain, accusé de violences envers sa femme, mais qui a pu prouver son innocence grâce à une vingtaine de notes vocales, dans lesquelles, on entendait les propos violents et menaçants de sa femme envers sa personne : il était en réalité, la victime.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, les enfants peuvent être victimes de violences conjugales en étant exposés directement ou indirectement. Néanmoins, un enfant n'a pas forcément les capacités d'alerter les autorités, par exemple, composer un numéro de téléphone, ou certains n'ont pas la capacité de lire. Il est donc important que dans toutes les écoles de France, on puisse mettre à disposition des personnes formées en droit, et en psychologie, afin de pouvoir avoir une conversation avec chaque enfant de moins de 10 ans, leur expliquer ce qui est normal à la maison, et ce qui ne l'est pas. L'idée est de les faire parler, pour étudier leur situation familiale, les protéger. C'est donc l'idée de leur donner la parole dès lors qu'ils le peuvent, de discuter avec eux, et de leur faire comprendre qu'ils ne sont pas seuls. Cette méthode ne devra pas être intrusive dans la vie des enfants, bien que le souci éthique puisse entrer en jeu. Ce pourquoi, il serait judicieux de former les intervenants et de donner un nom à ce tout nouveau métier. Cela facilitera le repérage précoce de certains facteurs comme la maltraitance, les violences domestiques, les abus sexuels etc.

Enfin, il serait intéressant d'ouvrir des chaires de recherche de la prévention partagée du suicide, bien qu'elles n'existent pas. Elles pourraient proposer des formations telles que des DU prévention partagée en suicidologie, DU Prise en charge des personnes suicidaires et leur entourage etc.

Si j'ai choisi cette thématique des addictions et des violences, c'est parce qu'elle se rapprochait le plus du métier que je souhaite exercer : la psychologie en criminologie. Ce stage m'a permis de comprendre que mon futur métier est en réalité un métier très vaste mais cela ne me décourage en rien. Entre le fait que lorsque je traite un criminel je traite également une victime ; entre le fait qu'il faut avoir des connaissances dans tous les domaines comme les neurosciences,

l'addictologie etc. : et entre le fait que c'est un métier éprouvant dans la mesure où les histoires sont très éprouvantes, je pense que j'ai compris qu'il s'agissait réellement du métier de mes rêves.

CONCLUSION.

Le suicide est très étroitement lié à des facteurs de risque comme l'exposition à la violence, ou l'usage de stupéfiant. Le "témoin" (un rôle souvent occupé par les enfants) face à ces deux facteurs, va à son tour employer l'un de ces deux facteurs, ou d'autres facteurs de risques. Cependant on ne pourra pas parler de "fatalité". Chaque facteur de risque est accompagné par un facteur psychologique, d'où l'importance de solliciter des psychologues, afin de comprendre, de prévenir et d'accompagner. Ils peuvent être associés également à des troubles mentaux, ce qui désigne l'importance de la psychiatrie aussi. La prévention partagée semble quant à elle essentielle d'une part parce qu'un seul professionnel ne peut pas porter le poids des facteurs de risque, et d'autre part parce qu'il n'existe pas que les axes qui sous-tendent nos deux facteurs, d'autres qui sont nombreux et complexes. De plus, la prévention doit voir au-delà d'un contexte actuel, puisque les impacts dans un futur proche peuvent être nombreux.

La crise sanitaire n'a pas entraîné une vraie augmentation du suicide, cependant selon l'article "COVID-19 and addiction" publié en 2020, il y a eu plus de décès involontaires, notamment dûs aux addictions. Cependant les intervenants dénoncent une augmentation de l'addiction et du taux de violence. Il y a eu un réel effort d'adaptation, qui doit perdurer dans le temps, et qui constitue pour les professionnels, une période d'apprentissage.

SOURCES

Lisa, V., Lars, M., Ping, Q., (2018) Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: A national study - ScienceDirect , *Journal of Psychiatric Research*, Volume 96, Pages 49-56

Dragisic, T., Dickov, A., Dickov, V., & Mijatovic, V. (2015). Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. *Materia socio-medica*, 27(3), 188-191. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.188-191>

Funda. Kavak Ü., Aktürk A., Özdemir., Abdurrezzak, G. (August 2018), The relationship between domestic violence against women and suicide risk ; *Archives of Psychiatric Nursing* Volume 32,

Issue 4, Pages 574-579.

McMahon, K., Hoertel, N., Olfson, M., Wall, M., Wang, S., & Blanco, C. (2018). Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study. *Psychiatry research*, 269, 386-393.

Kim, H. J., Min, J. Y., Min, K. B., Lee, T. J., & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *PloS one*, 13(2), e0190896.

Al Odhayani, A., Watson, W. J., & Watson, L. (2013). Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants. *Canadian Family Physician*, 59(8), e350-e356.

Plant, M. A., Orford, J., & Grant, M. (1989). The effects on children and adolescents of parents' excessive drinking: an international review. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 104(5), 433-442.

Brochu, S., Cousineau, M.-M., Provost, C., Erickson, P. & Fu, S. (2010). Quand drogues et violence se rencontrent chez les jeunes : un cocktail explosif ? *Drogues, santé et société*, 9(2), 149-178.:

A.Viero G.Barbara M.Montisci Kustermann Cattaneo .(2021).Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies, *Forensic Science International*, volume 319.

Rocco Servidio ,Maria Giuseppina, Bartolo, Anna Lisa Palermi, Angela Costabile. (2021) Fear of COVID-19, depression, anxiety, and their association with Internet addiction disorder in a sample of Italian students . *Journal of Affective Disorders Reports*.

N.van Geldera, A.Peterman , A.Potts, M.O'DonnelleK, Thompsonf, N.Shah, S.Oertelt-Prigione. (April 2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence .*THE LANCET*.{21},{100348}.

"Le nombre de suicides n'a pas augmenté malgré l'épidémie de Covid-19 et le confinement" (lemonde.fr) LE MONDE par William Audureau , Publié le 23 novembre 2020 à 17h33 - Mis à jour le 24 novembre 2020 à 09h54,

"Un an de confinement : les sans-abris toujours plus nombreux" (rcf.fr) RCF, RADIO CHRÉTIENNE FRANCOPHONE, 2020.

"90 féminicides en 2020 : ce que les chiffres ne disent pas", *journal des femmes*, mis à jour le 02/02/21 15:52, le journal des femmes société.

Violence envers les enfants : la crise cachée de la pandémie de COVID-19 | Représentante spéciale chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants (un.org), Nation Unies, La Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants.

Mahua J., Dubey R., Ghosh S., Chatter J., Payel B., Subhankar. Souvik D., (2020) COVID-19 and addiction, *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. Volume 14, Pages 817-823.

Video Youtube "Ecouter, faire entendre, agir ensemble", publiée le 19 janvier 2021, par "Association Sos Solitude".

A.Viero G.Barbar M.Montisci Kustermann C.Cattaneo. (February 2021), Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies, *Forensic ScienceInternational*, Volume 319, 110650

Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., & Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement [Psychopathological consequences of confinement]. *L'Encephale*, 46(35), S43-S52.

"La vérité sur le métier de psychologue" | Dans vos têtes | Francetv info , France info, dans vos têtes, par Jerome Lichtlé , novembre 2020

Hoffman R. E. (2007). A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1066-1070.

F.Beck R.Guignard .Léger. (October-December 2010) Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies , *Médecine du Sommeil*, Volume 7, Pages 146-155

, "En parler, mais à qui ? Trop peu de psychologues pour les étudiant·e·s en détresse", Nightline France, (2020).

SHAMSA (2014) Estimations de la consommation d'alcool et d'autres drogues et de la santé mentale tirées de l'Enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé de 2013 : Aperçu des résultats. Dans : *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Pp.1-