

VIOLENCE ET SANTE MENTALE

**Un état de la question au Québec
présenté au Comité de la politique de santé
mentale**

Par

**L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
PLAIDOYER-VICTIMES**

Avril 1987

Sommaire

Chaque année, au Québec, environ 150,000 Québécois sont victimes de violence dont 18,000 nécessitent des soins médicaux; 13,000 individus sont poursuivis en justice comme auteurs de ces violences. La violence non signalée est au moins deux fois plus fréquente que celle qui est dénoncée aux autorités.

Cachée ou révélée, la violence blesse toujours ceux qui la subissent et ceux qui la commettent. Le plus navrant est que la violence se perpétue et se multiplie: ces victimes ont de fortes probabilités d'être victimisées de nouveau ou de devenir agresseurs. À cause du caractère caché, honteux même de l'agression, et de la pénurie de services à la disposition des victimes, on ne peut quantifier les personnes souffrant de troubles mentaux ou de comportement dûs à une violence subie. Cependant, les observations cliniques abondent et font état de dépression, d'idéations suicidaires, d'alcoolisme et de toxicomanie, de décrochage, prostitution, fugues, etc. Le problème est parfois amplifié par des politiques sociales d'avant-garde (en natalité, maintien à domicile, etc.) qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs.

Bien que la victimisation des femmes soit un problème social majeur non résolu, nous avons voulu attirer l'attention sur les victimes laissées pour compte: les personnes âgées, les proches et les témoins des victimes, les hommes et les enfants agressés par des inconnus, les adolescents, les réfugiés antérieurement victimes de torture, les victimes en institution et en milieu de travail.

Cette violence coûte très cher à la société québécoise, financièrement et socialement. Nous sommes persuadés qu'une approche préventive diminuerait considérablement ces coûts. Elle consiste surtout à offrir des services d'urgence aux victimes et à désamorcer les conflits. La recherche, la formation des intervenants et la sensibilisation du public sont des prérequis à cette action. Les initiatives isolées, les projets communautaires, les actions ponctuelles ne sauraient, seuls, réussir à contrôler et à diminuer la violence. Une politique de financement des ressources existantes qui ont fait leur preuve est indispensable de même que l'allocation d'un budget pour la création de ressources là où des lacunes ont été identifiées. À moyen et à long terme, les contribuables québécois pourraient même voir allégé leur fardeau financier. Nous insistons également sur la nécessité d'une concertation inter-sectorielle et inter-ministérielle.

Le document soumis au Comité de la politique de santé mentale présente un état de la

question, examine l'impact de la violence sur la santé mentale des individus et suggère des voies de solution.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

Introduction	7
I- Le phénomène de la violence	8
1. Une définition de la violence	8
2. Quelques statistiques	8
2.1 La violence dénoncée	8
2.2 La violence non dénoncée	8
3. L'incidence et la prévalence de la violence	9
II- Les victimes de la violence	
1. La violence dans les relations interpersonnelles	10
1.1 Dans la famille	10
1.2 Au travail, en institution et à l'école	10
2. La violence hors du contexte des relations interpersonnelles	11
2.1 Au travail	11
2.2 A la maison, sur la rue, dans les endroits publics	11
2.3 Les victimisations collectives et les victimisations à caractère politique	11
3. D'autres victimes méconnues	11
3.1 Les victimes secondaires	11
3.2 Les victimes moins que parfaites	12
4. Un profil d'ensemble	12
III- Les auteurs de violence	
1. Un profil général des agresseurs	13
2. La violence dans les relations interpersonnelles	13
3. La violence à l'égard des étrangers	13
IV- Les problématiques	
1. La violence contre les proches	14
2. La violence de la part d'étrangers	14

V- Les conséquences

1.	Les atteintes à l'intégrité physique	16
2.	Les atteintes à l'intégrité psychologique	16
2.1	À court terme et à moyen terme	16
2.2	À long terme	17
2.3	Les facteurs de traumatismes	17
3.	Les répercussions sociales	17
4.	Le fardeau financier	18
4.1	Les coûts assumés par les victimes	18
4.2	Les coûts assumés par l'État	18
5.	La victimisation secondaire	18
6.	Les conséquences vécues par les agresseurs	19
7.	L'impact général sur la santé mentale	19

VI- Les besoins et les ressources

1.	Les besoins des victimes	20
1.1	En général	20
1.2	Des besoins spécifiques	20
2.	Les besoins des agresseurs	21
3.	Les ressources offertes aux victimes	21
4.	Les ressources offertes aux agresseurs	22

VII- Les lacunes

1.	Les besoins de recherche, de formation et d'information	23
2.	Une sérieuse pénurie de services aux victimes	23
2.1	Les victimes laissées pour compte	23
2.2	Les victimes partiellement oubliées	24
2.3	Les secteurs d'intervention négligés	24
3.	Des problèmes d'intervention auprès des agresseurs	25
4.	Une faible concertation intersectorielle et interministérielle	25

VIII- Les éléments d'une politique

1.	Une philosophie d'intervention	26
2.	Prévenir la violence et contrôler ses conséquences	26
2.1	La prestation de services aux victimes	26
	a) la recherche	
	b) la formation des intervenants	
	c) les services d'urgence	
	d) les suivis médicaux et psychosociaux	
	e) le dépistage	
	f) une banque des ressources	
3.	Désamorcer les situations de conflits	29
4.	Informar le public	29
5.	Promouvoir l'égalité d'accès aux services	29
6.	Favoriser l'autonomie	30
7.	Agir en concertation	30
8.	Financer	31
	Références	32
	Annexe	
	Liste des participants à la réunion-débat	33

Introduction

Le mandat confié à l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes était de faire le point sur la violence dans la société québécoise, d'en estimer les conséquences sur la santé mentale des citoyens et, eu égard à une politique, de proposer des solutions et de faire état du partage actuel ou souhaité des responsabilités.

Il était prévisible que les intérêts et les expertises de Plaidoyer-Victimes l'amènent à se pencher surtout sur les personnes qui font les frais de la violence. Cependant, comme la violence est essentiellement un phénomène d'escalade dans les rapports de force, puisque l'abusé risque toujours de devenir abuseur, nous avons aussi tenu compte des agresseurs.

Nous disposions de quinze jours pour nous acquitter de notre mandat. Il n'était pas question d'entreprendre de nouvelles recherches. Nous avons donc fait une synthèse critique des données accumulées par Plaidoyer-Victimes, ses membres et ses collaborateurs; nous avons organisé une table ronde d'experts et nous avons consulté quelques spécialistes sur des points bien précis. Naturellement, la littérature sert aussi de point d'ancrage.

Après avoir soumis une première version du présent texte et suite à une présentation devant le Comité, nous avons apporté quelques corrections et précisions.

La trame de ce document est l'hypothèse d'un lien étroit entre la violence et un grand nombre de problèmes de santé mentale.

Après avoir tracé le profil de la violence dans la société québécoise (les quatre premières parties du document), nous essayons, au chapitre des conséquences, de démontrer la relation entre la violence et les problèmes de santé mentale. Les deux sections suivantes traitent de la réponse actuelle de la société québécoise au phénomène de violence. Enfin, nous proposons une esquisse de politique qui ne s'adresse pas qu'au Comité de la politique de santé mentale car la prévention et le traitement de la violence relèvent de plusieurs instances.

I- Le phénomène de la violence

Un des paradoxes de la violence est qu'il s'agit à la fois d'un phénomène caché, tabou, ignoré, et de la réalité sociale la plus rentable pour les média d'information. La contradiction n'est peut-être qu'apparente, les violences au quotidien étant méconnues alors que les faits spectaculaires sont exposés à l'attention du public. Si les Québécois savaient qu'au moins 150,000 d'entre eux sont blessés physiquement ou émotionnellement chaque année, ne seraient-ils pas aussi bouleversés que lorsqu'ils apprennent qu'un attentat a fait 100 victimes?

1. Une définition de la violence

Aux fins de cet exposé, nous avons opté pour une définition étroite: "Les gestes, comportements ou omissions qui portent directement atteinte à l'intégrité physique ou mentale des personnes". Ces actes comprennent l'homicide, la tentative d'homicide, les voies de fait, les agressions sexuelles, les enlèvements, les menaces, le vol qualifié, les négligences causant un péril à autrui, etc.

2. Quelques statistiques

Moins du tiers des agressions sont signalées à la police (Solliciteur général du Canada, 1984), et les signalements ne font pas tous l'objet de compilations statistiques.

2.1 La violence dénoncée

En 1985, la police a enregistré 35,000 incidents de violence au Québec. Elle a élucidé la moitié de ces délits et 13,000 accusés, la plupart des adultes, ont été poursuivis en justice. Ces incidents auraient fait 49,000 victimes selon l'estimé de 1.4 victimes par délit accepté en Amérique du Nord. Les dossiers de la police sont tenus en fonction des crimes et des suspects et ne permettent donc pas de connaître exactement l'ampleur de la victimisation rapportée.

2.2 La violence non dénoncée

Toutes sortes de peurs et d'ignorance empêchent le signalement, en particulier lorsque la violence provient d'une personne connue. Les estimés et projections abondent quant à la violence infligée aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées mais la plupart d'entre eux sont basés sur des indices ténus. Nous préférons nous en tenir aux estimés très conservateurs

des sondages de victimisation¹ révélant qu'au moins les deux tiers des violences ne sont pas signalées et avancer que plus de 150,000 Québécois sont agressés chaque année. Combien l'auront été au moins une fois au cours de leur vie? Vraisemblablement, le quart de la population.

3. L'incidence et la prévalence de la violence

La pénurie de données, et surtout de données sur les victimes, révèle une indifférence généralisée, pourtant démentie par la peur du crime chez les citoyens. Elle est l'obstacle majeur à toute initiative sérieuse de prévention et de dépistage. Elle révèle une société en contradiction avec elle-même, ambivalente; on craint la violence pour soi certes, mais on croit aussi qu'elle n'arrive qu'aux autres.

¹ Ne sont pas touchés par ces sondages: les jeunes enfants, les immigrants nouvellement reçus, les itinérants, les personnes hospitalisées ou pensionnaires de centres d'accueil, qui sont toutes des personnes à risques élevés.

II- Les victimes de la violence

Actuellement au Québec, parler de la violence et de ses victimes revient à dénoncer la situation des femmes et, parfois aussi, celle des enfants et des personnes âgées. A notre avis, le débat est trop polarisé sur des types de victimes et il néglige les types de victimisations. Nous proposons d'abord une distinction entre la violence qui se produit entre proches et celle qui est le fait d'étrangers.

1. La violence dans les relations interpersonnelles

Voilà où se situe le chiffre noir: la violence entre personnes qui se connaissent.

1.1 Dans la famille

La famille est un lieu privilégié d'abus. Il est d'usage que les plus forts physiquement et politiquement y agressent les plus faibles. Très majoritairement, les victimes sont donc des femmes, des enfants et des personnes âgées. Elles subissent toute la gamme des atteintes à l'intégrité physique et psychologique, de l'inceste, aux coups et blessures, à l'homicide. Elles signalent très peu ces abus dont les conséquences se répercutent pourtant de génération en génération. Elles se retrouvent dans toutes les couches de la population mais surtout dans les milieux économiquement défavorisés.

1.2 Au travail, en institution et à l'école

Clients, patients, détenus, employeurs, intervenants, gardiens, sont victimes de violence au cours d'interactions suivies. La violence subie par des clients autonomes est ponctuelle, généralement dénoncée et sujette à réparation. En contrepartie, on ne sait rien sur les abus exercés à l'endroit des clientèles dépendantes sauf qu'ils se produisent. De même, le voile est à peine levé sur la victimisation des employés des secteurs correctionnels et socio-sanitaires. Les indices dont on dispose sont des témoignages individuels et quelques recherches en milieu hospitalier (Engel et Marsh, 1986). Des études récentes et en cours révèlent aussi la présence de violence dans les écoles primaires et secondaires.

2. La violence hors du contexte des relations interpersonnelles

Les violences fortuites qui ne surviennent pas dans le cadre de relations interpersonnelles sont celles que craint la population.

2.1 Au travail

Les principales cibles sont les personnes qui manipulent de l'argent, qui travaillent le soir et la nuit, qui sont isolées ou peu protégées. Les principales formes d'agression sont le vol qualifié et l'extorsion.

2.2 A la maison, sur la rue, dans les endroits publics

Sauf pour l'agression sexuelle subie très majoritairement par des femmes, les victimes sont surtout des hommes. Contrairement aux croyances populaires, les personnes âgées sont rarement victimes de la part d'inconnus (encore faut-il distinguer selon le type d'agressions; par exemple les vols de sacs atteignent souvent les femmes âgées.) Dans l'ensemble, les adolescents et les jeunes adultes sont les plus exposés. Soulignons la vulnérabilité spéciale des jeunes en fugue.

Bref, la fréquence, la nature et les circonstances des activités à l'extérieur du milieu familial déterminent le degré d'exposition à la violence de la part d'étrangers.

2.3 Les victimisations collectives et les victimisations à caractère politique

Le Québec a été relativement exempté de ces formes de victimisations auxquelles il faut ajouter des incidents à caractère non criminel, c'est-à-dire non intentionnel. Dans ces attentats, les cibles sont généralement choisies au hasard ou en fonction du groupe auquel elles appartiennent.

Cependant, de plus en plus de réfugiés, victimes de la torture, franchissent nos frontières. Il n'est pas surprenant que ces immigrants qui éprouvent des pertes multiples, qui vivent des crises déclenchées par des stimuli évocateurs, connaissent divers problèmes de santé et de comportement (Allodi et al., 1986). Et leur nombre ira grandissant.

3. D'autres victimes méconnues

Nous voulons attirer l'attention sur deux autres types de victimes: celles qui souffrent par ricochet et celles qu'on dit coupables.

3.1 Les victimes secondaires

Très souvent, l'entourage immédiat des personnes violentées de même que les témoins

de la violence éprouvent des perturbations semblables à celles que vit la victime immédiate ou primaire. Cliniquement, ce fait est très bien documenté; statistiquement, c'est le vide absolu.

3.2 Les victimes moins que parfaites

Les situations ne sont pas toujours peintes en noir et blanc. Parfois, il est difficile de distinguer entre victimes et agresseurs. C'est le cas de la bagarre provoquée par celui qui en sort perdant.

Certaines occupations illicites, la prostitution par exemple, suscitent des risques d'agression. Des circonstances exposent d'autres individus à la victimisation: par exemple le fait d'être sans abri et alcoolique.

Les victimes moins que parfaites sont en partie responsables des malheurs qui leur arrivent mais c'est très souvent une première victimisation qui les a réduites à leur état de vulnérabilité.

4. Un profil d'ensemble

Le fardeau de la violence n'est pas partagé également par tous les membres d'une communauté. Certains y sont plus exposés. Dans la famille, en institution, à l'école, ce sont les personnes en situation de faiblesse relative qui sont vulnérables. En dehors du cadre des relations interpersonnelles, ce sont l'occupation, le genre de vie, la fréquence et la nature des activités qui agissent sur les probabilités de devenir victime. Soulignons à nouveau la grande vulnérabilité des jeunes et des autres personnes économiquement et culturellement défavorisées.

Compte tenu du développement démographique du Québec, il faut s'attendre à l'émergence de problèmes chez les personnes âgées et chez les réfugiés.

III- Les auteurs de violence

Tout comme nous l'avons fait pour les victimes, il faudra distinguer entre les personnes qui agressent des proches et celles qui jettent leur dévolu sur des étrangers. On note cependant des caractéristiques communes entre ces deux groupes.

1. Un profil général des agresseurs

Ils sont presque tous des hommes alors que près de la moitié des victimes sont des femmes. Comme les victimes, les agresseurs sont jeunes mais beaucoup plus concentrés dans le groupe des 15-30 ans. Ils proviennent aussi, de façon disproportionnée, de milieux économiquement défavorisés. La majorité d'entre eux ont un passé d'abus ou de négligence grave.

2. La violence dans les relations interpersonnelles

La majorité des personnes violentes à l'égard de leurs proches entretiennent des relations harmonieuses avec leurs autres entourages. Elles sont non violentes dans les autres sphères de leur vie et elles respectent les normes de la vie sociétale. Souvent, elles ont des attentes démesurées à l'égard du partenaire ou de l'enfant; ces attentes proviennent de leurs frustrations antérieures ou de leur socialisation à des rôles de dominant et dominé. Souvent aussi, l'agresseur est tout simplement épuisé physiquement, économiquement et émotionnellement (soins requis par les bébés, les malades chroniques, les handicapés mentaux,...).

3. La violence à l'égard des étrangers

Voilà un des principaux objets de la criminologie. On ne saurait résumer en un paragraphe une décennie de recherches. Le chapitre suivant en traite davantage. Disons pour l'instant que la plupart des agresseurs sont jeunes, sans soutien familial, sans raison de vivre, et à la recherche d'un statut social et économique inaccessible. Bien sûr, il y a aussi des agresseurs qui sont psychopathes ou qui souffrent d'autres formes de troubles sérieux de la personnalité.

IV- Les problématiques

Des synthèses qui précèdent, on déduit facilement les caractéristiques distinctes et communes des deux principaux types de violence.

1. La violence contre les proches

Elle tend à être répétitive, endogène, grave, socialement tolérée. C'est une violence qui provient toujours des plus forts contre les plus faibles, dans laquelle les rôles sont quasi irréversibles, qui s'accroît avec le temps et se propage de génération en génération. Les victimes de sexe féminin tendent à s'accoutumer à leur rôle de victimes ou à user de violence contre leurs enfants ou leurs parents âgés. Les victimes de sexe masculin échappent plus rapidement à leur rôle de victimes pour adopter celui d'agresseur.

La violence s'accroît. Il est très difficile de l'interrompre ou de freiner son escalade. Il est encore plus ardu d'empêcher sa contamination.

Ce type de violence est certainement opportuniste et circonstanciel: c'est si facile d'attaquer plus faible que soi. Avant tout, c'est une violence socialement acceptée dans l'organisation de la distribution des pouvoirs pour l'ordre social.

Une autre source de violence est la disproportion entre les responsabilités familiales ou professionnelles et les moyens d'y faire face: par exemple des parents démunis face aux exigences des enfants; des adultes qui auraient désespérément besoin d'un répit pour assurer des soins de qualité à leurs parents âgés. Les politiques de natalité, de maintien à domicile, de protection de la famille, de prolongation de la vie, ont des effets néfastes lorsque non adéquatement soutenues par des services sociaux cohérents avec de telles politiques. Alors, la violence humaine prend rapidement la place de la violence de la nature.

2. La violence de la part d'étrangers

Aux chapitres précédents, nous avons dit pourquoi les gens deviennent victimes: conséquences conjuguées d'un mode de vie et du hasard. Mais quelles sont les causes de l'agression? Elles sont multiples, on s'en doute. Attirons l'attention sur:

- la valorisation du succès et des gagnants;
- l'inégalité d'accès aux moyens pour parvenir à la réussite;
- la dévalorisation de catégories de personnes définies comme victimes "légitimes";
- le besoin de réciprocité, de faire subir à d'autres ce qu'on a vécu;

- les modèles de socialisation;
- les traumatismes non résorbés;
- la disparité entre les droits des parties devant l'appareil de justice.

3. En général, les sources de la violence

On ne saurait expliquer de la même façon le rapt d'enfants, l'agression sexuelle et le vol avec violence. Cependant, au-delà des explications spécifiques apparaissent des dimensions communes. Une politique de la santé mentale devra tenir compte particulièrement des aspects suivants:

- le caractère contagieux de la violence (les victimes créent d'autres victimes qui deviennent agresseurs ou subisseurs, qui... etc.);
- le caractère cumulatif de la violence (la gravité s'accroît avec le temps, la violence se répand, les sensibilités s'émoussent);
- le lien entre les conditions de vie et la violence (on ne peut pas faire face au stress indéfiniment);
- la rentabilité politique de la violence (c'est par la violence qu'on assure la suprématie des uns sur les autres);
- la rentabilité économique de la violence (pour les média d'information, par exemple).

V- Les conséquences

Des constatations qui précèdent on peut déduire que la principale conséquence de la violence est d'engendrer et de multiplier victimes et agresseurs. À plus court terme, "la violence blesse toujours" selon le thème de la semaine de prévention du crime de 1986. La violence atteint le corps, l'âme, les relations sociales et elle coûte très cher financièrement.

1. Les atteintes à l'intégrité physique

En revenant à notre estimé très conservateur de 150,000 Québécois victimes annuellement, on peut évaluer à 18,000 le nombre d'entre eux qui auront besoin de soins médicaux. Environ 500 souffriront d'incapacités physiques permanentes; 200 seront décédés des suites de l'agression². Naturellement, la gravité des blessures varie selon la vulnérabilité (exemple: personnes âgées).

2. Les atteintes à l'intégrité psychologique

Presque toutes les victimes de violence sont perturbées émotionnellement. C'est une constatation bien documentée par la recherche et l'intervention. Les principaux impacts sont: la peur, la honte et le sentiment de culpabilité, la perte d'estime de soi, la diminution du goût de vivre.

2.1 À court terme et à moyen terme

On peut mentionner la présence de ce que le DSM-III appelle le syndrome du stress post-traumatique, dont les caractéristiques principales sont:

- a) la présence d'un élément stressant susceptible d'éliciter chez la plupart des gens des symptômes marqués de détresse;
- b) une évocation de cet événement dans des cauchemars répétitifs, souvenirs persistants ou impressions de revivre l'événement perturbateur;
- c) une apathie, une léthargie, une torpeur face au monde externe;
- d) l'existence d'au moins deux des symptômes suivants: nervosité exacerbée, perturbation du sommeil, troubles de mémoire et difficultés de concentration, évitement des activités qui rappellent de mauvais souvenirs, aggravation des symptômes lorsqu'exposé à une situation semblable, ou sentiment de culpabilité d'avoir survécu.

² Estimés basés sur les statistiques officielles, le sondage canadien de victimisation et les demandes à l'IVAC.

2.2 À long terme

Les problèmes psychologiques les plus fréquents seraient la dépression, les phobies, l'anxiété, l'isolement (repli sur soi), des difficultés de fonctionnement et des problèmes d'ordre sexuel ou familial, des insomnies, des cauchemars, des tendances à la somatisation, des idéations suicidaires, voire même des tentatives de suicide. Par exemple, Kérrouac et al., (1986) ont trouvé que les femmes violentées sont plus anxieuses et déprimées que l'ensemble des Québécoises et qu'elles somatisent davantage.

Dans certains cas, en particulier si la victime était jeune au moment de l'agression, les perturbations se manifestent longtemps après l'événement et leur origine est méconnue des thérapeutes.

Enfin, les victimes secondaires sont sujettes aux mêmes séquelles que les victimes immédiates.

2.3 Les facteurs de traumatismes

Outre la nature, la gravité, la fréquence et la durée de la violence, les fragilités individuelles et les circonstances exercent une influence sur l'ampleur du traumatisme subi. Les quelques recherches dont on dispose indiquent que l'impact de la violence diffère sensiblement selon le degré de maturité et d'équilibre émotif de la victime au moment de l'agression.

3. Les répercussions sociales

Lorsque la violence se produit dans le cadre de relations sociales stables, on peut comprendre la désintégration des liens familiaux et sociaux: divorces et séparations, placements des enfants, déménagements, changements d'emploi. Le même phénomène est observé dans les cas de violence fortuite. Toute agression met en péril le réseau social de la victime et provoque des ruptures à un moment où la solidarité serait essentielle. Mais voilà, les proches de la victime, éprouvant des symptômes similaires et n'étant pas supportés, sont incapables de comprendre et d'assister la victime immédiate.

Nous avons mentionné antérieurement que la violence subie est souvent à l'origine de la délinquance et, certainement de la majorité des fugues chez les jeunes. Or l'enfant et l'adolescent en fugue risquent toujours d'être abusés de nouveau. On retrouve aussi un passé d'abus chez plusieurs alcooliques et toxicomanes.

4. Le fardeau financier

La violence coûte cher aux victimes mais rapporte peu aux agresseurs. Elle coûte aussi très cher à l'État.

4.1 Les coûts assumés par les victimes

Les victimes doivent assumer la plupart des coûts financiers directs et indirects occasionnés par la violence, même si elles ont des assurances privées (qu'elles financent d'ailleurs). En moyenne, les pertes nettes (après recouvrement) directement attribuées à l'agression sont de l'ordre de 300\$ (Solliciteur général du Canada, 1985). En général, les coûts indirects sont plus lourds que les pertes immédiates: ils comprennent les frais de déménagement et de réaménagement, la vente à perte de son commerce, les coûts de la collaboration avec la justice, les frais d'une protection accrue, les démarches multiples auprès de divers agents, les thérapies non assumées par l'État. L'État (IVAC) n'indemnise que 1,200 des 150,000 victimes agressées chaque année³.

4.2 Les coûts assumés par l'État

Le régime québécois d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) aura coûté 15 millions \$ en 1985 pour indemniser une partie des frais encourus par une minorité des victimes de violence. Les services socio-sanitaires ont certainement consenti des sommes plus importantes⁴; le Comité de la Protection de la Jeunesse y investit la majorité de son budget; les budgets des ministères de la Justice et du Solliciteur général sont largement affectés à la violence. Ce sont les services correctionnels qui coûtent le plus cher. Donc, la violence coûte des billions de dollars à la société québécoise qui ne s'est dotée d'aucun instrument de gestion de ces dépenses.

5. La victimisation secondaire

L'impuissance ressentie par les victimes au moment de l'agression est généralement amplifiée par la réaction des instances et des individus qui interviennent suite à l'incident: police, médecin, tribunal, agent d'assurance, ami, etc. C'est ce que Symonds qualifie de "second injury" (Symonds, 1975). La victimisation secondaire entraîne des conséquences

³ Notons que l'employeur et la CSST assument les frais des victimisations qui surviennent à l'occasion du travail.

⁴ Salles d'urgence, consultations en cabinets, placements, suivis psychosociaux, hospitalisations, etc. Actuellement, la ventilation des dépenses ne permet pas de repérer l'origine des problèmes.

parfois plus désastreuses que l'événement initial.

6. Les conséquences vécues par les agresseurs

Nul doute que la conséquence la plus importante soit l'intervention du système pénal: stigmatisation, risque de détention, rupture de liens. Cependant, moins du tiers des auteurs de violence sont poursuivis en justice et, dans les cas d'agressions intra-familiales, la justice est clément.

Les agresseurs non criminalisés qui attaquent leurs proches vivent d'importantes crises d'identité, de dépression, d'impuissance (eux aussi) et de perte d'estime d'eux-mêmes. Ces sentiments qu'ils ne savent exprimer les rendront encore plus agressifs.

7. L'impact général sur la santé mentale

Ce qu'il faut retenir c'est d'abord l'étroite interdépendance des divers types de réaction. La blessure physique entraîne un déficit d'énergie émotive amplifié par les pertes d'argent et de temps; la dépression provoque le rejet de la part des proches et des intervenants professionnels; la rupture des liens sociaux amène une plus grande désintégration de la personne; on perd son emploi et finalement, on perd le contrôle.

Les victimes contactent alors différents organismes qui peuvent les aider, mais qui peuvent également leur causer des problèmes supplémentaires. Par exemple: une personne est agressée, elle contacte les policiers et se voit alors impliquée dans le processus judiciaire. Elle doit collaborer avec les policiers, témoigner à la Cour (souvent à ses frais), elle subit les menaces de son agresseur, le rencontre à la Cour... Les contacts avec les organismes gouvernementaux ou privés peuvent donc créer de nouveaux problèmes ou du moins amplifier ceux déjà existants.

En second lieu, soulignons la relation entre la violence subie et l'abus d'alcool et de drogues, des tentatives de suicides et les suicides, les dépressions, les fugues, la prostitution, le vagabondage et les délinquances plus graves. Il est malheureusement impossible de donner des statistiques car il n'existe aucune recherche épidémiologique sur la question. Nos informations proviennent des expériences cliniques.

Qu'ils soient victimes ou témoins, les enfants qui grandissent dans un environnement violent apprennent à voir la violence comme un moyen acceptable de régler les conflits. Les filles apprennent surtout à la tolérer et les garçons à l'utiliser. La violence se transmet alors d'une génération à l'autre, elle est contagieuse.

VI- Les besoins et les ressources

On pourrait écrire un traité sur les besoins des victimes et des agresseurs mais il suffirait de quelques pages pour décrire les ressources.

1. Les besoins des victimes

Encore ici, il faudra distinguer entre les besoins généraux et les besoins spécifiques.

1.1 En général

Toutes les victimes ont des besoins de sécurité à court ou à moyen terme. Elles doivent être protégées contre une nouvelle agression, savoir qu'elles sont effectivement protégées et connaître leurs risques de la façon la plus précise possible.

Toutes les victimes ont des besoins d'information. L'agression provoque une foule de questions : quels sont mes droits et mes recours? Que se passera-t-il? Serai-je accusé? Puis-je annuler mon bail? Mon employeur peut-il me congédier? Je ne dors plus, est-ce normal? Mon enfant agressé deviendra-t-il homosexuel? Etc.

Les victimes ont besoin de regagner leur autonomie et donc d'être accueillies, comprises et entendues. Elles ont évidemment besoin de l'intervention médicale d'urgence et, souvent, d'un dépannage financier. Elles ont besoin aussi que justice soit rendue.

1.2 Des besoins spécifiques

Lorsque la violence se produit dans le milieu de vie ou de travail, les besoins des victimes sont décuplés: hébergement, emploi, baux, scolarisation des enfants, difficultés financières, réorientation de sa vie, etc. Dans certains cas, en particulier lorsque la victime est un enfant, c'est toute la famille qui a besoin d'aide.

Les victimes qui consultent longtemps après l'agression ressentent aussi des besoins particuliers et inter-reliés de thérapies, assistance financière, réinsertion sociale. Ce sont les personnes qui nécessitent l'intervention de spécialistes de la santé mentale et qui sont inscrites sur d'interminables listes d'attente, ne pouvant défrayer les coûts des thérapies privées.

2. Les besoins des agresseurs

Règle générale, les agresseurs sont beaucoup mieux traités que les victimes. Ils ont des droits, des services, des budgets. Répond-on pour autant à leurs besoins? Il faut accorder une attention particulière aux personnes violentes aux prises avec des problèmes d'identité personnelle, d'estime de soi et de communication.

3. Les ressources offertes aux victimes

En 1987, le Québec n'offre des services qu'aux victimes de violence intra-familiale et d'agressions sexuelles. Il existe 45 maisons d'hébergement pour femmes violentées, membres du regroupement provincial, et 8 membres de la fédération, pour un total de 53, procurant chacune un abri à cinq ou six femmes et leurs enfants durant une période maximale de deux mois. La plupart de ces maisons offrent aussi des services de consultation et de suivi. Quelques départements de santé communautaire, C.S.S. et C.L.S.C. offrent aussi des services aux femmes violentées par leurs conjoints.

Pour les femmes et les enfants victimes d'agressions sexuelles, il existe environ quinze centres d'aide. Dix de ces centres sont membres du Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). Ces ressources offrent des services d'écoute, d'information, d'accompagnement, de suivi.

D'autre part, quelques hôpitaux (6) à Montréal et à Québec sont désignés pour offrir des services aux victimes d'agressions sexuelles. Par exemple l'Hôpital Ste-Justine et le Montreal Children's Hospital reçoivent les enfants abusés, pour traitements d'urgence et évaluation. Depuis quelques années, l'inceste reçoit une attention particulière de la part des directions de la protection de la jeunesse et de projets novateurs comme ceux de Repentigny et de Joliette.

Dans le domaine de la protection de l'enfance, on note aussi la présence des C.S.S. et du Comité de la protection de la jeunesse.

Un seul C.L.S.C., celui de St-Hubert, reçoit toutes les victimes de son territoire, indépendamment de la source de la victimisation et des caractéristiques démographiques des victimes. Par contre, certains services pour les victimes sont affiliés à des C.L.S.C. Par exemple, à Montréal, le centre pour les victimes d'agressions sexuelles relève du C.L.S.C. Métro.

Dans le secteur commercial, seules la Fédération des caisses populaires du district de

Montréal et la Banque de Montréal procurent un soutien à leurs employés victimes.

Peu d'organismes communautaires offrent ou ont offert des ressources aux victimes. Le YMCA fait exception. Son point de service du West Island offre des services aux victimes d'introduction par effraction depuis 1981. Tout récemment, le YMCA section internationale a débuté également un programme d'aide.

Quant au secteur de la justice, il ne reconnaît pas encore l'existence des victimes mais il commence à mettre sur place des services d'accueil, à Montréal, à Québec, à Joliette, à Sherbrooke.

Chaque été naissent des projets étudiants d'assistance aux victimes; ils durent le temps de la rose.

Le programme majeur est celui de l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels), administré par la CSST et sous la responsabilité du ministère de la Justice.

4. Les ressources offertes aux agresseurs

En termes financiers, elles sont beaucoup plus importantes que celles consenties aux victimes. Mais sont-elles gérées efficacement?

On investit surtout dans le domaine des agressions entre inconnus: poursuites pénales, probation, thérapies, détention, libération sous conditions, maisons de transition, centres d'accueil, surveillance, organismes de défenses des droits, etc. Quelques billions de dollars sont investis dans ces secteurs.

La violence intra-familiale fait l'objet d'investissements très minimes. Au Québec, actuellement, on compterait sept centres d'intervention auprès d'hommes agresseurs de leurs conjointes dont trois parrainés par des C.L.S.C. La clientèle de ces nouveaux centres est minime car les agresseurs ne se reconnaissent pas facilement comme tels. De plus, les juges hésitent à faire appel à ces ressources qui, lorsqu'elles sont indépendantes, souffrent d'une grave pénurie de fonds. On commence aussi à consentir des ressources modestes à l'intervention auprès des pères incestueux.

Des initiatives communautaires, comme Parents-anonymes assistent les parents abuseurs et par ricochet, leurs enfants.

VI- Les lacunes

Des chapitres qui précèdent, on induit les lacunes qui seront rapidement énumérées ici.

1. Les besoins de recherche, de formation et d'information

Tout au long de ce rapport, nous avons fait état de l'absence de données sur le nombre de violences et de victimes, sur les relations entre les problèmes de santé mentale et la violence (notamment, violences subies et dépressions, suicides, toxicomanies), sur les coûts de la violence et l'absence quasi-totale d'évaluation des services existants.

Un grand nombre de professionnels sont formés pour intervenir auprès des auteurs de la violence. Par contre, peu connaissent la problématique de la victimisation et encore moins la façon d'intervenir auprès des victimes. Or, tous les intervenants des domaines de la santé et de la justice doivent, au cours de leur pratique, rencontrer des victimes. N'ayant pas les outils nécessaires, ils peuvent difficilement dépister les situations de violence et répondre adéquatement aux besoins des victimes. Dans certains cas, ils risquent même de victimiser à nouveau les personnes.

Enfin, le public a été nourri de préjugés et d'informations erronées quant aux victimes et auteurs d'agressions sexuelles et de violences familiales. Il est alimenté par la violence mais n'en connaît pas tous les enjeux.

2. Une sérieuse pénurie de services aux victimes

Presque toutes les ressources financières, professionnelles et communautaires sont consacrées aux agresseurs. Plusieurs catégories de victimes n'ont droit à aucun service; d'autres reçoivent une aide restreinte; des secteurs d'intervention sont négligés.

2.1 Les victimes laissées pour compte

Il n'existe aucun service pour :

- les hommes (ils représentent la majorité des victimes de violence);
- les enfants abusés par des étrangers;
- les personnes âgées;
- les victimes moins que parfaites;
- les réfugiés antérieurement victimes de torture;

- les témoins et les victimes secondaires.

2.2 Les victimes partiellement oubliées

Les ressources sont nettement insuffisantes à certains endroits:

- Plusieurs régions du Québec ne disposent pas de services aux femmes et aux enfants agressés sexuellement;
- Le C.P.J. est débordé, les enfants abusés font l'objet d'une liste d'attente;
- Les victimes en milieu de travail sont généralement oubliées, surtout à l'extérieur de Montréal.

2.3 Les secteurs d'intervention négligés

Notre société ne sait pas répondre aux besoins des victimes:

- Il n'existe presque pas de services d'intervention d'urgence (or, c'est là qu'on pourrait prévenir la majorité des traumatismes durables);
- De manière générale, l'intervention se produit beaucoup trop tard; elle est offerte de manière réactive et non pro-active;
- L'IVAC offre un service de réadaptation à sa clientèle et, depuis quelque temps, ce service est mis rapidement à la disposition de certaines victimes (programme de référence précoce). Cependant, des 150,000 personnes violentées au Québec chaque année, seulement 1,200 sont indemnisées et parmi celles-ci peu bénéficient du programme de réadaptation. C'est une ressource à développer.
- Très peu d'intervenants ont le temps d'écouter, surtout après 16 h 30; très peu acceptent de se déplacer pour rencontrer des clients pourtant trop terrorisés pour sortir de leur cage;
- La majorité des intervenants psychosociaux ne connaissent pas suffisamment les rouages de la justice pour aider leurs clients à y cheminer; les services d'accompagnement au Tribunal sont d'ailleurs fort peu nombreux et très récents;
- Il n'existe pas de dépannage financier et les pratiques d'indemnisation correspondent imparfaitement aux besoins des victimes;
- Il faut développer des techniques d'expertise médico-légale plus efficaces et moins lourdes pour les victimes;
- Les victimes n'ont aucun droit reconnu;
- Il n'y a pas de politique de financement des services et très peu de fonds consentis.

3. Des problèmes d'intervention auprès des agresseurs

Nous l'avons vu, les budgets sont surtout alloués aux auteurs de violence. Il est déplorable que les appels à l'aide ne soient entendus qu'après de graves passages à l'acte. Soulignons cinq autres lacunes:

- la rareté des thérapies pour les pères et les conjoints violents;
- la pénurie de moyens de contrôle des agissements violents;
- une approche déculpabilisante de la part des divers intervenants; on n'incite que rarement les agresseurs à réparer les conséquences de leurs gestes;
- l'absence de soutien aux clientèles à risques;
- un manque de ressources et de connaissances dans les approches de médiation.

4. Une faible concertation intersectorielle et interministérielle

La violence touche tous les domaines de la vie sociale. Mais planificateurs et intervenants échangent peu d'un secteur à l'autre et encore moins avec leur clientèle. Il existe quelques tables de concertation notamment en matière de conflits intra-familiaux et de violence à caractère sexuel. La plupart ont été mises sur pied par les intervenants de première ligne ou par la communauté et elles manquent de ressources. D'autres disposent de plus de moyens mais sont locales (la table de concertation en matière de violence intra-familiale du Service de Police de la C.U.M.). Au plan provincial, le projet pilote d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle (ministère de la Justice et de la Santé et des Services Sociaux) est un exemple intéressant d'une voie de concertation ou d'une concertation en devenir.

VIII - Les éléments d'une politique

A la suite de l'analyse présentée dans les chapitres précédents, nous proposons ici des orientations et des pistes de solution⁵.

1. Une philosophie d'intervention

Une politique de la santé mentale devrait être orientée, entre autres objectifs, vers la prévention de la violence et le contrôle de ses conséquences. Elle doit aussi viser à l'égalité d'accès aux services. Pour la clientèle "victimes" en particulier, les interventions auront pour fin de favoriser le retour à l'autonomie. Il s'agit d'un domaine où la concertation est absolument essentielle de même que la consultation avec le public.

2. Prévenir la violence et contrôler ses conséquences

On prévient la violence en offrant des services à ses victimes, en désamorçant les situations génératrices de conflit et en sensibilisant l'opinion publique. On contrôle ses conséquences en intervenant à point.

2.1 La prestation de services aux victimes

Il faut freiner l'escalade de la violence, la contagion de victimes à agresseurs à victimes. Les auteurs de violence répondent mal aux thérapies, règle générale, mais les taux de succès de l'intervention auprès des victimes sont très élevés, relativement peu coûteux et efficaces pour diminuer la violence et les troubles mentaux. Ils doivent s'appuyer sur la recherche et sur la formation des intervenants.

a) La recherche

Elle sous-tend la politique et les interventions individuelles. Recherches longitudinales, épidémiologiques, évaluatives: il existe un énorme besoin de connaissances. La plupart de nos données sont fondées sur des intuitions cliniques mais elles nous orientent toutes vers des relations entre violence subie, santé mentale et délinquance. Dans les sciences humaines et de la santé, c'est, à notre avis, la voie de l'avenir.

⁵ Un groupe d'étude, sous la présidence du Dr. Gilles Lortie, a été formé pour étudier l'adéquation entre les besoins des victimes et les services socio-sanitaires. Les conclusions de ses travaux seront à la disposition du ministère.

b) La formation des intervenants

C'est la pierre angulaire de l'intervention et du dépistage. Il faut établir les paramètres d'une formation pour tous les intervenants susceptibles de rencontrer des situations de violence. L'aide aux victimes ne saurait être la chasse gardée d'une seule profession. Les syllabus des programmes collégiaux et universitaires devront inclure des cours sur les problématiques des victimisations et les principales approches d'intervention destinées aux intervenants des domaines de:

- la santé et les services sociaux;
- la justice.

Ces milieux professionnels doivent aussi offrir des services de recyclage et de perfectionnement à leurs employés.

Qui pourrait préparer les instruments d'une telle formation? Nous proposons l'Association Québécoise Plaidoyer-Victimes qui regroupe déjà la plupart des experts québécois et qui met au point actuellement un guide juridique et un guide d'intervention.

c) Les services d'urgence

Ils comprennent les consultations médicale et psychosociale, l'orientation vers les ressources, l'information et le soutien émotif. Si ces services sont offerts aux victimes dans les heures ou les quelques jours suivant l'agression, les probabilités sont de l'ordre de .75 qu'aucune autre intervention ne soit nécessaire et de .90 qu'aucun traumatisme sérieux ne résulte de l'événement (Stem 1980; Baril et Morissette 1985). Voilà une approche préventive en santé mentale efficace et efficiente.

Le succès de cette approche repose sur la rapidité d'intervention, sur une disponibilité constante (24 heures, sept jours), sur son caractère pro-actif (rappelons la tendance des victimes à s'isoler, à demander de l'aide beaucoup trop tard) et sur une collaboration étroite avec les services de police et les salles d'urgence.

Qui doit assumer les services d'urgence? En étudiant les expériences réalisées dans d'autres pays et d'autres provinces, à la lumière de quelques projets pilotes québécois, on constate qu'il n'y a pas de formule magique. La porte d'accès la plus efficace semble être la police; les centres hospitaliers, du moins en milieu urbain, répondent pauvrement à de telles demandes. Dans les cas d'agression sexuelle et de violence intra-familiale, quelques villes disposent de services d'urgence mais peu ont une orientation pro-active.

Chaque ville et chaque région devrait disposer d'une équipe "volante" prête à intervenir dans tous les signalements, en collaboration avec la police et les "urgences santes". Ces équipes auraient une base communautaire et feraient appel à des bénévoles bien encadrés. Elles pourraient fort bien être rattachées à un CLSC, mais compte tenu des particularités locales, elles pourraient aussi dépendre d'un poste de police, d'un YMCA.

d) Les suivis médicaux et psychosociaux

Dans l'éventualité d'une bonne politique d'intervention d'urgence, les suivis ne toucheront qu'une victime sur quatre et seront généralement de courte durée.

Nos consultants sont d'avis qu'il ne faut pas promouvoir une formule unique pour le Québec, qu'on doit s'adapter aux caractéristiques régionales, qu'il importe de maintenir des services spécialisés (par exemple aux victimes d'agressions sexuelles) et qu'il faut privilégier la rapidité et la facilité d'accès. Les C.L.S.C. semblent les organismes qui répondent le mieux à ces attentes; toutefois, on ne veut ni imposer ce fardeau à tous les C.L.S.C. ni brimer des initiatives communautaires intéressantes.

Il faut donc encourager les initiatives, les susciter (en particulier de la part d'organismes existants), et les aider à devenir viables. Ce faisant, on reconnaîtra aux pionniers en matière de services aux victimes (les mouvements des femmes par exemple) l'importance du rôle qu'ils ont joué et continuent à jouer.

e) Le dépistage

Nous avons vu que certaines violences, en particulier lorsqu'elles se produisent dans la famille, ne sont jamais dénoncées mais sont à l'origine de nombreux problèmes de santé mentale et physique. Lorsqu'une personne consulte pour insomnie, dépression, difficultés durant une grossesse, il y a une possibilité d'un passé d'abus qu'il faut identifier si on veut régler le problème à sa source. On peut donner comme exemple le dépistage au moment des soins prénataux à l'hôpital Ste-Justine.

f) Une banque de ressources

Même avec des services d'urgence et de suivis, une victime sur vingt éprouvera des traumatismes mettant en péril sa santé mentale et physique et celle de son entourage.

Il importe que chaque région du Québec dispose de thérapeutes bien formés, intéressés et capables de réagir à pied levé. (En général, les thérapies seront brèves mais elles exigeront

beaucoup de souplesse et de disponibilité.)

3. Désamorcer les situations de conflit

La violence intra-familiale pourrait être prévenue non seulement en intervenant auprès des victimes mais aussi:

- en assistant les abuseurs: les programmes tels CHOC et PRO-GAM sont prometteurs mais en besoin d'évaluation; il faudra aider à les rentabiliser;
- en soulageant les agresseurs potentiels: services de garderies pour les familles monoparentales ou à faibles revenus, services de jour et garde partagée pour les familles qui prennent soin de parents âgés ou handicapés.
- en encourageant et en appuyant les groupes axés sur la prévention et la résolution des problèmes, ceci en vue de rompre l'isolement des personnes à risques élevés. On pense ici à des formules comme Parents Anonymes, les groupes d'accueil pour les immigrants, les centres de santé des femmes, etc.

4. Informer et sensibiliser le public

On sait depuis longtemps que la diminution de la violence nécessite un changement des mentalités sociales. Les dépliants et messages publicitaires sont impuissants à provoquer ce changement. Il faut impliquer le milieu de l'éducation et trouver des formules novatrices. Une de nos consultantes a proposé l'approche "téléroman". La CECM a conçu un programme d'information pour les enfants des écoles primaires.

En matière d'information, il faut être très vigilants et ne pas laisser aux premiers venus le soin d'informer ou de sensibiliser. Il faut aussi suivre de près le développement de nouvelles approches (service de promotion de la santé, par exemple). Nous voyons la nécessité que les initiatives de sensibilisation proviennent de sources diverses, communautaires, universitaires, ministérielles, mais nous croyons aussi que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit assumer des rôles de surveillance et de concertation.

5. Promouvoir l'égalité d'accès aux ressources

Nos préoccupations sont de trois ordres:

- Qu'on consente autant de ressources aux victimes qu'aux agresseurs; les premières sont actuellement très défavorisées;
- Que les citoyens des régions rurales ou éloignées aient autant accès aux ressources que ceux des grands centres urbains;
- Que les citoyens économiquement désavantagés aient droit aux mêmes services

que les plus fortunés.

6. Favoriser l'autonomie

L'accès ou le retour à l'autonomie est un principe mis de l'avant par la majorité des organismes qui offrent des services socio-sanitaires. Dans le cas de la clientèle des victimes, on peut actualiser ce principe de deux façons.

En premier lieu, compte tenu du fait que les victimes ont actuellement le sentiment d'une seconde perte de pouvoir lorsqu'elles entrent en contact avec les appareils de santé et de justice, il est essentiel que les intervenants reconnaissent les victimes comme des personnes à part entière, capables d'autodétermination mais placées en état de dépendance temporaire à cause d'une agression dont elles ne sont pas responsables. L'objectif de l'intervention est d'aider la personne à retourner à l'état antérieur, dans toute la mesure du possible.

En second lieu, et c'est une façon d'atteindre l'objectif énoncé, il faut donner aux victimes les moyens de reprendre le contrôle de la situation et ceci se fait surtout par l'échange d'informations. Enfin, la façon idéale de favoriser l'autonomie des victimes serait certainement de leur reconnaître des droits.

7. Agir en concertation

En premier lieu, il est indispensable que les différents secteurs de la santé et des services sociaux agissent de concert. Il n'est pas de notre compétence de proposer des rôles à l'intérieur du ministère. Actuellement, la situation est embrouillée et les diverses directions et services semblent se renvoyer la balle.

Le deuxième champ de collaboration est avec le ministère de la Justice puisque le tiers des victimes de violence ont des démêlés avec une instance ou l'autre de la justice criminelle et que toutes ont la possibilité de poursuites civiles. Cette concertation devra inclure l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) qui relève des ministères de la Justice et du Travail. Soulignons que l'IVAC peut non seulement défrayer mais aussi offrir des thérapies à certaines catégories de victimes. Nous proposons que le ministère de la Justice, dans une loi-cadre, énonce les droits des victimes, propose des mécanismes pour que ces droits soient respectés et prenne en charge les services d'information et de consultation juridiques. Les interventions d'urgence seraient assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux de concert avec la police et le ministère se chargerait de la coordination des services de counselling, thérapies ou autres suivis. Il importe de diminuer le nombre d'intervenants auprès de la victime.

D'autres ministères devront aussi être consultés: Éducation, Travail et Immigration, notamment. Enfin, il faudra sensibiliser l'entreprise privée (institutions financières, chaînes d'alimentation, etc.).

8. Financer

À long terme, une politique de prévention de la violence et de contrôle de ses conséquences, épargnera d'importants déboursés à l'État. Pour arriver à ce résultat, il est indispensable d'investir, à court terme, de nouveaux argents en plus de réaménager les postes budgétaires.

Références

- ALLODI, F. et al. (1986). "Consultation communautaire sur l'intégration des réfugiés, victimes de torture et réfugiés d'Amérique centrale, établis en Ontario". Santé mentale au Canada, 34(4), pp.12-14.
- BARIL, M. et A. MORISSETTE (1985). Rapport d'activités et de recherches du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels AVI. Montréal: Société de Criminologie du Québec.
- ENGEL, F. et S. MARSH (1986). "Helping the Employee Victim of Violence in Hospitals". Hospital and Community Psychiatry, 37(2), pp.159-162.
- KEROUAC, S., M. E. TAGGART et J. LESCOP (1986). Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants. Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- SOLLICITEUR GÉNÉRAL DU CANADA (1984 et 1985). Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain. Ottawa: Direction des programmes, Groupe de la recherche et de la statistique.
- STEIN, J.H. (1980). "Better Services for Crime Victims: A Prescriptive Package". Evaluation and Change. Special Issue.
- SYMONDS, M. (1975). "Victims of Violence: Psychological Effects and After-Effects". American Journal of Psychoanalysis, 35, pp.19-26.

Liste des participants à la réunion-débat tenue le 3 février 1987 sur le thème “Adéquation entre les ressources socio-sanitaires québécoises et les besoins des victimes”

Madame Françoise Alarie	C.S.M.M.
Madame Micheline Baril	École de criminologie
Madame May Clarkson	M.S.S.S.
Madame Helen Dawkes	YMCA-West Island
Monsieur Robert Dubé	Hôpital Ste-Justine
Madame Jacqueline Dupuis	C.L.S.C. Métro
Monsieur Jean-Yves Frappier	Hôpital Ste-Justine
Madame Louise Gagné	CS.S.M.M.
Madame Pauline Gingras	M.S.S.S.
Monsieur Gilles Lortie	Hôpital Ste-Justine
Monsieur Yves Léveillé	C.L.S.C. St-Hubert
Monsieur André Masse	Hôpital Ste-Justine
Madame Cécile Richard	M.S.S.S.
Madame Marjolaine St-Jules	Hôpital Ste-Justine
Monsieur Daniel Thomas	D.S.C. Ste-Justine (programme pour personnes âgées)
Madame Deborah Trent C.S.MM.	Centre pour les victimes d'agression sexuelle. C.L.S.C. Métro