

Master II Droit et Politiques de Santé

Année universitaire 2021-2022

**LA PRISE EN CHARGE DES
FEMMES VICTIMES DE
VIOLENCES PAR L'HÔPITAL**

Mémoire de recherche

Mémoire présenté et soutenu par
Mathilde FERREIRA

Sous la direction de
Madame le Professeur Johanne SAISON

Avertissement

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engage, ni les responsables de la formation, ni l'université de Lille.

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Johanne SAISON, de diriger ce travail et plus globalement ce master Droit et Politiques de Santé, qui, je l'espère, devrait m'ouvrir les voies d'un avenir professionnel radieux.

Je remercie Monsieur Guillaume DAYEZ, responsable du projet médical de l'hôpital Saint Vincent de Paul, pour m'avoir accueilli en stage au sein de cette structure.

Merci à Madame Christelle FOURNIER, chef de service à la pharmacie de l'hôpital Saint Vincent de Paul, pour son accueil, son écoute, sa disponibilité et de m'avoir permis d'aller à la rencontre de professionnels de la structure. Je souhaite également remercier toute l'équipe de la pharmacie de l'hôpital Saint Vincent de Paul pour la motivation qu'ils m'ont donné au quotidien, leurs conseils dans la réalisation de ce mémoire, et de m'avoir fait renouer avec la pharmacie.

Merci aux professionnels de l'hôpital Saint Vincent de Paul qui m'ont accordé un peu de leur temps pour échanger avec moi sur le sujet.

Merci Maman pour la relecture et plus globalement pour ton soutien sans faille qui me porte au quotidien.

SOMMAIRE

Introduction

PREMIÈRE PARTIE – Réalité et contexte d’une épidémie de l’ombre

- I. Violences faites aux femmes : un enjeu de société majeur
- II. Une priorité politique qui souffre de l’absence de résultats et de moyens

DEUXIÈME PARTIE – Mobilisation de l’hôpital dans la lutte contre les violences faites aux femmes

- I. L’organisation des acteurs sanitaires pour la prise en charge des femmes victimes de violences
- II. Pronostic de la prise en charge par l’hôpital des femmes victimes de violences

Conclusion

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BIE : Budget Intégrant l'Égalité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPS : Dépôt Plainte Simplifié

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FVV : Femmes Victimes de Violences

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

IML : Institut Médico-Légal

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques

ITT : Incapacité Temporaire Totale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JAF : Juge aux Affaires Familiales

LEAO : Lieux d'Écoute, d'Accueil et d'Orientation

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

MIG : Missions d'Intérêt Général

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire Nationale de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONU : Organisation des Nations Unies

RETEX : Retour d'Expérience

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

UMJ : Unité Médico Judiciaire

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

« La violence à l'égard des femmes est si répandue que chacun d'entre nous peut faire quelque chose pour la combattre. Nous devons unir nos forces pour faire disparaître ce fléau, promouvoir une égalité pleine et entière entre les sexes et édifier un monde dans lequel les femmes et les filles seront en sécurité, comme chacune d'entre elles le mérite et pour le bien de l'humanité toute entière »

Ban Ki-moon, secrétaire général des Nations unies lors de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes en 2015

INTRODUCTION

Les violences subies par les femmes constituent l'une des violations des droits humains les plus répandues dans le monde. Il s'agit d'une pandémie qui touche toutes les femmes de tous les pays. Ces violences prennent des formes diverses. Les violences commises par un partenaire intime sont l'une des formes de maltraitements les plus fréquentes et généralisées parmi les violences sexistes mais ce sont loin d'être les seules formes de violences. Les femmes subissent des violences au cours de leur vie dans un grand nombre d'environnements, y compris dans la famille, la communauté et la société au sens large. A l'ère du numérique, la cyberviolence est également très fréquente.

La violence touche tous les milieux sociaux et culturels. Bien qu'il existe des facteurs de risque il n'y a pas de profil type de femme victime de violences. Dans le monde, ce sont 736 millions de femmes qui ont déjà subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, et/ou des violences sexuelles de la part d'une autre personne¹. En proportion, il s'agit d'une femme sur trois.

Pour toutes les violences envers les femmes confondues, la France est en dessous de la moyenne européenne, bien derrière la Hongrie, mais loin devant l'Espagne. En revanche, avec 74 violences sexuelles enregistrées pour 100 000 habitants, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne.

Dans son rapport 2003, le haut comité de santé publique (HCSP) définissait la violence comme un problème de santé publique puisque, « *si les déterminants des phénomènes violents sont le plus souvent sociétaux, les fruits de la violence apparaissent principalement dans la sphère sanitaire* »². En effet, les répercussions des violences sur la santé sont majeures avec un coût économique de plusieurs milliards d'euros par an en termes de soins physiques, psychiques et d'accompagnement, mais aussi sur la santé génésique des femmes.

¹ OMS, pour le Groupe de Travail Inter-Agences des Nations Unies sur les estimations et les données sur les violences faites aux femmes, 2021

² HCSP, violence et santé, 2004

La prise de conscience de ces violences comme enjeu de santé publique s'est accentuée au fil des années avant d'être saisie et relayée dans l'espace public. En effet les suites de l'affaire Weinstein et la montée du mouvement mondial #MeToo ont témoigné de la volonté de s'exprimer des femmes sur les violences subies et les chiffres qui ont suivis sont alarmants.

Selon les données recueillies par l'INSEE et l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en 2019³, environ 220 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont chaque année confrontées à une situation de violence « au sein du ménage », tandis que plus de 450 000 femmes sont victimes de violences « hors ménage ». On estime par ailleurs à 125 000 le nombre de femmes adultes vivant en France ayant subi des mutilations sexuelles⁴. En 2019, en un an, les plaintes pour violences physiques ou sexuelles enregistrées par les services de sécurité ont augmenté de 14%⁵, conséquence entre autres facteurs de la crise sanitaire de COVID-19 qui a aggravé les situations déjà difficiles durant les périodes de confinement.

L'ampleur du nombre de victime a permis une prise de conscience généralisée à l'ensemble de la population mais a aussi mis en lumière une défaillance du système pour la protection des femmes. Aussi, le Gouvernement français s'est emparé du sujet et a développé une politique autour de la lutte contre ces violences. Cette montée en intérêt pour cette thématique est un message fort pour les victimes comme pour les auteurs. En cinq ans, le nombre de violences sexuelles enregistrées a augmenté de 60 % en France, retombée du contexte de forte médiatisation du mouvement #MeToo. Mais les résultats stagnants des enquêtes sur le taux d'occurrence de ces violences qui se multiplient alarment toujours sur la nécessité de développer davantage de solutions. Ainsi, en 2020, 102 femmes ont été tuées par leur partenaires ou ex-partenaires. En 2021, elles étaient 113⁶. Ces féminicides, recensé par l'organisme « Nous toutes » ne sont pas exhaustifs puisqu'ils ne prennent pas en compte les tentatives ou les suicides du fait des violences subies.

³ Enquête INSEE-ONDRP, Cadre de vie et sécurité, 2012-2018

⁴ Santé publique France, Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France, 2019

⁵ SSMSI, Base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie, 2019

⁶ Délégation aux victimes des directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale, Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2020, 2021

A son arrivée en 2017, Emmanuel Macron s'était engagé contre les violences faites aux femmes. Depuis, de nouveaux outils ont été déployés, mais ces violences, qu'elles interviennent dans la société, le cadre intrafamilial ou conjugal, sont sous déclarées. Cela alimente le silence autour de ces actes et freine les évolutions et les démarches en faveur des victimes. Dans ce contexte ont émergé une multitude d'intervention du législateur pour tenter de lutter contre ce fléau.

A côté de ces interventions, s'inscrivant dans le Grenelle des violences conjugales, les structures hospitalières ont mis en place des prises en charge pour les femmes victimes de violences. En effet, environ 44% des femmes qui entreprennent des démarches le font auprès d'un professionnel de santé⁷. Ainsi, le rôle des professionnels apparaît comme essentiel pour la détection, le diagnostic, la prise en charge sur les volets physiques, psychiques et sociaux et la réalisation d'un plan de soins. De même, le rôle des hôpitaux apparaît comme majeur. En effet, ils sont, par nature, susceptibles d'accueillir les femmes victimes de violences, et ils présentent l'avantage de coupler les compétences nécessaires pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes de violences.

De nombreuses initiatives hospitalières ont vu le jour pour organiser cette prise en charge cependant les réponses apportées sont aujourd'hui disparates dans leur ampleur et leur organisation. Elles ne sont, en outre, pas toujours spécialisées dans la prise en charge des femmes alors que les besoins dans ces situations apparaissent spécifiques. Enfin, elles forment aujourd'hui un maillage encore trop restreint, alors que la fréquence de ce phénomène exige d'assurer une réponse en tout point du territoire⁸. Il convient donc de poursuivre le développement de réponses adaptées en faveur de la prise en charge des femmes victimes de violences à l'hôpital.

⁷ Enquête INSEE-ONDRP, n°8, 2015

⁸ Rapport IGAS, n°2017-001R, La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation, 2017 (« [...] les initiatives de terrain restent mal connues et peu pilotées. »)

L'étude de la prise en charge des violences envers les femmes par l'hôpital de ce mémoire concernera les violences physiques et sexuelles qu'il convient dans une **première partie** de définir, d'en décrire le contexte historique, sociologique, économique et d'exposer comment ce sujet a transformé le droit et conduit à la mise en œuvre des dispositifs juridiques.

Cette reconfiguration des politiques publiques et du législatif a participé à mettre en avant un nouvel acteur de la lutte contre les violences faites aux femmes : l'hôpital. Ainsi, la **seconde partie** expose la mobilisation des acteurs du secteur sanitaire et leurs partenaires ainsi que leur rôle éminemment important dans le diagnostic et la prise en charge des femmes victimes de violences.

PARTIE I – RÉALITÉ ET CONTEXTE D'UNE ÉPIDÉMIE DE L'OMBRE

La violence envers les femmes est à la fois une atteinte aux droits humains et une forme de discrimination sexuelle. Résultant des inégalités entre les femmes et les hommes, elle se manifeste sous des formes multiples. Les estimations de leur coût humain en termes de répercussion sur les victimes mais aussi de coût économique pour la société sont d'une ampleur alarmante **(I)**.

Ce constat a confirmé la pertinence des actions mises en œuvre jusqu'alors et l'intérêt de développer des réponses législatives pour lutter contre ces violences. Le cadre juridique destiné à protéger les femmes et punir les auteurs a considérablement évolué et s'est armé de nombreuses lois portées par le mouvement mondial international de prise en compte des inégalités envers les femmes, dont la violence est l'une des manifestations les plus flagrante **(II)**.

I. Violences faites aux femmes : un enjeu de société majeur

Dans la mesure où les violences envers les femmes sont présentes dans tous les contextes sociaux et qu'il s'agit d'un des comportements qui affecte négativement le bien-être et la santé de millions d'individus, il convient d'en comprendre la définition **(1)**. L'estimation de la prévalence de ces violences est complexe, notamment en raison du niveau élevé de sous-déclarations de ces violences **(2)**. Malgré cela, ces 20 dernières années les enquêtes se sont multipliées et ont révélé l'ampleur du phénomène **(3)**.

1. Définition et mesure de la violence envers les femmes

La première étape consiste à rechercher une définition de la violence. La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme,*

des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». Cette définition inclut la violence auto-infligée, la violence collective et la violence interpersonnelle. C'est dans cette dernière catégorie que se situent les violences envers les femmes.

En France, toutes infractions sexistes confondues, les victimes du sexisme dont les plaintes sont enregistrées par les forces de l'ordre sont à 89% des femmes⁹. Toutes les catégories sociales et socioprofessionnelles sont concernées ainsi que les femmes de toute génération.

De manière plus précise, l'assemblée générale de l'ONU dans sa déclaration de l'élimination de la violence à l'encontre des femmes de 1993 définissait la violence à l'égard des femmes comme « *tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* »¹⁰.

Cette définition large permet d'englober tous les actes de violences à l'encontre des femmes qu'ils soient somatiques ou psychologiques, hors ménage ou au sein du ménage, ce qui est appelé communément les violences conjugales. Cependant, le terme « conjugal » implique que les protagonistes soient mariés. Or, statistiquement un tiers des auteurs à l'origine des violences dites conjugales sont des ex-partenaires des victimes. Ainsi, il convient de parler de violences entre partenaires intimes plutôt que de violences conjugales.

La violence physique désigne l'acte par lequel une personne porte volontairement atteinte à l'intégrité physique d'une autre personne. La qualification pénale et les sanctions de la violence physique dépendent de la gravité des blessures occasionnées. Les violences physiques n'ayant entraîné aucune incapacité de travail (ITT) ou une ITT inférieure ou égale à 8 jours, constituent des infractions contraventionnelles. Les violences physiques ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours sont délictuelles. Enfin, les violences physiques ayant entraîné une

⁹ SMSI, Bases des Victimes et des Mis en cause : crimes et délits enregistrés en 2017-2016, État des lieux du sexisme, 2019

¹⁰ Declaration on the Elimination of Violence against Women by General Assembly resolution 48/104, 20 December 1993

mutilation, une infirmité permanente ou la mort constituent des crimes. Par ailleurs, la loi définit des circonstances aggravantes dont les violences conjugales¹¹.

Les violences sexuelles englobent le viol¹², sa tentative et l'agression sexuelle¹³. Ces violences sont des infractions criminelles dans la loi française. Elles font partie des violences à l'origine des traumatismes les plus sévères car elles sont associées à des effets néfastes à long terme sur la santé mentale et physique des victimes et sur leur parcours de vie¹⁴.

Il existe d'autres formes de violences envers les femmes : verbales (cris, insultes, menaces, intimidations), psychologiques (contrôle, humiliations), économiques (privation d'argent, interdiction de travailler), administratives (confiscation de document), cyberviolences (logiciel espion, piratage, diffusion de photos ou vidéos intimes sans consentement ou d'informations privées) ou encore le harcèlement. Ce mémoire fera l'objet d'une étude plus approfondie sur les violences physiques et sexuelles en excluant les autres formes de violences précitées bien que, quelle que soit la forme que revêt la violence, celles-ci sont toujours sources de conséquences sur la santé.

Ces conséquences peuvent ainsi être classées en quatre grandes catégories¹⁵ :

- Les traumatismes physiques aigus ou immédiats,
- L'impact sur la santé psychique, et le développement de comportements à risque chez la victime
- Les conséquences sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale des femmes
- Les maladies chroniques

¹¹ Code pénal, article 222-13 « 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité »

¹² « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise », article 222-23 du Code pénal

¹³ « Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, autre que le viol », article 222-22 du Code pénal

¹⁴ SALMONA Muriel, *Psychotraumatologie*, chapitre 10. Agressions sexuelles, Dunod, 2020, pp. 79-95.

¹⁵ MIPROF, lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes n°6 : violences au sein du couple et violences sexuelles, impact sur la santé et la prise en charge médicale des victimes, 2015

En France, plusieurs enquêtes ont estimé l'incidence de la violence envers les femmes au cours de ces dernières années. En 2000, Santé Publique France a mené une enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France par téléphone. L'étude a montré qu'au cours de l'année, 10 % des femmes étaient victimes de violences psychologiques, physiques ou sexuelles de la part d'un ancien ou d'un partenaire actuel.

En 2015, l'enquête Violences et rapports de genre (VIRAGE), selon la même méthode, relevait 6 % des femmes se déclarant victimes de violence physique, sexuelle, ou psychologique plus ou moins répétée de la part de leur partenaire au cours de leur vie.

L'enquête Cadre de vie et sécurité de 2019 relevait qu'à la suite d'un fait de violence sexuel, en moyenne, entre 2011 et 2018, seulement une victime de violences sexuelles sur trois avait effectué une des démarches suivantes : consultation d'un médecin ou d'un psychologue, communication à un service social, un numéro vert ou une association.

La grande majorité des victimes de violences sexuelles hors ménage n'ont pas fait non plus de signalement auprès des forces de l'ordre (81 % des victimes). Pour les victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du ménage, cette proportion s'élève à 84%.

Ainsi, nombreuses sont encore les femmes victimes de violences qui renoncent à porter plainte ou à entamer les démarches judiciaires. Les raisons qui en ressortent sont plurielles.

Le premier pan concerne l'accueil en commissariat de police et les conditions parfois inadaptées des dépôts de plainte. Arrivée en commissariat, la victime est prise en charge par un policier du service des plaintes ou un effectif de la brigade de protection des familles pour être entendue. Cependant, comme l'avait constaté le Grenelle en 2019, les victimes ne sont pas toujours bien prises en charge. C'est en ce sens que en 2 ans, 88 286 gendarmes et policiers amenés à occuper la fonction d'accueil et de réception des appels ont reçu une formation pour un meilleur accompagnement des victimes dans leur démarche de plainte¹⁶.

¹⁶ Dossier de presse, Mesures contre les violences faites aux femmes, 202

Le deuxième se situe dans le manque de reconnaissance par la justice (81 % des victimes de violences sexuelles ayant porté plainte estiment éprouver ce sentiment¹⁷). Cela est appuyé par le fait que pour les 210 000 femmes victimes de violences au sein de leur ménage¹⁸, les services de police et de gendarmerie ont connaissance des violences subies par 125 840 d'entre elles. De plus, en France, rares sont les plaintes qui débouchent sur une condamnation. En 2019, les parquets ont été saisis de 56 000 affaires de violences sexuelles¹⁹. Pourtant, la même année, seulement 1064 condamnations pour viol et 8255 pour délits sexuels ont été recensés²⁰. S'ajoute à cela la longueur des démarches.

Enfin il existe des raisons sociologiques et psychologiques. Les femmes hésitent encore beaucoup à divulguer leur situation. Des fois par honte, sentiment quasiment constant chez les victimes, par peur pour elles et les enfants qui pourraient être victimes collatéralement des violences, par crainte de représailles ou encore par méconnaissance de leurs droits, qui peut constituer un frein à la déclaration et au lancement d'une procédure. Ainsi, certaines femmes vivent avec ce secret, d'autant plus quand la situation de violence se vit dans l'intimité.

2. L'ampleur du phénomène sociologique et économique

Malgré la difficulté de recensement des violences liées à la sous-déclaration de celles-ci, les enquêtes menées en France ont levé le voile sur le phénomène. La prise en compte de son ampleur et des enjeux de cette thématique est un prérequis indispensable à l'étude de la prise en charge des victimes.

L'année 2000 a été marquée par la première grande enquête à l'échelle nationale, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), réalisée à l'initiative du Secrétariat d'État aux Droits des Femmes. Pour la première fois des femmes victimes de violences se livrent et l'enquête chiffre à 10% le taux de femmes victimes sur les

¹⁷ Rapport enquête Association mémoire traumatique et victimologie, Les français.e.s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles, 2015

¹⁸ Ministère de l'intérieur, cité par HCE, Tableau de bord d'indicateurs, Politique de lutte contre les violences conjugales Année 2019, 2021

¹⁹ INSEE-ONDRP, Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2012 à 2019

²⁰ Ministère de la Justice, SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national des personnes physiques, 2019

12 derniers mois parmi 6970 femmes interrogées, âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine²¹.

Chaque année depuis 2007, les enquêtes Cadre de vie et sécurité sont menées en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Elles permettent entre autres d'estimer la prévalence des faits de violence physique ou sexuelle perpétrés par un partenaire - qu'il soit actuel ou passé – ou dans la population générale et qu'ils aient donné ou non-lieu à une déclaration dans les services de police ou de gendarmerie.

Ainsi, entre 2011 et 2018, l'enquête de 2019²² relevait :

- 284 000 femmes victimes de violences physiques hors ménage
- 135 000 femmes victimes de violences sexuelles hors ménage
- 247 000 femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage

À l'arrivée de la pandémie de COVID-19, le 16 mars 2020, le Président de la République instaurait des mesures de confinement pour freiner la propagation de la pandémie. Dès lors, le nombre d'appels au numéro d'écoute à destination des femmes victimes de violences (3919) et le numéro généraliste pour les victimes (116006) n'a cessé d'augmenter. De même les tchats de la plateforme de signalement des violences sexistes et sexuelles « Arrêtons les violences » ont été multipliés par 4,4 par rapport à 2019 pour tous les faits de violences et par 17 pour les faits de violences intrafamiliales. Les interventions des forces de l'ordre à domicile dans la sphère familiale pendant le premier confinement ont augmenté de 42% de 2019 à 2020²³. Ainsi le confinement a été révélateur des violences exercées contre les femmes au sein du ménage.

Par ailleurs, à l'initiative du Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, une étude de faisabilité de l'évaluation des répercussions économiques des violences conjugales

²¹ JASPARD Maryse, Les violences contre les femmes, la Découverte, Paris, 2005, 36p.

²² INSEE-ONDRP, Enquête Cadre de vie et sécurité, 2012-2019

²³ Elisabeth MOIRON-BRAUD, Secrétaire Générale de la MIPROF, Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions, 2020

a été menée en 2006 par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion. Les résultats conduisaient à un coût global de 2,472 milliards € par an²⁴ .

Dans le cadre du programme européen DAPHNE III 2007-2013 (programme de prévention des violences envers les enfants, les adolescents et les femmes), le cout des violences conjugales et leurs incidences a été estimé à 3,6 milliards d'euros en 2012.

Ces résultats montrent le poids économique considérable que les violences faites aux femmes représentent. Ce dernier est en augmentation constante. Cela représente donc un enjeu non négligeable pour les pouvoirs publics et pour le secteur de la santé puisque sur les 3,6 milliards d'euros, 21,5% représentent des coûts directs médicaux (prise en charge d'urgence, hospitalisations, soins de médecine générale et de psychiatrie, consommation médicamenteuse, les pertes de production dues aux arrêts de travail, à l'absentéisme, aux décès, aux incarcérations et les coûts des viols et des blessures graves) soit 483 millions d'euros pour le système de soins.

A ce montant s'ajoute celui des coût indirects :

- Pour le secteur judiciaire : le recours à la justice civile et pénale, l'administration pénitentiaire, les activités de police
- Pour le secteur social : le recours aux aides sociales, aux hébergements d'urgence, les aides au logement, les allocations
- Et enfin le coûts pesant sur les enfants.

Si la part des coût non médicaux est plus importante, il en résulte « *un phénomène d'altération quotidienne de la qualité de vie des femmes victimes qui connaissent des troubles de l'humeur, des fatigues intenses, des problèmes de sommeil.* ». Ainsi, ces coûts non médicamenteux ont vocation à se répercuter *in fine* sur la santé des femmes et peuvent se traduire en cout direct médicaux. Il s'agit donc d'un cercle de dépense sans fin. La maîtrise de ce cout est donc un enjeu de santé publique.

²⁴ À partir des données du rapport ONDRP 2006 estimant le nombre de féminicide entre 197 et 328 décès, l'âge moyen des victimes à 38 ans et l'espérance de vie en 2008 pour les femmes à 84 ans

II. Une priorité politique qui souffre de l'absence de résultats et de moyens

Le contexte social, la prévalence des violences mais aussi les enjeux économiques ont donc poussé les pouvoirs publics à encadrer juridiquement les violences faites aux femmes. Cela s'est manifesté à travers un arsenal juridique de plus en plus riche au fil des années (1). En 2017, c'est dans l'effervescence du mouvement #metoo que la mobilisation autour du sujet s'est intensifiée et les pouvoirs publics ont renforcé la lutte (2).

1. Un arsenal juridique comme moyen de lutte contre les violences envers les femmes

a. L'arrivée tardive du débat sur les violences faites aux femmes

À l'époque du Moyen-âge, un mari avait le droit de battre sa femme tant que ce droit était exercé avec modération et sans effusion de sang, il s'agissait du droit de correction. À la Révolution Française, les juristes, comme le dit Victoria Vanneau, auteure de *La paix des ménages, histoire des violences conjugales du XIXe au XXIe siècle* « *se sont peu souciés de revenir sur les privilèges du mari* ». Cependant, une loi de 1791 érige en circonstances aggravantes le fait pour un mari de battre une femme et, suivant la première, une loi de 1792 instaure le divorce ou la séparation de corps pour le motif d'excès, sévices et injures graves.

En 1801, sous le nom de « code criminel, correctionnel et de police », une commission est réunie afin de procéder à la réforme des textes de 1791. Le texte qualifie l'homicide conjugal pourtant, le terme ne sera pas repris dans le Code pénal de 1810. Le Code Pénal n'a défini le viol précisément qu'en 1980²⁵. Et le viol conjugal n'a été reconnu et considéré comme une circonstance aggravante qu'en 1994 et défini dans le Code Pénal qu'en 2006²⁶.

²⁵ Article 332 du Code Pénal, version en vigueur du 24 décembre 1980 au 01 mars 1994 : « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise est un viol* »

²⁶ LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs

Ainsi, les révolutionnaires ont ouvert la voie à la reconnaissance des violences envers les femmes bien qu'elles ne représentent pas la préoccupation politique majeure du moment.

Les années 1970 marquent un tournant. Elles voient se développer des initiatives institutionnelles comme la création du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, d'un secrétariat d'État à la Condition féminine en 1974. Sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, Simone Veil est nommée ministre de la santé. Les mouvements féministes se développent et drainent des milliers de femmes qui commencent à manifester. 1975 est marqué comme l'Année internationale de la femme par l'Organisation des Nations unies (ONU). Ainsi le débat des violences envers les femmes et notamment les violences conjugales intervient sur la scène publique.

Avec l'arrivée au pouvoir de la gauche avec François Mitterrand en 1981, les relations entre les féministes et l'État va prendre de l'ampleur. Les années 1980 sont analysées comme une période intense d'institutionnalisation de la cause des femmes²⁷. La première campagne de lutte contre les violences conjugales sera menée en 1989, à l'initiative de Michèle André, secrétaire d'État aux Droits des femmes. À partir de cette année, la lutte s'est organisée pour aboutir à des avancées législatives.

C'est en 1989 que les pouvoirs publics lancent la première campagne nationale d'information et créent des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes. Ainsi, les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre ces violences. À partir de 1992, la France va voter deux spécificités tendant à lutter contre la violence à l'égard des femmes témoignant de la réprobation des pouvoirs publics en la matière :

- La loi du 22 juillet 1992, portant réforme des dispositions du Code Pénal qui mentionne expressément que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise.
- La loi du 2 novembre qui définit l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail

²⁷ ROMERIO Alice, *Le travail féministe. Le militantisme au Planning familial à l'épreuve de sa professionnalisation*, Archives du féminisme, 2022, 258p

En 1993, lors de l'assemblée générale des Nations Unies, la communauté internationale adopte la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

En France, les violences commises au sein du couple sont reconnues dès 1994 à travers l'article 222-13-6 du Code pénal qui définit un délit spécifique et institue des peines aggravées dès lors que ces actes sont commis par le conjoint ou le concubin.

Au tournant des années 2000, un véritable dispositif de lutte contre les violences conjugales va être mis en œuvre. Les commissions de lutte contre les violences faites aux femmes sont créées en 1999²⁸. Elles réunissent, sous la présidence du préfet, les partenaires institutionnels et associatifs liés au traitement des violences au sein du couple. Ces commissions sont chargées de coordonner les acteurs locaux dans l'objectif de trouver des solutions et d'améliorer la situation des femmes victimes de violences. Elles sont aujourd'hui fondées dans les Conseils départementaux de prévention de la délinquance²⁹.

Ainsi, en 2000 se dessine une véritable politique publique autour de la lutte contre les violences faites aux femmes avec pour fer de lance le premier plan global de lutte contre les violences faites aux femmes.

À partir de 2004, une série de lois va permettre de renforcer la prévention et la répression des violences commises au sein du couple :

- La loi du 26 mai 2004 relative au divorce et applicable au 1er janvier 2005 a mis en place, au plan civil, la mesure d'éviction du conjoint violent du domicile conjugal.
- La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive est venue faciliter, sur le plan pénal, l'éloignement du domicile de la victime du conjoint ou concubin auteur des violences à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives, tout en prévoyant, si nécessaire, la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.

²⁸ Circulaire interministérielle MES 99-280/SDEF n° 980014 du 8 mars 1999 relative à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, au sein du couple

²⁹ Décret du 21 décembre 2001 portant création d'une Commission nationale contre les violences envers les femmes

- La loi du 6 avril 2006 a renforcé la prévention et la répression des violences au sein du couple et a augmenté la répression des violences faites aux femmes, notamment – en élargissant le champ d’application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex ») et à de nouvelles infractions (meurtres, viols et agressions sexuelles).

À ce moment, la lutte contre les violences envers les femmes est davantage réduite à la sphère conjugale alors que l’on sait déjà que c’est dans un cadre privé plus large que se perpétuent le plus de violences³⁰ et que les chiffres ne diminuent pas.

Face à l’ampleur du phénomène, le Gouvernement élève la problématique en cause nationale de l’année 2010. La loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants est adoptée à l’unanimité par les députés et les sénateurs avec le soutien du Gouvernement. Ce texte, issu des travaux de la mission d’évaluation des politiques de lutte contre les violences faites aux femmes mise en place à l’Assemblée nationale en décembre 2008, a marqué une nouvelle étape dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Comme mesure centrale, la création de l’ordonnance de protection des victimes vise à prévenir les violences. Il s’agit d’un dispositif qui permet au juge des affaires familiales (JAF) de protéger la femme en urgence de façon temporaire lorsque des violences exercées au sein du couple mettent en danger la victime. Avant même le dépôt de plainte, le JAF pourra prendre des mesures d’éviction du conjoint ou de relogement des victimes par exemple

De plus, un nouvel article crée le délit de violence psychologique³¹.

Au-delà des violences conjugales sur lesquelles le législateur s’était focalisé, il a élargi à ce moment la répression des violences envers les femmes.

Cette dynamique va se poursuivre avec la loi du 6 août 2012 qui va donner une définition précise et plus large du délit de harcèlement sexuel et en aggraver les peines. Cette dernière renforce également la prévention du harcèlement dans le monde professionnel.

³⁰ INSEE-ONDRP, Enquête cadre de vie et sécurité, 2005-2012

³¹ Article 222-14-3 créé par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010

Par la suite, la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes est venue accentuer la répression des violences faites aux femmes : recours à la médiation pénale limité à la demande expresse de la victime et interdite en cas de réitération des faits, nouvelles incriminations pour sanctionner les nouvelles formes de harcèlement permises par l'évolution du numérique... En plus de renforcer les sanctions, la loi fixe l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels médicaux et paramédicaux des modules sur les violences intrafamiliales et faites aux femmes.

Cette loi a été suivie par d'autres qui ont permis d'améliorer la protection des femmes victimes de violences :

- La loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile a permis d'améliorer la protection des femmes demandeuses d'asile victimes de violences
- La loi n° 2015-993 du 17 août 2015 transposant la directive européenne « Victimes » n° 2012/29/UE du 25 octobre 2012

Le 3 décembre 2015, l'affaire Jacqueline Sauvage soulevait les émois. La Cour d'assises de Blois confirmait la condamnation de Jacqueline Sauvage à dix ans de réclusion criminelle pour avoir tué son mari, après avoir subi des violences pendant plusieurs décennies. Ce jugement, largement soulevé dans le débat public conduisit à sa remise de peine gracieuse par le Président de la République le 31 janvier 2016.

Si de nombreuses avancées sont intervenues depuis 2010 en matière de prévention et de lutte contre les violences envers les femmes, elles apparaissent comme inefficaces sur la survenue des violences³². De plus, le taux des plaintes est frappant : il est évalué à 14 % en cas de violences conjugales et 10 % en cas de viols. Ce constat témoigne de la nécessité pour les pouvoirs publics de compléter l'arsenal législatif mis en place pour mieux accompagner les victimes.

³² Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes

b. D'une prise de conscience progressive à une lutte législative affirmée

En 2017, le mouvement #metoo a contribué à libérer la parole des femmes victimes. Des milliers ont témoigné des violences sexistes et sexuelles auxquelles elles étaient confrontées. Révélant l'ampleur de leur occurrence, les violences faites aux femmes sont devenues dès lors un fait social.

Dans ce contexte, Emmanuel Macron, à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes présentait un vaste plan d'action contre le harcèlement sexuel et les violences faites aux femmes et déclarait l'égalité entre les femmes et les hommes comme « grande cause du quinquennat »³³.

Si les pouvoirs publics et de manière générale les instances et associations s'étaient mobilisées sur la question des violences conjugales, à partir de 2017, ce sont toutes les formes de violences faites aux femmes qui sont visées mais aussi leur prise en charge, ce avec la mobilisation d'un comité interministériel à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Ainsi, plusieurs mesures de lutte contre les violences sont lancées, parmi lesquelles le questionnement systématique par les professionnels de santé pour déceler les violences, la création de cellules d'écoutes, la multiplication des places d'hébergement pour les femmes victimes ainsi que la création d'outils pédagogiques pour la prévention des violences à destination des parents et des élèves.

Avec la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, l'accent est porté sur la sanction des auteurs :

- Un délai de prescription allongé à 30 ans pour les crimes sexuels commis sur mineurs
- Le renforcement de la protection des mineurs face aux agressions sexuelles et viols commis par un majeur
- La création d'une infraction pour verbaliser le harcèlement de rue, "l'outrage sexiste". Passible de contraventions, les auteurs de cette infraction pourront être condamnés à des peines complémentaires, dont le « *stage de lutte contre le sexisme et de sensibilisation à l'égalité entre les femmes et les hommes* ».

³³ Discours d'Emmanuel Macron, 25 novembre 2017

Mais les chiffres sont toujours accablants : près d'un meurtre sur cinq résulte de violences au sein de couples³⁴ et environ 223 000 femmes de 18 à 75 ans subissent des violences physiques et sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire, selon une moyenne établie par l'INSEE pour les années 2010 à 2015.

Le 3 septembre 2019, sous l'égide du Premier ministre, le Gouvernement lançait le Grenelle des violences conjugales mobilisant l'ensemble des administrations et Ministères concernées, les associations, acteurs de terrain, experts et familles des victimes sur le sujet afin d'en tirer des solutions. À l'issue de ce travail, 46 mesures étaient adoptées le 25 novembre 2019 lors de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des mesures d'urgence étaient mises en place par la loi du 12 décembre 2018 :

- La mise à disposition de places d'hébergement et de logement temporaire pour mettre à l'abri les victimes de violences, repérable par les professionnels grâce à une plateforme de géolocalisation, chaque plateforme disposant d'une cartographie en temps réel des places labellisées « FVV » (femmes victimes de violences)
- La garantie locative permettant aux femmes victimes d'obtenir une caution locative gratuite et retrouver un logement plus rapidement
- La mise en place d'un dispositif électronique anti rapprochement dans les 48h après le prononcé d'une mesure d'éloignement
- Le lancement d'un audit auprès des commissariats et des gendarmeries ciblées sur l'accueil des femmes victimes de violences
- La mise en œuvre d'une grille d'évaluation du danger dans tous les services de police et de gendarmerie
- La mise en place d'une méthode de retour d'expérience (RETEX) sur l'ensemble des dossiers d'homicides conjugaux, expérimentée dans deux parquets généraux, en lien avec les services compétents de police et de gendarmerie.
- La possibilité pour le juge pénal de suspendre l'exercice de l'autorité parentale directement et de plein droit en cas de féminicide dès la phase d'enquête ou d'instruction

³⁴ Ministère de l'intérieur, étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, DAV, 2014

Ces mesures vont apparaître au moment opportun puisqu'en janvier 2020, l'épidémie mondiale de COVID-19 pousse le Gouvernement à imposer des mesures de confinements, révélant l'ampleur des violences conjugales et l'aggravation de certaines situations de violences pour les femmes victimes. En effet, le bilan des violences faites aux femmes durant le confinement³⁵ publié par la MIPROF en juillet 2020, confirme leur forte hausse entre le 16 mars et le 10 mai 2020. Ainsi, dans la foulée des travaux du Grenelle des violences conjugales, une proposition de loi Gouffier-Cha visant à protéger les victimes a été adoptée à l'unanimité le 29 janvier 2020.

En simultanément, est lancé le 1^{er} dispositif de lutte contre les violences conjugales. Il s'agit d'un plan d'urgence pour protéger les victimes de violences conjugales en instaurant :

- Une priorité accordée au traitement judiciaire des violences intrafamiliales
- Un renfort des effectifs au niveau des plateformes de signalement
- Un numéro d'alerte par SMS pour les malentendants
- L'accueil en pharmacie
- Des points d'informations dans les centres commerciaux tenus par des associations de lutte contre les violences faites aux femmes
- La levée du secret médical³⁶

Le 11 janvier 2022 Elisabeth Moreno, ministre déléguée auprès du Premier ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances faisait procéder à un point d'étape sur l'avancée de l'exécution des mesures du Grenelle des violences relevant sur les 46 mesures issues du Grenelle :

- 38 réalisées (soit 80%)
- 8 en cours de réalisation
- 100% des mesures engagées.

Mais les mesures mises en place sont conditionnées à l'engagement d'une procédure. Or encore beaucoup de femmes ne déclarent pas les violences qu'elles subissent. En effet, la levée du

³⁵ Elisabeth MOIRON-BRAUD, Secrétaire Générale de la MIPROF, Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions, 2020

³⁶ Développé page 33

secret médical n'a pas suffi à lui seul à faire grimper le nombre de signalement des victimes de violences.

Toutefois, les dispositions du Grenelle atteste des efforts continus de la France en matière de lutte contre les violences conjugales. Ces efforts se sont accompagnés d'effort budgétaires dont un fond mis en place pour soutenir les projets locaux en faveur de la lutte contre les violences conjugales, le « fond Catherine », doté d'une enveloppe nationale globale d'un million d'Euros. Cependant, ce fond comme les précédents souffre d'une sous-exécution importante.

2. Une grande cause du quinquennat qui a du mal à trouver une lisibilité budgétaire

a. Une mauvaise visibilité du financement des politiques publiques

La politique d'égalité entre les femmes et les hommes, et notamment celle de lutte contre les violences faites aux femmes, est budgétairement inscrite sur le programme 137 « Égalité entre les femmes et les hommes » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Si l'on peut observer une hausse des crédits du programme 137 et des crédits consacrés à la lutte contre les violences, ce dernier ne représentait en 2020 que 0,01 % du budget de l'État³⁷. En outre, le rapport d'information du Sénat mettait en évidence que le programme 137 et les crédits dédiés à la lutte contre les violences faites aux femmes « *ont fait l'objet de discrètes opérations de redéploiements de crédits. La célèbre formule « déshabiller Pierre pour habiller Paul » pourrait scier parfaitement* ». En effet, le budget du programme 137 concerne trois axes d'intervention :

- la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes
- l'égalité professionnelle et l'autonomie économique des femmes
- l'accès aux droits et la diffusion de la culture de l'égalité

³⁷ BAZIN Arnaud, et BOQUET Éric, « Solidarité, insertion et égalité des chances », *Rapport d'information*, 2020

L'augmentation du budget du programme 137 ne reflète donc pas une augmentation d'un budget spécifique accordé à la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes. Ce dernier était en augmentation en 2019 et 2020 du fait de l'augmentation des fonds alloués aux programmes de diplomatie culturelle et d'influence, de solidarité à l'égard des pays en développement et d'aide économique et financière au développement. Ainsi, l'État a bien fait des efforts budgétaires cependant, la lutte contre les violences faites aux femmes souffre du morcellement de ce financement. C'est à partir de ce constat que le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) publiait en 2018 une comparaison entre le budget de l'État existant et le budget souhaitable dans le financement de la lutte contre les violences faites aux femmes³⁸.

Ainsi, le rapport du Sénat préconisait une refonte du programme 137 pour permettant de suivre les crédits dédiés spécifiquement à la lutte contre les violences envers les femmes. Une mesure qui n'a pas été appliquée pour le moment.

En 2022, le budget annoncé du programme 137 devrait s'élever à 47,4 M€ en crédit d'engagement, soit une augmentation de 9,1 M€ et de près de 22 % par rapport à l'année 2021³⁹. De plus, le ministère en charge de l'égalité devrait bénéficier en 2022 de plus de 8 millions d'euros supplémentaires dans l'objectif de financer :

- les lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation (LEAO) et les accueils de jour dont la gouvernance locale et nationale sera révisée afin de gagner en efficacité et en visibilité auprès des femmes
- le développement de la mise en sécurité des victimes dans les situations d'urgence ;
- la montée en charge des trente centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales (CPCA)

b. Le financement des dispositifs dédiés dans le secteur sanitaire

Outre le financement du programme 137, suite au Grenelle des violences conjugales tenu en 2019, le Ministère des Solidarités et de la Santé, via la Direction Générale de l'Offre de

³⁸ Rapport HCE, Où est l'argent contre les violences faites aux femmes ? , 2018

³⁹ Budget général mission ministérielle projets annuels de performances annexe au projet de loi de finances pour 2022, Programme 137, Égalité entre les femmes et les hommes, 2022

Soins (DGOS), a déployé une Mission d'Intérêt Général (MIG) visant à financer des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences au sein de structures hospitalières⁴⁰.

La dotation MIG a vocation à contribuer au financement des ressources dites socles. Il s'agit des ressources humaines permettant d'assurer une première réponse aux besoins des femmes victimes de violences (compétences d'infirmier, notamment en psychiatrie, ou de sage-femme, de psychologue et d'assistant social). Ces ressources socles peuvent être complétées par des ressources spécialisées mises à disposition par d'autres services de l'établissement ou d'autres établissements ou structures extérieures partenaires via des conventions. Il s'agit de l'accompagnement psycho-social des femmes victimes ainsi que de la prise en charge judiciaire.

Ainsi, le financement par la MIG du dispositif dédié de prise en charge des femmes victimes de violences réunit un ensemble de compétences afin d'assurer une prise en charge à la fois somatique et psychique des femmes victimes de violences et leur accompagnement social. Par ailleurs il met en place un partenariat avec différentes structures et acteurs.

⁴⁰ Développé ci-après, voir page 32

PARTIE II – MOBILISATION DE L'HÔPITAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Au rythme des évolutions législatives et des plans de lutte contre les violences faites aux femmes, l'hôpital a vu son rôle devenir central. Ainsi, des actions hospitalières ont vu le jour dans plusieurs hôpitaux. À titre d'exemple, dans la métropole lilloise les initiatives hospitalières se sont multipliées. Après le lancement du Grenelle de 2019, le CHU de Lille a signé un Contrat Local avec les communes situées aux alentours de Lille contre les violences conjugales, sexistes et sexuelles pour mettre en place un réseau qui permettrait de favoriser le repérage des victimes et une optimisation de leur prise en charge. En 2022, le CHU continue d'évoluer sur le sujet de proposer des mesures pour une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences. Depuis février 2022, une convention signée entre l'hôpital et le parquet de Lille permet aux professionnels de signaler à la justice les violences avant le dépôt de plainte des victimes afin de faciliter leur parcours.

De la même manière, l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille a mis en place cet été 2022 un dispositif dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences « le cocon ». Ses missions : repérer les situations de violence ou de vulnérabilité, accueillir les victimes de toutes formes de violence, les mettre à l'abri, les accompagner sur leurs droits et les démarches.

Les hôpitaux ont ainsi pris la mesure de leur rôle qui est majeur à la fois comme lieu de formation des professionnels de santé, prestataires de soin et comme lieux d'accompagnement des femmes vers le parcours le plus adapté pour elles, qu'il soit médical, social et/ou judiciaire **(I)**.

Les outils donnés aux hôpitaux pour évoluer sur ce thème et leur implication a beaucoup progressé ces dernières années. Au regard de ce qui est aujourd'hui mis en place et de l'avis des professionnels, il existe encore des évolutions possibles et les efforts sont à poursuivre pour tendre vers la meilleure prise en charge possible des victimes de violences **(II)**.

I. L'organisation des acteurs sanitaires pour la prise en charge des femmes victimes de violences

La lutte contre les violences envers les femmes a fait l'objet de différents plans interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes qui se sont succédés. Ils ont abouti sur le développement d'un dispositif dédié de prise en charge des victimes **(1)**. Ce sont les professionnels de santé qui sont au cœur de cette prise en charge. En effet, lorsque les femmes victimes de violences décident de parler, porter plainte ou de déclarer les violences subies, ce sont les professionnels de santé qui sont leurs premiers interlocuteurs. C'est en réponse à ce constat que s'est dessiné le rôle du professionnel dans le signalement, la détection et les soins de ces femmes **(2)**.

1. L'identification progressive de l'hôpital comme acteur essentiel dans la prise en charge des femmes victimes de violences

Le 1^{er} plan 2005-2007 et le 2^{ème} 2008-2010 traitent du rôle de l'hôpital et marquent une première évolution en instaurant une étude-action dans huit hôpitaux de France pour une meilleure prise en charge de la victime via « *une meilleure coordination entre les services d'urgence, les médecins légistes des unités médico judiciaires ou les médecins de ville* »⁴¹. De plus, le plan a permis la réalisation d'une cartographie des dispositifs existants destinés à la prise en charge des femmes dans chaque département.

Mais ces deux plans ne font état que du rôle de l'hôpital dans le repérage des violences.

C'est avec le 3^{ème} plan 2011-2014 qu'une étape est franchie avec la création de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)⁴². Placée sous l'autorité du ministre en charge des droits des femmes, elle participe à la mise en place des politiques publiques en faveur de la lutte contre les violences faites aux femmes. Elle dispose également d'un rôle d'observatoire national sur les violences faites aux femmes à travers la mission de « *rassembler, analyser et diffuser les*

⁴¹ CREDES, Étude action, Améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital, 2008

⁴² Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

informations et données relatives aux violences faites aux femmes »⁴³. Enfin elle élabore des outils de formations et de sensibilisation : courts métrages, livrets d'accompagnement, fiches réflexes à destination des professionnels.

Avec ce 3^{ème} plan, les professionnels sont donc mobilisés non plus seulement en tant qu'acteur du repérage des violences mais de véritables prises en charge des victimes. Le plan prévoit d'intégrer la problématique des violences aux formations initiales et continues avec des modules spécifiques aux professionnels de santé. C'est dans le cadre de ce plan que la HAS publiait en novembre 2011 des recommandations destinées à guider les médecins dans la rédaction d'un certificat médical initial pour les victimes de violences⁴⁴.

Avec le 4^{ème} plan 2014-2016, la structuration d'un parcours de soin est identifiée comme un objectif de l'action publique. Les initiatives locales pour la prise en charge coordonnée des femmes victimes de violence sont incitées à se développer. Ainsi le plan se traduit en protocole national sur la prévention des violences faites aux femmes, la prise en charge et le suivi des victimes. Ce protocole consacre une mesure à la prise en charge des victimes de violence au sein des services d'urgence en instaurant le repérage et le suivi systématique des femmes ainsi que la désignation de référents au sein du service d'urgence.⁴⁵

Dès lors, le rôle de l'hôpital a incontestablement progressé. Désormais l'hôpital est identifié comme lieu de repérage et de prise en charge des femmes victimes de violence.

Le 5^{ème} plan 2017-2019 annonce pour premier objectif « *d'assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences* ». Afin d'atteindre cet objectif, ce plan prévoit notamment la formation des professionnels de premier recours des femmes victimes de violences et le développement d'une offre de soins psycho traumatiques.

Ainsi, le 5^{ème} plan consolide la réponse sanitaire. Au total c'était 125 millions d'euros de prévus entre 2017 et 2019 pour financer les mesures de ce plan. Lors de la clôture du Grenelle, le Gouvernement affirmait mettre en œuvre une enveloppe de 360 millions d'euros pour 2020.

⁴³ Article 2 alinéa 1 du décret n°2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

⁴⁴ HAS, Recommandation du 29 novembre 2011

⁴⁵ FONTANEL Marie, PELLOUX Patrick, et SOUSSY Annie, Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences, 2014

Cependant, dans le rapport n°602 fait au nom de la commission des finances sur le financement de la lutte contre les violences faites aux femmes, les rapporteurs constataient un décalage entre les montant annoncés et la réalité des crédits mis en œuvre.

Dans le prolongement des plans triennaux et du Grenelle des violences conjugales, un schéma d'organisation relatif à l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences de toutes formes de violences notamment conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé a été élaborée. Il s'est construit dans le cadre d'un groupe de travail interministériel constitué sous l'impulsion du Ministère de la Justice⁴⁶. Son objectif est de favoriser le déploiement des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences et/ou d'améliorer les dispositifs déjà existants. Il s'accompagne du modèle de protocole comprenant 11 articles qui détaillent les modalités d'application du schéma d'organisation proposé (voir annexe 1). Ce protocole vise en premier lieu à la détection par les établissements de santé des situations de violences envers les femmes et à l'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement tant médical que social et juridique.

Le dispositif dédié de prise en charge des femmes victimes de violences réunit un ensemble de compétences complémentaires (cliniques, psychique, sociales). Il a vocation à se développer au sein d'une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière. Sa mission est double :

- Assurer une prise en charge spécifique à destination des femmes victimes de violences : des consultations spécialisées, des activités de bilans, une prise en charge IVG si besoin, des actes de chirurgie réparatrice, un accompagnement social et juridique
- Organiser l'animation et le soutien de l'ensemble des acteurs intervenant dans ce champ : le protocole réaffirme⁴⁷ la désignation de référents afin d'assurer une meilleure coordination entre les différents partenaires et surtout de veiller à l'application du protocole. Ces référents doivent être formés. En outre, le dispositif s'accompagne d'actions régulières d'information et de formation pour tous les professionnels du territoire

⁴⁶ Circulaire CRIM-2021-13/E6 du 24 novembre 2021 présentant la circulaire du Premier ministre relative à la gouvernance territoriale en matière de lutte contre les violences conjugales

⁴⁷ Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes

Le dispositif a fait l'objet d'un appel à projet en 2021 avec un financement national 2020-2022 d'un total de 5 M€ (MIG).

Un lieu de dépistage, d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement est essentiel pour permettre de lutter contre les violences exercées contre les femmes en France. Ce lieu, c'est l'hôpital. Publié par l'ARS, l'appel à projet montre encore une fois l'investissement des pouvoirs publics dans la mobilisation d'outils au sein des structures hospitalières.

2. Le rôle du professionnel de santé au cœur de la prise en charge

a. La nécessité de la formation à la détection des violences

Il existe un décalage entre le nombre de femmes détectées au travers du dépistage par les professionnels de la santé et le nombre de femmes fréquentant des établissements de soins affectées par des violences. Pourtant ils sont souvent les premiers interlocuteurs dans la chaîne de la prise en charge de la victime. Ainsi, ils jouent un rôle pivot dans le dépistage. C'est pourquoi leur formation est un axe prioritaire des politiques publiques. Les professionnels doivent être formés à l'accueil, à l'écoute, au dépistage des violences et à l'évaluation de la gravité de l'état des victimes afin d'assurer des soins, informer et orienter la patiente⁴⁸.

En 2000, l'Ordre National des médecins proposait un livre « *Le praticien face aux violences sexuelles* »⁴⁹ destiné aux professionnels de santé, présentant les modalités de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Une première étape franchie aux aurores de la prise en compte de la lutte contre les violences faites aux femmes dans les politiques publiques.

En 2001, le rapport du Professeur Henrion⁵⁰ commandité par le Ministère de la Santé, faisait état des conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle des professionnels de santé. Les travaux du professeur Henrion soulignaient le manque de

⁴⁸ HAS, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2019

⁴⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chancellerie, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense, *Le praticien face aux violences sexuelles*, 2000

⁵⁰ HENRION Roger, *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, Rapport au Ministère de la santé, 2001.

formation du corps médical à la prise en charge des femmes victimes de violence à l'absence de travail en réseau. Il notait que « *les femmes ne parlent pas beaucoup aux soignants des violences qu'elles subissent et ceux-ci ne posent pas beaucoup de questions ou ne posent tout simplement pas les bonnes questions* ». La raison principale était le manque de formation envers les professionnels, pendant leurs études puis à posteriori pour répondre efficacement aux situations de violences. Ce manque de formation se constate encore aujourd'hui. Certains professionnels, pourtant nommés référents dans cette thématique, déclarent n'avoir eu aucune formation (voir annexe 2).

Depuis 2013, au titre de la formation des professionnels, la MIPROF met régulièrement en place des groupes de travail composés de représentants des ministères concernés, des instances professionnelles, ordinales et scientifiques, des structures nationales de formation initiale et continue, d'experts et d'universitaires. Ces groupes identifient les besoins grâce aux données des enquêtes et construisent des outils pédagogiques à destination des professionnels. Aujourd'hui, plusieurs outils ont été réalisés et continuent d'évoluer :

- Des kits de formations composés d'un court-métrage, d'un livret d'accompagnement et de fiches réflexes
- Des clips « paroles d'expertes »
- Des modèles de certificat et d'attestation avec une notice explicative

Ces outils sont diffusés sur le site du gouvernement, par les ministères et institutions publiques via des notes ou circulaire, par l'intermédiaire des structures de formation initiale et continue ou encore par le biais des ordres professionnels qui disposent chacun d'outils spécifiques.

La loi de 2014, les professionnels ont désormais l'obligation de se former. Cette obligation est inscrite dans l'article 51 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes qui impose « *l'obligation de formation sur les violences faites aux femmes et les mécanismes d'emprise psychologique est inscrite* ».

Cependant la question de la formation des professionnels de santé reste un sujet de débat notamment sur le moment auquel elle doit intervenir. En effet, tout le monde ne s'accorde pas sur le moment le plus propice pour intégrer la problématique de la prise en charge des violences envers les femmes. Si certains comme Monsieur Bernard Basset, sous-directeur de la santé et de la société à la direction générale de la santé du Ministère des solidarités, estiment que ce type

de problématique relève davantage de la formation continue, estimant que « *c'est au cours de la vie professionnelle du praticien que se manifeste avec le plus d'acuité l'importance des problèmes humains des patients* »⁵¹ ; d'autres jugent de la nécessité d'insérer la thématique dès la formation initiale des études médicales et paramédicales.

En 2019, le Grenelle des violences a inséré dans ses mesures l'obligation d'un module de formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale et l'instauration d'un parcours renforcé de formation initiale et continue à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales pour les policiers et les gendarmes, mais n'a pas tranché sur la question. En revanche, le 5ème plan interministériel de mobilisation et de lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes (2017-2019) fixait comme objectif de « *sensibiliser, informer et former les professionnels de santé amenés à intervenir auprès de ces femmes, afin de développer des compétences et des pratiques professionnelles spécifiques avec ces victimes particulières* ».

Aujourd'hui il existe un consensus international pour le dépistage systématique des violences chez les patientes enceintes y compris celles qui demandent une IVG, mais la pratique n'est pas courante et même non recommandée par l'OMS. En France cependant, c'est une démarche qui est encouragée. De plus, des études ont montré que les femmes n'étaient pas opposées au dépistage systématique de ces violences. Ainsi en 2020, la HAS a dans cet objectif de repérage des femmes victimes de violences, émis une recommandation⁵² à l'attention de tous les professionnels de santé dans leurs pratiques (médecins, psychologues, pharmaciens, infirmiers, aide-soignants). À l'appui de la HAS, la MIPROF a élaboré un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes et a créé des outils de formation initiale et continue⁵³.

Si tout le monde ne s'accorde pas sur la façon dont doit être délivrée la formation aux professionnels de santé, il apparaît néanmoins que celle-ci se développe dans la formation initiale et continue. En 2022, outre les outils de formations élaboré par la MIPROF, plusieurs formations sont disponibles à l'attention des différents corps de métiers de la santé :

⁵¹ BRANGER Jean-Guy, « Lutte contre les violences au sein du couple », Rapport fait au nom de la délégation aux droits des femmes, n°229, 2005

⁵² HAS, Recommandation de bonne pratique, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, 2020

⁵³ MIPROF, Outils de formation sur les violences faites aux femmes

sensibilisation sur la violence conjugale, comprendre et agir contre les violences sexistes et sexuelles, les cyber violence, les femmes victimes de violences conjugales : repérer, orienter, mettre en sécurité, les violences sexuelles faites aux femmes ... Ces formations sont proposées par des organismes de formation, des collectivités locales, des établissements de santé qui ont la possibilité de les proposer à leurs personnels soignants et des associations. Ces dernières représentent le bras armé de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes en termes de formation. Dans le Nord ce sont elles qui en proposent le plus (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, Fédération GAMS, Solidarité Femme Accueil, Association Louise Michel).

De plus, des outils se développent afin de faciliter l'exercice du dépistage systématique notamment le questionnaire WAST, « Woman Abuse Screening Tool » (voir annexe 3). Il comporte seulement huit questions cotées de 0 à 2. Un score total égal ou supérieur à 5 sur 16 permet de présumer qu'une femme est victime de violence. La version « short WAST » a l'intérêt de pouvoir dépister les violences en cinq minutes. La diffusion de cet outil, simple d'utilisation, pourrait conduire à une généralisation du processus, même pour les défenseurs du dépistage ciblé.

b. Le signalement des violences

L'article L.434-1 du Code Pénal sanctionne « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives* ». Cet article est contrebalancé par le secret médical qui incombe aux professionnels de santé. Il empêche la révélation d'une information à caractère secret du patient⁵⁴ ce qui comprend ce qui est porté à sa connaissance mais aussi tout ce qui lui a été confié et ce qu'il a vu, entendu ou compris. Le fait de révéler ces informations alors qu'on en est dépositaire de par sa profession constitue une infraction.

La loi du 20 juillet 2020 est venue apporter une dérogation légale de ce secret professionnel. C'était l'une des mesures phares du Grenelle des violences conjugales afin de

⁵⁴ Article 226-13 du Code Pénal

permettre aux médecins, en cas de violences conjugales, de signaler un danger immédiat pour la victime même sans son accord.

Ainsi, l'article 12 de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales a modifié l'article 226-14 du code pénal en précisant que le secret médical ne s'applique pas « (...) 3° *Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République* ». Cela a rendu possible pour tous les professionnels de santé de signaler sans l'accord de la victime les faits de violences à la réunion de certaines conditions.

L'article prévoit en outre une irresponsabilité pour le médecin qui se délierait de son obligation : « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ».

Désormais, la loi reconnaît aux professionnels de santé une « autorisation de parler » afin de leur permettre de dénoncer, en conscience, les situations de violences qui mettraient en danger immédiat la vie de la victime majeure et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure mais en cas d'impossibilité il peut effectuer le signalement sans l'assentiment de la victime.

Cependant, il faut encore pour effectuer ce signalement que les professionnels soient informés de la procédure de signalement au procureur de la République (voir annexe 4). Pour cela, un vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du Code Pénal est venu apporter des outils pratiques aux soignants pour évaluer les situations à potentiel de signalement pour mieux prendre en charge les victimes⁵⁵.

⁵⁵ Vade mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal, publié par le Ministère de la justice, l'Ordre des médecins et la Haute Autorité de santé, Secret médical et violences au sein du couple

De plus, l'avis des professionnels diverge à l'application de cet article. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est positionné favorablement à cet article mais certains professionnels déplorent une précipitation des procédures sans le consentement de la victime des violences. Cependant, tout en prenant compte du risque que l'application de cet article puisse mettre à mal la relation de confiance entre patientes et professionnels, la possibilité de ce signalement devrait permettre d'en augmenter le nombre puisque les soins de médecine sont la principale porte d'entrée dans les soins des femmes victimes de violence. C'est pourquoi le signalement est un enjeu majeur des politiques de lutte contre les violences envers les femmes. À ce titre le plan national de lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur et la recherche prévoit la formation et la sensibilisation de l'ensemble des personnels impliqués dans le fonctionnement de signalement de ces violences sous tutelle du MESRI.

II. Pronostic de la prise en charge des femmes victimes de violences par l'hôpital

Les besoins identifiés pour une prise en charge des femmes victimes de violence regroupent l'intervention de divers acteurs. Ainsi, mailler le territoire avec tous ces acteurs apparaît comme indispensable **(1)**. Publié en 2017, un rapport de l'IGAS reconnaissait La Maison des femmes de Saint-Denis comme un modèle à dupliquer et à soutenir **(2)**. En effet, les Maisons des femmes sont des structures qui permettent d'offrir aux patientes un des soins et un accompagnement pluridisciplinaire de proximité, réunissant les compétences complémentaires nécessaires à la prise en charge globale des femmes victimes de violences.

1. Vers le renforcement du maillage territorial des acteurs de la prise en charge des femmes victimes de violences

L'hôpital est un lieu clé pour l'accueil des femmes victimes de violences. Les portes d'entrées sont le plus souvent les services d'urgence et gynéco-obstétriques. Tous les acteurs médicaux et paramédicaux sont sollicités mais au-delà d'une prise en charge classique, ces patientes doivent faire l'objet d'une prise en charge spécialisée en réseau avec les nombreux acteurs intervenant dans le parcours d'une femme victime de violences.

a. Les acteurs judiciaires

La prise en charge médico-judiciaire fait partie de la intégrante du parcours des femmes victimes de violences. Ainsi, les établissements sanitaires doivent établir une collaboration avec les autorités judiciaires.

Le protocole de la circulaire de 2021 établit un nouvel objectif qui incombe aux établissements de santé, celui de pallier les difficultés des victimes à entreprendre leurs démarches judiciaires⁵⁶. À ce titre les unités médico judiciaires (UMJ) reçoivent les personnes victimes de violences pour constater les blessures sur réquisition judiciaire, c'est-à-dire à la

⁵⁶ Article 1^{er} : objectif du protocole, Modèle du protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé

demande d'un officier de police ou à la demande du procureur de la république. La consultation médico légale, effectuée par un médecin légiste, permet de constater les blessures physiques et psychiques des victimes.

Le processus judiciaire peut être initié par la victime suite à un dépôt de plainte. Elle sera alors orientée vers un UMJ. La victime peut également se présenter spontanément à l'hôpital. C'est dans ce cas de figure que le Grenelle a mis en place la possibilité pour les hopitaux de recueillir un dépôt de plainte dans l'hôpital. En septembre 2021, 88 conventions permettant aux victimes de porter plainte à l'hôpital ont été signées. La procédure de dépôt de plainte à l'hôpital (voir annexe 5) permet aux victimes de les encourager à entamer une procédure judiciaire mais aussi à faciliter la démarche pour elles. L'établissement de santé est habilité à appeler les services de police ou de gendarmerie afin qu'ils procèdent au recueil de la parole de la victime de façon optimale. En complément de la prise de rendez-vous avec les services enquêteurs, le protocole présente les modalités d'un dépôt de plainte simplifié (DPS) qui peut être rédigé par la victime qui souhaite déposer plainte, avec l'aide de l'association d'aide aux victimes ou encore du service juridique de l'établissement. Ce DPS est ensuite transmis sans délai par l'établissement de santé au service enquêteur territorialement compétent par voie électronique. Que la transmission soit faite in situ ou par voie électronique, le service enquêteur ainsi saisi s'engage à ouvrir une enquête sur les faits dénoncés.

Dans le cas où la victime ne souhaite pas déposer plainte, l'établissement de santé peut lui proposer une démarche conservatoire en amont de toute procédure judiciaire. Dans ce cas, l'UMJ pourra recevoir la victime sans réquisition judiciaire pour lui permettre de bénéficier d'un temps de réflexion. Si une procédure judiciaire est mise en œuvre ultérieurement, les éléments conservés sont remis aux services enquêteurs sur réquisitions judiciaires.

Ce processus de dépôt de plainte simplifié peut être exercé par un établissement qui ne dispose pas d'UMJ, tout comme le certificat médical de constat des blessures. Toutefois, les faits de violences sexuelles nécessitant une qualification en médecine légale, les professionnels devront se tourner vers l'UMJ le plus proche en cas de présentation spontanée de la victime.

Qu'il dispose d'une UMJ ou non l'établissement de santé s'engage à :

- « Privilégier un accueil psycho-médico-social permettant une prise en charge rapide et explicite à la victime par une personne référente,
- Préparer la victime à l'examen médical général ou le cas échéant, spécialisé, et examiner ses capacités à le subir
- Proposer à la victime un accompagnement psychologique
- Informer la victime de ses droits, à chaque étape de son parcours hospitalier, quel que soit son positionnement quant à la révélation des faits aux services d'enquête ou autorités judiciaires »

b. Les acteurs du suivi et de l'accompagnement des victimes

Au sein des services des hôpitaux comme des UMJ, le service social est systématiquement proposé à la victime. Il assure l'écoute, l'information, le conseil et l'orientation des personnes dans leurs démarches et vers la solution la plus adaptée à leur situation. Leur intervention ne s'inscrit pas sur le long terme mais il peut orienter la victime vers des travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, assistante sociale, éducateurs jeunes enfants) qui pourront assurer un suivi. Dans le cas des femmes victimes de violences conjugales qui n'auraient pas quitté le domicile, le rôle du service social est d'autant plus important puisqu'il est tenu d'assurer un suivi de la personne en proposant des rendez-vous réguliers.

L'hôpital peut également travailler en collaboration étroite avec les maisons de justice et du droit et les antennes de justice et les associations d'aides aux victimes qui peuvent disposer lieux de permanence au sein de l'hôpital. Parmi les associations nationales on peut citer la Fédération nationale solidarité femmes (FNSF), le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), la Fédération nationale GAMS, les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF). Ces associations sont présentes au niveau départemental et régional et propose un maillage territorial qui permet à chaque femme de pouvoir accéder à une permanence ou un lieu dans lequel elle rencontrera des professionnels qui pourront l'aider dans son parcours.

Une coordination entre tous les acteurs a vocation à assurer une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences. L'action d'englobement des aspects sanitaires, judiciaires et sociaux sont une action recommandée par le Grenelle. Dans certains départements,

leur mise en œuvre s'est concrétisée par la création d'une instance de gouvernance territoriale : le comité départemental des violences faites aux femmes. Ils ont vocation à coordonner l'ensemble des acteurs de cette politique publique prioritaire.

c. Un partenariat territorial à renforcer

Ainsi, si les actions mises en œuvre diffèrent selon les territoires elles convergent toutes vers une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences avec le point commun de consolider une réponse pluridisciplinaire :

- Intra hospitalière (prise en charge médico-psycho-sociologique)
- Inter hospitalière : en effet, certains hôpitaux ne bénéficient pas d'activités spécialisées telles qu'une activité de chirurgie spécialisée (chirurgie réparatrice par exemple), d'interruption de grossesse (IVG) ou une activité de psychiatrie. Ainsi les hôpitaux doivent se coordonner pour organiser une orientation de la patiente vers un établissement pouvant proposer cette prise en charge.
- Extra hospitalière : le développement d'un partenariat avec tous les acteurs du champ de la lutte contre les violences faites aux femmes est indispensable pour améliorer la qualité des réponses apportées aux victimes. « *L'action des collectivités territoriales est essentielle pour répondre aux spécificités locales et il est important de l'inscrire en complémentarité et en synergie avec les actions menées par l'Etat et les associations* ». ⁵⁷. Ainsi, le pilotage institutionnel local de la lutte contre les violences faites aux femmes apparaît donc comme une priorité aujourd'hui, encore plus dans les zones rurales⁵⁸

⁵⁷ Interview d'Iman Karzabi, chargée de mission à l'Observatoire régional d'Ile-de-France des violences faites aux femmes, 2019

⁵⁸ Rapport du Sénat, Femmes et ruralité : en finir avec les zones blanches de l'égalité, 2021

2. La Maison des femmes : un exemple à suivre ?

Créée en juillet 2016 par la gynécologue et obstétricienne Ghada Hatem en seine Saint Denis, la Maison des Femmes est à la fois un centre pour les femmes en difficulté et/ou victimes de violence et une unité du centre hospitalier Delafontaine à Saint-Denis. La Maison des femmes dispose également d'une unité de 35 places pour héberger des jeunes femmes 18 à 25 ans sans enfant pour les accompagner vers un retour à l'école, une formation diplômante ou accéder à un emploi.

Son financement est hybride avec un financement public par le Ministère de la santé au travers d'une MIG, par le département pour ses activités de planning familial et enfin par la Sécurité Sociale pour l'activité de soins et un financement privé fournie par le mécénat.

Elle a pour concept d'être un guichet unique c'est-à-dire un lieu qui rassemble tout ce qui est nécessaire pour l'aide aux femmes victimes de violence à savoir des médecins, des sage-femmes, des psychologues, des psychiatres, des assistantes sociales. Cette partie médico-psycho-sociale est enrichie d'une équipe juridique avec des juristes, des avocats et d'une permanence policière avec des agents formés spécialement sur cette thématique en plus de leur formation d'origine. La durée de la prise en charge est adaptée à chaque situation avec des prise en charge qui peuvent être courtes, saccadées ou qui peuvent s'inscrire dans le temps.

Cette organisation est destinée à parer les difficultés que les femmes pourraient rencontrer au-delà de leur prise en charge sur le plan sanitaire et social. Ainsi la Maison des Femmes va plus loin que le parcours hospitalier. Elle organise le parcours de soin coordonné des patientes et les accompagne à travers les aides sociales et juridique. De plus elle propose une activité de formation à travers des formations sur site et extra-site comme dans les écoles d'infirmières ou de sages femmes, les centres de santé mais aussi les établissements scolaires afin d'effectuer de la prévention.

En fournissant tous les outils aux victimes pour améliorer leur état de santé global mais aussi en les accompagnant vers une autonomie pérenne, la Maison des femmes accueille une file active d'environ 50 à 80 femmes par jour. La structure a su prouver tout son intérêt. C'est pourquoi ce modèle de structure s'est exporté. Aujourd'hui il existe 10 Maison des Femmes en France.

CONCLUSION

« Une femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son compagnon », ce constat issu du rapport de Roger Henrion de 2001 marque le point de départ de la prise de conscience de l'ampleur des violences exercées à l'encontre des femmes.

Aujourd'hui, les violences envers les femmes sont au cœur des combats féministes et font l'objet d'une mobilisation sans précédent. Au regard de la pression sociale et économique les pouvoirs publics se sont engagés dans la lutte contre ces violences avec un accent sur les violences dites conjugales. Toutefois les violences n'existent pas seulement du fait d'un conjoint. En 2018, 247 000 femmes entre 18 et 75 ans déclaraient avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage, 326 600 en dehors du ménage. Les pouvoirs publics doivent axer leur communication et leurs efforts sur toutes les violences.

Les conséquences sur la santé des patientes sont multiples. Elles impactent la santé physique et mentale, et s'inscrivent sur le long terme. De plus, avoir subi des violences sans avoir été pris en charge est le principal facteur de risque conduisant à en subir à nouveau. Ainsi l'enjeu d'une prise en charge est énorme.

En France le nombre de féminicide est un chiffre d'une stabilité redoutable. Si cela peut s'expliquer par le fait que l'indicateur est sorti de l'ombre il y a peu, les politiques publiques doivent redoubler d'efforts pour mettre en œuvre des actions de prévention de ces violences.

Au regard de la sous déclaration de ces violences, le rôle de l'hôpital et la formation de ses professionnels de santé sont primordiaux. Il convient d'informer et de former tous les acteurs de la prise en charge des femmes victimes de violence afin de participer au repérage, au diagnostic et à délivrance de soins spécifiques adaptés.

De plus, un meilleur maillage des acteurs du territoire est un prérequis indispensable mais il est mis à mal par les sous-effectifs de personnel médical et paramédical. En effet les tensions de ces dernières années se répercutent sur la prise en charge des victimes car pour que les victimes soient décelées et accueillies, encore faut-il y avoir des professionnels. Or 30,2% de la population française vit dans un désert médical.

Le développement de Maisons des femmes donne de l'espoir sur la possibilité d'une structure adaptée à ces victimes, mais le nombre de femmes par jour reçu dans la structure alarme là encore sur l'occurrence de ces violences.

Ainsi, la prise en charge des auteurs est une question qui mérite d'être travaillé. En effet, beaucoup de féminicides interviennent sur des situations de récidive. Or, cette récidive diminue lorsque les auteurs ont bénéficié d'un accompagnement psychologique, sociale et éducative. Les actions mises en œuvre pour la lutte contre les violences faites aux femmes doivent aussi intégrer cette question. À l'issue du Grenelle des violences conjugales, le Gouvernement avait acté la mise en place de centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales (CPCA). Pourtant en 2021, seulement 30 centres ont vu le jour.

Face à la gravité et à l'ampleur des phénomènes des violences envers les femmes, la prévention constitue un enjeu essentiel des politiques publiques sanitaires, judiciaires et sociales. Dans ce nouveau quinquennat, l'accélération du développement de ces mesures est une attente partagée par beaucoup.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs
- Loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal
- Loi n° 92-1179 du 2 novembre 1992 relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail et modifiant le code du travail et le code de procédure pénale
- Circulaire interministérielle MES 99-280/SDEF n° 980014 du 8 mars 1999 relative à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, au sein du couple
- Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce
- Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales
- Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs
- Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants
- Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel
- Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes
- Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile
- Loi n°2015-993 du 17 août 2015 portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne
- Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes
- Loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes
- Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales
- Décret n° 2021-1481 du 12 novembre 2021 modifiant le décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- Circulaire CRIM-2021-13/E6 du 24 novembre 2021 présentant la circulaire du Premier ministre relative à la gouvernance territoriale en matière de lutte contre les violences conjugales

Ouvrages

JASPARD Maryse, *Les violences contre les femmes*, La Découverte, 2005, 128p.

PAVARD Bibia, ROCHEFORT Florence, et ZANCARINI-FOURNEL Michelle, *Ne nous libérez pas, on s'en charge. Une histoire des féminismes de 1789 à nos jours*. La Découverte, 2020, 512p.

PEROZ Jean-David, *Les politiques sociales en France en 27 notions*, chapitre 13. Les violences faites aux femmes, Dunod, 2021, pp. 148-156.

ROMERIO Alice, *Le travail féministe. Le militantisme au Planning familial à l'épreuve de sa professionnalisation*, Archives du féminisme, 2022, 258p.

SALMONA Muriel, *Psychotraumatologie*, chapitre 10. Agressions sexuelles, Dunod, 2020, pp. 79-95.

SOUFFRON Kathy, *Les violences conjugales*, Milan, 2000, 42p.

Articles de revues

BARBIER Alice, et LEFEVRE Thomas, « Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol. 30, n°3, 2021, pp. 35-44.

DARSONVILLE Audrey, « Loi du 28 décembre 2019 : une approche pluridisciplinaire dans la lutte contre les violences au sein de la famille », *Revue droit et santé*, n°96, 2020.

GRIHOM Marie-José, « Pourquoi le silence des femmes ? Violence sexuelle et lien de couple », *Dialogue*, vol. 208, n°2, 2015, pp. 71-84.

LACROIX Caroline, « Covid-19 et violences conjugales : des dispositifs exceptionnels et des solutions pour demain ? », *Revue droit et santé*, n°96, 2022.

NECTOUX Marc, MUGNIER Claude, BAFFERT Sandrine, ALBAGLY Maité, et THÉLOT Bertrand, « Évaluation économique des violences conjugales en France », *Santé Publique*, vol. 22, 2010, 405-416.

VANNEAU Victoria, « L'Invention juridique des violences conjugales au XIX^e siècle », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 2, n°2, 2016, pp. 305-318.

XX, « Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes », *Prescrire*, vol.38, n°413, 2018, pp.192-200.

Rapports

ARNAUD Jean-Michel, BELIN Bruno, HAVET Nadège, MEDEVILLE Pierre, MONIER Marie-Pierre, PANTEL Guylène, PONCET MONGE Raymonde, et VARAILLAS Marie-Claude, « Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité », *Rapport fait au nom de la délégation aux droits des femmes*, n°60, 2021.

BAZIN Arnaud, et BOCQUET Éric, « Le financement de la lutte contre les violences faites aux femmes : une priorité politique qui doit passer de la parole aux actes », *Rapport fait au nom de la commission des finances*, n°606, 2020.

BAZIN Arnaud, et BOQUET Éric, « Solidarité, insertion et égalité des chances », *Rapport d'information*, 2020

BRANGER Jean-Guy, « Lutte contre les violences au sein du couple », *Rapport fait au nom de la délégation aux droits des femmes*, n°229, 2005

BRANCHU Christine, et VANACKERE Simon, « La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une mobilisation », *Rapport IGAS*, n°2017-001R, 2017.

HENRION Roger, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », *Rapport au ministre délégué à la santé*, 2001.

KRUG Etienne, DAHLBERG Linda, MERCY James, ZWI Anthony, et LOZANO-ASCENCIO Rafael, « Rapport mondial sur la violence et la santé », *Rapport de l'OMS*, 2022.

MOIRON-BRAUD Elisabeth, « Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions », *Rapport de la MIPROF*, 2020.

XX, « Où est l'argent contre les violences faites aux femmes ? », *Rapport HCE*, 2018

Thèses et mémoires

BARROSO DEBEL Maria, « Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale », Thèse pour le diplôme de docteur de médecine, 2013

BÈS DE BERC Alix, et GUESSOUM Yacine, « Femmes victimes de violences sexuelles : Étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes », Thèse pour le diplôme de docteur de médecine, 2019

CHEVALIER Emmanuelle, *La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans le Lot et Garonne : état des lieux et pistes d'action*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2012

FREY Camille, « Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : quel serait le contenu de la formation idéale ? », Thèse pour le diplôme de docteur de médecine, 2019

GUILLEMOT Mathilde, *Quelle place pour une approche de santé publique dans la lutte contre les violences conjugales ?*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010

ROY Anne Sophie, « Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales », Thèse pour le diplôme de docteur de médecine, 2020

Cours

BOUGHRIET Nora, SAISON Johanne, *cours de Responsabilité et déontologie*, Université de Lille, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Lille, 2021.

Autres

ARS, *Appel à projet dispositif dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences*, 2021.

Direction des Affaires criminelles et des Graces, *Les violences au sein du couple*, Guide de l'action publique, 2011

Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, *Violences faites aux femmes, le Gouvernement d'engage*, Dossier de presse, 2021.

Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, *Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes*, Chiffres clés, 2021.

Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, *Le sexisme tue aussi 5^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes*, Plan triennal, 2017-2019.

WEBOGRAPHIE

Sites nationaux

www.legifrance.gouv.fr

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

<http://www.vie-publique.fr>

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

<http://www.igas.gouv.fr>

www.solidaritefemmes.org

Sites régionaux

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositifs-dedies-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences>

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/agir-efficacement-contre-les-violences-faites-aux-femmes>

<https://www.normandie.ars.sante.fr/lutte-contre-les-violences-conjugales-et-intrafamiliales-des-outils-disposition-des-professionnels>

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-accompagner-et-sensibiliser-les-professionnels-en>

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/dispositifs-dedies-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences-0>

Sites associatifs

<https://fncidff.info>

<https://www.lamaisondesfemmes.fr>

<http://www.planning-familial.org>

LISTE DES ANNEXES

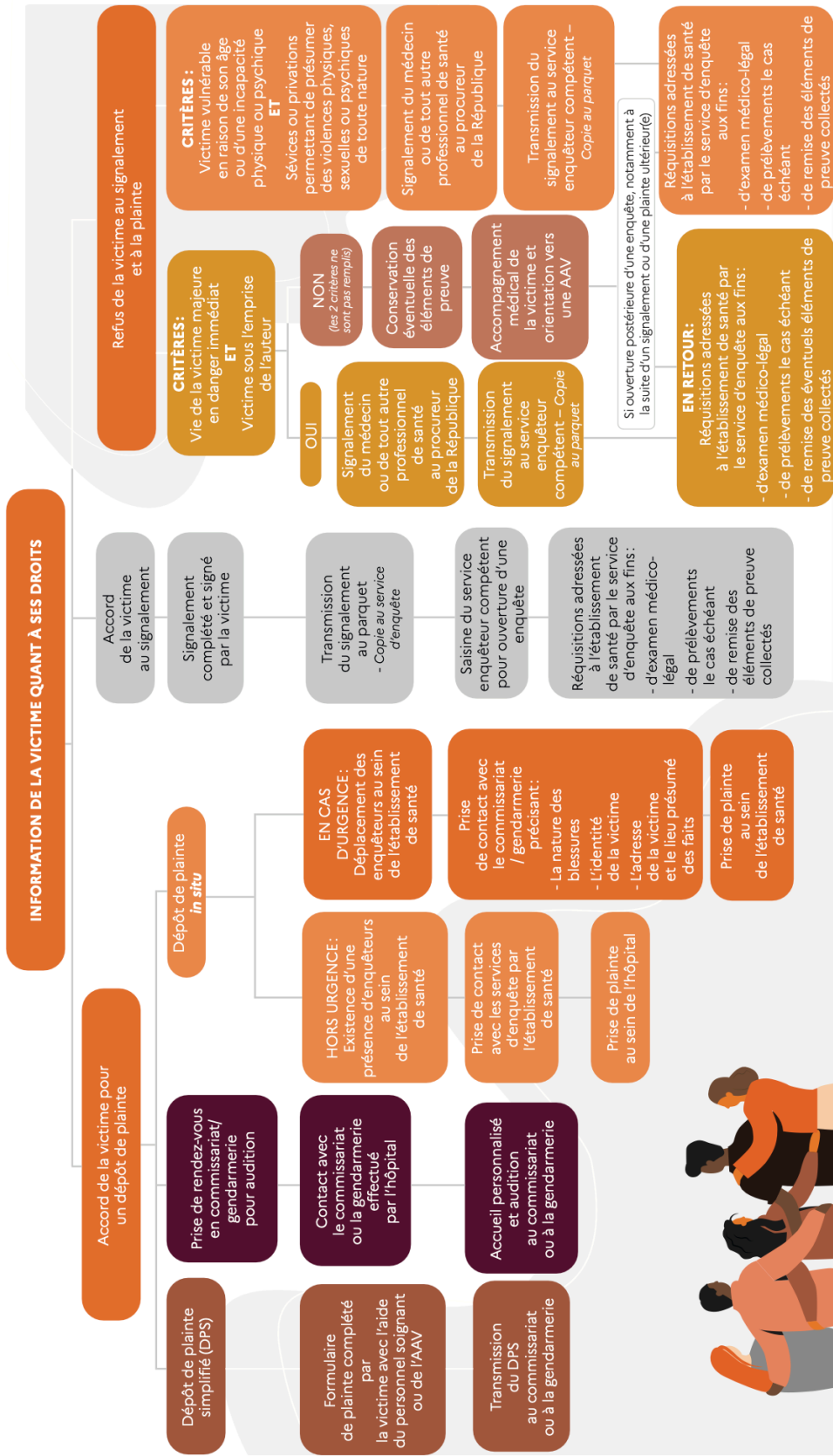
Annexe n°1 : Schéma d'organisation relatif à l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences de toutes formes de violences notamment conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé

Annexe n°2 : Entretien avec Madame Mathilde Djabour, IDE (durant 16 ans), Cadre de Santé, référente violences et harcèlement sur le site de l'hôpital Saint-Vincent de Paul

Annexe n°3 : Questionnaire WAST

Annexe n° 4 : La procédure de signalement

Annexe n° 5 : La procédure de dépôt de plainte



Annexe n°2

« Vous êtes référente violences et harcèlement sur le site de Saint Vincent de Paul depuis longtemps ? Depuis fin février, début mars.

Vous avez eu affaire à combien de dossier depuis ? Deux pour le moment, le second est en cours, il devrait se clôturer en septembre.

Lorsque quand vous avez été désignée comme référente sur cette thématique vous avez eu une formation ? Non, je suis syndiquée et j'ai simplement postulé à l'offre, j'ai été élue en comité d'entreprise. L'avantage c'est que en tant que membre d'un syndicat les personnes concernées viennent déjà me voir pour me parler de leurs difficultés.

Y a-t-il une procédure pour la prise en charge des femmes salariées victimes de violences ?
Lorsqu'on est face à ça, on doit réaliser un entretien avec le salarié concerné. Puis on transmet l'information au référent employeur au niveau de la direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales. Après on va tous se rencontrer en réunion. Dans le dossier que j'ai eu à traiter au final c'est allé vite, je n'ai pas fait grand-chose ça s'est vite conclu par un licenciement pour faute grave mais on ne m'a pas impliquée dans le processus.

Quelles difficultés rencontrez-vous ou pensez-vous être amené à rencontrer ? C'est difficile de protocoliser les choses je pense. C'est une thématique difficile, rien que sur les définitions. À quel moment on définit le harcèlement ? Certaines anciennes sont à cheval sur les techniques de soins et des fois ce que certaines voient comme de la formation d'autres trouvent que c'est du harcèlement. C'est pareil pour les agressions, parce que dès fois on ne sait pas si certains évènements constitue vraiment une infraction C'est presque plus facile quand c'est très grave. Pour le dernier dossier ça avait commencé par des plaintes d'une soignante puis finalement de toute l'équipe. Il n'y avait pas de doutes.

Avant, dans votre carrière d'infirmière avez-vous reçu une formation spécifique sur la prise en charge des violences faites aux femmes, que ce soit lors de votre formation ou après ?
Non, jamais

Vous regrettez de n'avoir eu aucune formation ? Oui, après peut être que cela va m'être proposé, je ne sais pas.

Quand vous étiez face à une situation où les violences étaient avérées ou suspectées sur une patiente, que faisiez-vous ? Quand c'est les patients on appelle service social, un psychologue. On n'a pas eu de formation mais on sait qu'on doit le signaler ou lorsqu'on a un doute on en parle en réunion pluridisciplinaire. On va discuter de ce que verbalise nos patients et de ce qui a pu nous mettre la puce à l'oreille.

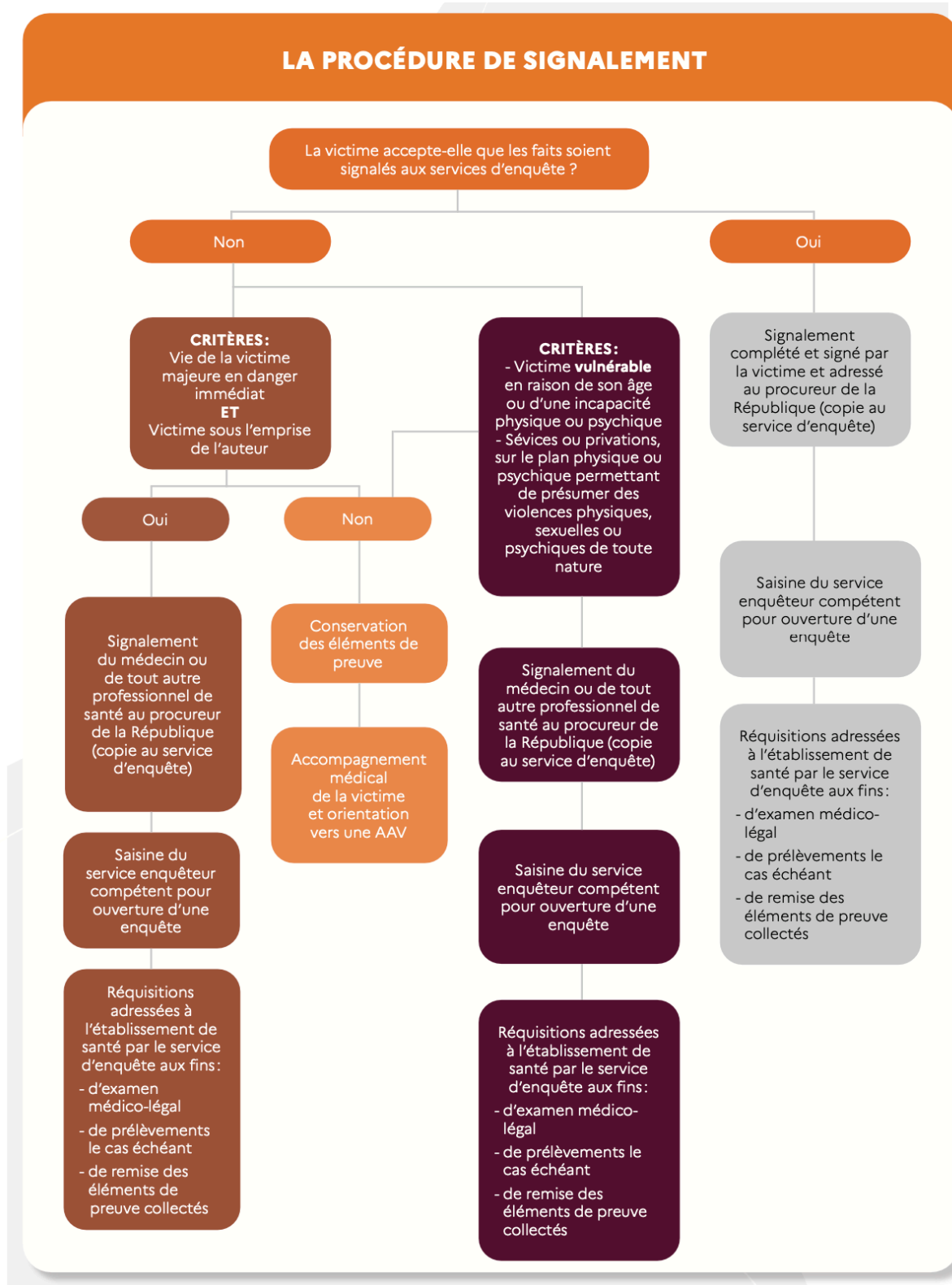
Que pensez-vous du dépistage systématique pour les femmes ? Je ne pense pas que ce soit une solution. Je ne me vois pas demander à une patiente d'emblée si elle se fait violenter. De la même façon qu'on ne demande pas à un patient s'il est alcoolique même si on le sait avec les résultats du laboratoire. Si une patiente a envie d'en parler elle le fera. Si elle ne le fait pas c'est qu'elle n'est pas encore prête à le verbaliser. Dans les soins il faut d'abord installer une relation de confiance et c'est à ce moment-là qu'on peut poser des questions, pas avant. Tout est une question de confiance et d'échange. Il faut demander quand c'est le bon moment. »

Annexe n°3

Questionnaire WAST version française (version originale en annexe)

Le groupe de travail a choisi de maintenir la sous-section WAST-SHORT

<p>Les items 1 et 2 constituent le WAST-SHORT</p> <p>En cas de réponse positive à l'une des questions, continuer avec l'ensemble du questionnaire</p>	<p>1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très tendue <input type="checkbox"/> Quelque peu tendue <input type="checkbox"/> Sans tension</p> <p>2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très difficilement <input type="checkbox"/> Assez difficilement <input type="checkbox"/> Sans difficulté</p>	<p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p>
<p>Les 8 items constituent le WAST</p>	<p>3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissé(e) ou que vous vous sentez dévalorisé(e) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée)?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraité physiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p>
<p>Total : / 16 Valeur seuil = 5</p>		<p>2 1 0</p>



Annexe n°5

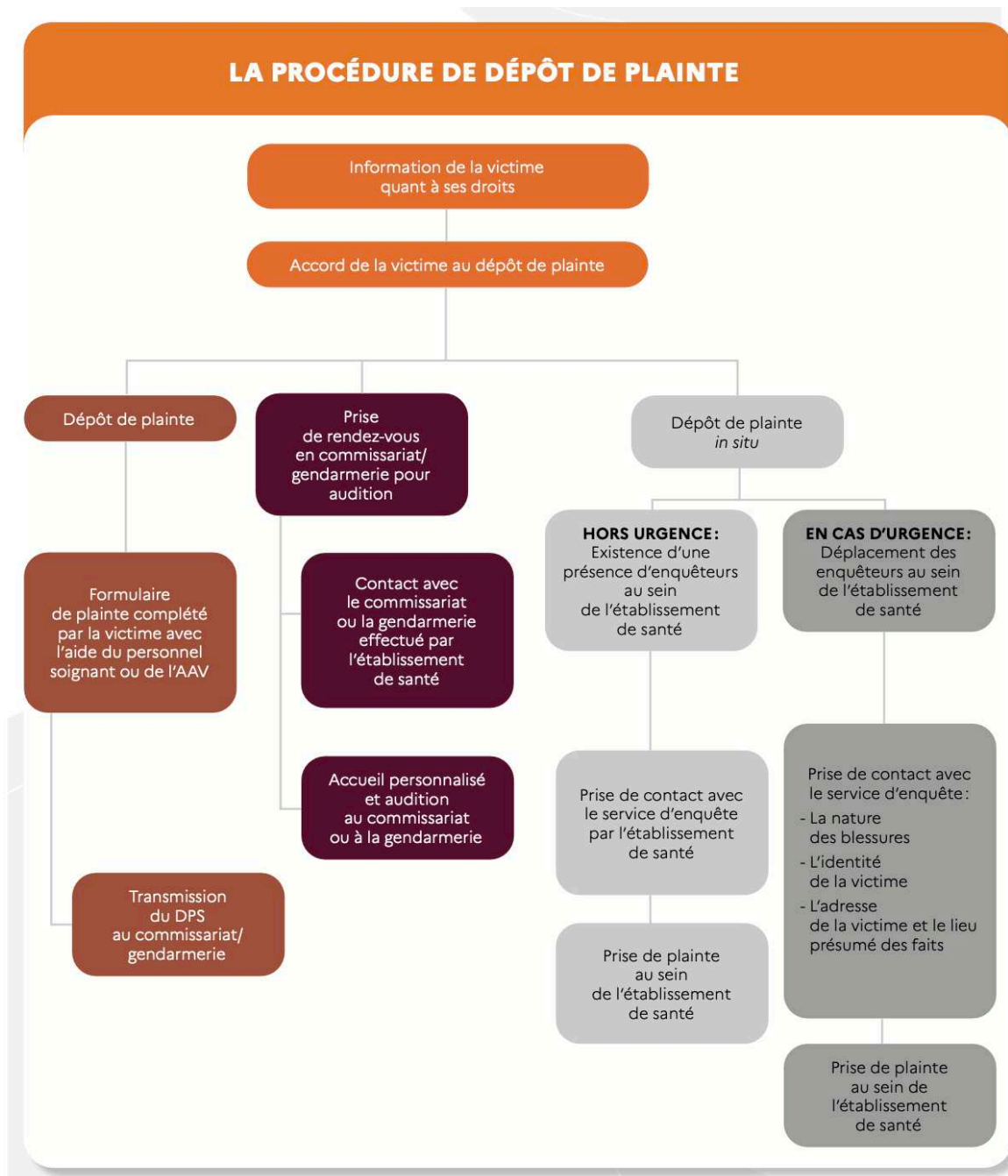


TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	8
PARTIE I – RÉALITÉ ET CONTEXTE D’UNE ÉPIDÉMIE DE L’OMBRE	12
I. Violences faites aux femmes : un enjeu de société majeur	12
1. Définition et mesure de la violence envers les femmes	12
2. L’ampleur du phénomène sociologique et économique	16
II. Une priorité politique qui souffre de l’absence de résultats et de moyens	19
1. Un arsenal juridique comme moyen de lutte contre les violences envers les femmes	19
a. L’arrivée tardive du débat sur les violences faites aux femmes	
b. D’une prise de conscience progressive à une lutte législative affirmée	
2. Une grande cause du quinquennat qui a du mal à trouver une lisibilité budgétaire	27
a. Une mauvaise visibilité du financement des politiques publiques	
b. Le financement des dispositifs dédiés dans le secteur sanitaire	
PARTIE II – MOBILISATION DE L’HÔPITAL DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	30
I. L’organisation des acteurs sanitaires pour la prise en charge des femmes victimes de violences	31
1. L’identification progressive de l’hôpital comme acteur essentiel dans la prise en charge des femmes victimes de violences.....	31
2. Le rôle du professionnel de santé au cœur de la prise en charge	34
a. La nécessité de la formation à la détection des violences	
b. Le signalement des violences	
II. Pronostic de la prise en charge des femmes victimes de violences par l’hôpital	40
1. Vers le renforcement du maillage territorial des acteurs de la prise en charge des femmes victimes de violences	40
a. Les acteurs judiciaires	
b. Les acteurs du suivi et de l’accompagnement des victimes	
c. Un partenariat territorial à renforcer	
2. La Maison des femmes : un exemple à suivre ?	44

<i>CONCLUSION</i>	45
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	47
<i>WEBOGRAPHIE</i>	51
<i>LISTE DES ANNEXES</i>	52
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	59