EHESP

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Mars 2010**

Quelle place pour une approche de santé publique dans la lutte contre les violences conjugales ?

L'exemple de la région Midi Pyrénées

Mathilde GUILLEMOT

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier la DRASS Midi Pyrénées et toute l'équipe du Groupement Régional de Santé Publique pour m'avoir accueillie chaleureusement dans le cadre de ma formation initiale d'inspectrice de l'action sanitaire et sociale.

Ensuite, je remercie ma maître de stage, Mme Raphaëlle Michaud, inspectrice hors classe de l'action sanitaire et sociale responsable du groupement, pour m'avoir accompagnée tout au long de mon stage, guidée dans l'approche et la compréhension de la thématique difficile des violences conjugales, et avoir mis à ma disposition les ressources nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également particulièrement Mme Françoise Rico Rispe, psychologue à la DDASS du Tarn et Garonne, responsable du groupe thématique « violence et santé » du groupement, pour m'avoir consacré du temps et associée aux différentes réunions de travail.

Je souhaite remercier vivement toutes les personnes rencontrées au cours des entretiens relatifs au mémoire professionnel pour leur accueil, leur disponibilité et leurs réponses, riches d'enseignements professionnels, à mes questions. Leurs éclairages ont été précieux.

Enfin, je dédie ce mémoire à tous ceux qui refusent de voir en la violence une fatalité, et se battent pour plus d'égalité entre les hommes et les femmes.

S o m m a i r e

Introduction **1**

1 l'apprehension des violences conjugales mobilise aujourd'hui assez peu les leviers d'une approche de sante publique. **7**

1.1 La lutte contre les violences conjugales fait aujourd'hui l'objet d'une réelle politique publique, dans laquelle les acteurs sanitaires jouent un rôle certain mais *réducteur* **7**

1.1.1 - Une politique publique récente, héritière du travail militant des mouvements féministes *7*
1.1.2 - Des acteurs nombreux à coordonner dans un contexte institutionnel en cours de réforme *9*
1.1.3 - Une place pour le secteur santé dans le dispositif relativement réduite aux aspects biomédicaux et médico-légaux. *11*

1.2 Le dispositif actuel rencontre des difficultés importantes pour une bonne prise en charge des victimes **13**

1.2.1 - Les victimes sont insuffisamment repérées et orientées par les professionnels «non spécialisés » qui les rencontrent *13*
1.2.2 - Les violences conjugales s'inscrivent dans un schéma spécifique qui désarçonne les professionnels *15*
1.2.3 - Peu de professionnels sont formés ou simplement sensibilisés aux spécificités des violences conjugales *16*
1.2.4 -Des cloisonnements entraînent souvent des parcours «heurtés», décourageants pour des victimes d'ores et déjà fragilisées *17*

1.3 L'approche de la thématique sous un angle de santé publique, qui permet de répondre en partie à ces difficultés, est peu mobilisée. **19**

1.3.1 – Une approche de santé publique semblerait pleine de promesses dans cette thématique. *19*
1.3.2 - Des leviers peu mobilisés pour la favoriser la prévention en santé, ainsi que des modes de prise en charge médicale adaptés *21*
1.3.3 - Des leviers peu mobilisés sur le plan de la concertation et coordination en réseau des acteurs du champ sanitaire notamment *22*

2 Intégrer une approche de santé publique au dispositif de lutte contre les violences conjugales en région Midi Pyrénées: une démarche récente dont la place est encore incertaine 25

2.1 Contexte régional.....25

2.1.1 - Le phénomène de la violence conjugale est présent en région Midi Pyrénées, et le nombre de victimes prises en charge ces dernières années semble y augmenter. 25

2.1.2 - Bien qu'inégalement répartis sur le territoire, les acteurs mobilisés et mis en réseau pour la prise en charge des victimes de violence conjugale sont nombreux en région Midi Pyrénées. 27

2.2 L'approche de santé publique en région Midi Pyrénées : une mise en œuvre récente sous l'égide du GRSP 29

2.2.1 - Des difficultés sont identifiées dans la région face auxquelles une approche de santé publique de la problématique peut être un outil intéressant.....29

2.2.2 - Une implication des acteurs de santé publique régionaux dans la thématique « violence et santé », dont l'action s'inscrit largement dans la lutte contre les violences conjugales.....31

2.2.3 - L'émergence de réalisations dans le champ de la lutte contre les violences conjugales. 33

2.3 Malgré des avancées certaines, la démarche introduite souffre de limites liées à un positionnement difficile dans le paysage régional.....35

2.3.1 - Des avancées certaines porteuses de résultats d'ores et déjà palpables.....36

2.3.2 - Des limites tenant à des incertitudes quant au positionnement de la démarche dans la durée 38

2.3.3 - La question de l'équité territoriale 39

2.3.4 - Des limites tenant au positionnement de la démarche dans un système d'acteurs complexe.....40

3 Vers une amélioration du dispositif en Midi Pyrénées: développer l'approche de santé publique tout en lui conférant une juste place au sein d'un système complexe 43

3.1 Conforter la démarche et contribuer à la recomposition de l'offre régionale avec un souci d'équité territoriale. 43

3.1.1 - Asseoir et améliorer la démarche par de développement des capacités de diagnostic régional : l'observatoire régional des violences intrafamiliales. 44

3.1.2 - Renforcer la préoccupation d'équité territoriale dans la conception des outils d'intervention. 46

3.2 Formaliser le positionnement de la démarche de santé publique au sein d'un système d'acteurs complexe. 47

3.2.1 - Le dispositif des référents départementaux : un projet de décloisonnement des acteurs « spécialisés » de la prise en charge des victimes de violence conjugale, dans lequel les acteurs de santé doivent avoir leur place..... 49

3.2.2 - Les protocoles de lutte contre les violences faites aux femmes : un outil à investir 50

3.3 Penser la pérennité de la démarche dans la perspective de la mise en place de l'ARS et des DRJSCS et DDCS 52

3.3.1 - Evaluer la démarche de santé publique « violence et santé » dans son volet lutte contre les violences conjugales pour penser la continuité..... 53

3.3.2 - Rendre la démarche plus lisible et plus visible en sécurisant ses opérateurs. .. 55

Conclusion 57

Bibliographie 59

Liste des annexes

Liste des sigles utilisés

APP	Appel à Projets de Prévention
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPJ	Association Soutien Prévention Judiciaire
AVAC	Association Vivre Autrement les Conflits
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CBV	Consultation Coups et Blessures Volontaires
CESR	Conseil Economique et Social Régional
CGPC	Conseil Général des Ponts et Chaussées
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CNIDFF	Centre National d'Information sur des Droits des Femmes et des Familles
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS	Conférence Nationale de Santé
CODES	COmité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPV	Consultation de Prévention Violence
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	Bureau de Consultance en Santé Publique (Paris)
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CRESGE	Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
DAV	Délégation Aux Victimes
DARH	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS	Directions Départementales de la Cohésion Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRDFE	Direction Régionale aux droits des Femmes et à l'Egalité
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRIRE	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction régionale du service médical
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENVEFF	Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
FNSF	Fédération Nationale Solidarité Femmes
FSL	Fonds de Solidarité Logement
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
GRSP-MIP	Groupement Régional de Santé Publique de la région MIdi Pyrénées
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGPN	Inspection Générale de la Police Nationale
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
INAVEM	Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation
INHESJ	Institut National des Hautes Etudes en Sécurité et de la justice
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITT	Incapacité Totale de Travail
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial
MIG	Mission d'Intérêt Général
MRS	Mission Régionale de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OND	Observatoire National de la Délinquance
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
ORSMIP	Observatoire Régional de la Santé de la région Midi Pyrénées
PARSA	Plan d'Action Renforcé en direction des Personnes Sans Abris
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PREVIOS	réseau PREvention VIolence et Orientation Santé
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
REQUAMIP	REseau QUAlité MIdi-Pyrénées
RGPP	Révision Générale des Politiques Publiques
SDFE	Service des Droits des Femmes et de l'Egalité
SGAR	Secrétariat Général aux Affaires Régionales
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
T2A	Tarification A l'Activité
TGI	Tribunal de Grande Instance
UAV	Unité d'Accueil des Victimes
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« Combattre les violences faites aux femmes, c'est pourfendre des cas intolérables de violation des droits fondamentaux et d'atteintes à la personne. C'est un combat qui concerne toute la société, c'est un combat universel. »[1]

Les termes utilisés par le premier ministre à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence envers les femmes, avant de déclarer la lutte contre ce phénomène "grande cause nationale 2010" viennent consacrer la lente prise de conscience de la gravité de ce phénomène social, qui concerne plus d'une femme sur dix en France[2], et de sa prise en considération par les pouvoirs publics comme un problème dont la prise en compte doit dépasser les arènes féministes.

Si les violences faites aux femmes s'exercent dans l'ensemble des champs de la vie sociale, c'est massivement dans l'intimité du foyer qu'elles ont à l'endurer. Elles atteignent la femme dans son intégrité physique et psychoaffective, dans son autonomie, sa liberté d'aller et venir. Elles vont de la menace, du mépris, du chantage affectif sur les enfants, aux coups et à la tentative de meurtre en passant par la mise à la porte, les rapports sexuels imposés. Cette violence « banale»[3] n'est pas le symptôme de difficultés d'un couple, mais un comportement inacceptable tombant sous le coup de la Loi.

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF, 2000) a permis de montrer que tous les milieux sociaux sont concernés, les foyers à minima sociaux étant les plus touchés (13,7%), et les femmes les plus jeunes (20/24 ans) étant deux fois plus exposées que leurs aînées. Les extrapolations menées à partir de cette étude conduisent à évaluer à plus de 1 350 000 le nombre de femmes confrontées à la violence dans leur vie de couple en 1999. Par ailleurs, 156 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint en 2008, soit, en moyenne, une tous les 2 jours et demi (contre un homme tous les quatorze jours en 2007[4)].

La violence conjugale ne doit pas seulement être abordée sous un aspect social ou psychologique mais être aussi considérée comme problème de santé publique, un problème économique, et plus globalement un problème qui affecte la société entière et non uniquement ses victimes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ainsi évalué que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre 1 et 4 années de vie en

---

[1] Allocution du premier ministre à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le 25 novembre 2009

[2] INED, 2000, *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*

[3] - Assemblée Nationale, 2009, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*

bonne santé, et que leur prise en charge ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher que celle des autres femmes[5.] En 2001, le rapport du professeur Henrion détaille les conséquences des violences sur la santé des femmes et précise qu'elles sont la principale cause d'invalidité et de mortalité chez les femmes de 16 à 44 ans[6]. Une autre étude récente a permis d'évaluer à 1 milliard d'euros le coût économique annuel de ces violences en France[7.]

La prise en charge des victimes de violences conjugales dans un parcours de sortie de cette situation est par essence pluridisciplinaire. Ces dernières sont confrontées à des problématiques tout à fait spécifiques, dont l'étude et la connaissance commencent à être assez établis[8], qui appellent à une prise en charge par des professionnels de différentes disciplines, formés à ces spécificités. La prise en charge des femmes victimes de violence implique ainsi au moins les dimensions *sanitaire* (soins des blessures physiques et, surtout, prise en charge psychologique; établissement de certificats d'incapacité totale de travail[9]); *sociale* (hébergement, mais aussi et surtout réinsertion sociale, retour vers l'autonomie et l'insertion professionnelle après l'épisode de violence); et *judiciaire* (volets pénal et civil). Plus largement, cette prise en charge appelle d'une part à des actions visant la *restauration de l'estime de soi,* ou la *réparation*, fût-elle symbolique, qui appartient à la société prise globalement, et d'autre part à un travail dans l'ensemble des champs de la vie sociale sur une approche des relations homme-femme, la problématique de la violence de couple étant largement liée à celle des relations de genre[10]. Les approches des différents acteurs répondent à des logiques d'action et d'analyse du phénomène qui diffèrent. Surtout, nombre de professionnels non spécialisés, parmi lesquels les professionnels de santé, se sentent démunis face à un phénomène auquel ils ne sont pas ou peu sensibilisés et formés. C'est dès lors souvent de manière assez éclatée que s'organisent des "bouts" de prise en charge des victimes, malgré la structuration du réseau des délégations aux droits des femmes, chargées notamment de coordonner l'ensemble, et de permettre que les différentes interventions de professionnels soient "mises en musique".

---

[4] Délégation aux victimes, ministère de l'intérieur 2008 *Etude nationale sur les décès au sein du couple en 2007*. Les hommes victimes de violence conjugale sont eux-mêmes violents dans plus de 90% des cas.
[5] OMS, *violence against women : a priority health issue,* 1997
[6] Henrion R., rapport au ministre chargé de la santé, *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, 2001.
[7] J.-P. Marissal, C. Chevalley, *Évaluation des répercussions économiques des violences conjugales en France,* Paris, La Documentation française, 2007
[8] Voir en particulier à ce sujet Coutanceau *Amour et violence, le défi de l'intimité*, Odile Jacob, 2006 , Hirigoyen MF, 2005, *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*
[9] ITT. A ce sujet, voir annexe 3.
[10] Cette réalité, martelée par les associations intervenant auprès des victimes, a été reprise officiellement par les pouvoirs publics depuis la circulaire interministérielle du 8 mars 1999.

Une démarche de santé publique paraît donc nécessaire et pleine de promesses sur cette thématique. Une telle démarche, qui peut être définie comme les efforts sociaux, politiques, organisationnels destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières sur un territoire et sur une thématique donnée[11], doit en effet permettre notamment de mieux intégrer les aspects sanitaires de la prise en charge des victimes au sein d'une prise en charge *globale.*

S'il est indéniable aujourd'hui qu'un véritable *dispositif* de lutte contre les violences conjugales est en place en France aujourd'hui, la place qu'y occupent les acteurs sanitaires semble relativement réduite, alors même que l'ensemble des experts de la question pointent le rôle déterminant des professionnels de santé, notamment comme clé d'entrée dans le dispositif pour les victimes. C'est en partant de ce constat que le groupement régional de santé publique (GRSP) de la région Midi Pyrénées, où j'ai effectué mon stage professionnel, a souhaité s'engager dans cette thématique, par ailleurs largement mentionnée dans les travaux préparatoires au plan violence et santé annoncé par la loi de santé publique de 2004[12]. L'idée est de développer une approche appréhendant la prévention à la fois primaire, secondaire et tertiaire[13] de la violence ainsi que la prise en charge de ses victimes, sous un angle de santé publique.

Il m'a donc semblé intéressant de me pencher sur la démarche initiée dans cette thématique. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, parce qu'il a une culture du fonctionnent administratif, et qu'il appréhende à la fois les problématiques et cultures professionnelles des champs sanitaire et social trouve dans ce type de démarche toute sa place et son utilité. Par sa connaissance du terrain, sa capacité d'animation et de fédération des acteurs, il trouve dans ici toute sa fonction d' « assemblier », capable de favoriser l'émergence et le dynamisme d'un réseau propre à améliorer la prise en charge de personnes fragilisées, en réunissant acteurs institutionnels, associatifs… Il peut également avoir un rôle pour favoriser l'implication des acteurs d'autres ministères et des décideurs politiques locaux dans la prévention et la prise en charge de la violence conjugale, ainsi que l'émergence de projets propres à soutenir une dynamique partenariale entre les divers acteurs concernés. Il pourra ainsi faire profiter de son expertise à la fois des dispositifs et des modalités de leurs financement, de l'animation de

---

[11] Je reviens dans le corps du texte sur la notion de démarche de santé publique

[12] Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le plan violence et santé, annoncé par la loi, n'est pas encore publié à ce jour.

[13] On distingue trois stades de prévention: la prévention primaire, qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore risque sociétal; la prévention secondaire dont le synonyme pourrait être le mot dépistage et qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social; la prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications (réadaptation médicale, psychologique ou sociale).

réseaux d'acteurs, en ayant le souci d'impliquer les secteurs sanitaire, sociaux, y compris dans la sensibilisation, la formation le soutien et l'accompagnement des professionnels aux problématiques de la violence conjugale.

Pour appréhender le sujet, j'ai travaillé à partir d'une question structurante: En *quoi le développement d'une dynamique de santé publique dans le dispositif global de lutte contre les violences conjugales a-t-il changé/ amélioré son fonctionnement?*

Afin d'y répondre, j'ai posé deux hypothèses simples qu'il s'agissait pour moi de vérifier, nuancer ou infirmer. Ces hypothèses devaient me permettre de conclure sur les atouts et limites de l'introduction d'une démarche de santé publique dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en région Midi Pyrénées.

- *Première hypothèse: Une approche "dépassionnée" qui permet d'impliquer de nouveaux acteurs*

Les acteurs impliqués dans la lutte contre les violences conjugales et la prise en charge des victimes sont souvent très engagés et passionnés par la tâche qu'ils investissent. Ils portent généralement une vision et une analyse du phénomène qu'ils entendent faire valoir. Il en résulte de nombreuses controverses théoriques qui impactent la philosophie et les modalités de prise en charge qui, parfois, séparent les acteurs. L'approche santé permet de réunir de manière "dépassionnée" les acteurs autour d'une même table, autour d'un projet commun pour une meilleure prise en charge des victimes. Cela participe d'un projet de connaissance interpersonnelle des différents acteurs et de leurs actions respectives pour améliorer le fonctionnement global du dispositif. L'approche sous l'angle de la santé publique permet ainsi surtout d'emporter l'adhésion et d'amplifier l'implication des acteurs du système de santé qui sont souvent éloignés de ce dispositif, et en sont dès lors le maillon faible.

- *Deuxième hypothèse: Complexification et difficile insertion dans le dispositif.*

Inversement, l'insertion de cette nouvelle approche vient complexifier un dispositif d'ores et déjà peu lisible, qui doit être piloté par le réseau des délégations aux droits des femmes et à l'égalité. Dans le cadre d'un "pilotage complexe", que les réformes institutionnelles actuelles viennent par ailleurs impacter, et d'existence d'une certaine "concurrence" entre acteurs, l'approche de santé publique peine à trouver sa place dans les réseaux existants comme nouvel élément du dispositif global participant à son efficacité et son efficience.

Au regard de la richesse du sujet, j'ai rapidement fait le choix de circonscrire mon étude aux aspects touchant *directement* victimes de violences conjugales. C'est ainsi que les problématiques afférentes aux auteurs de violences, ainsi que celles des enfants

témoins, qui font également l'objet d'une mobilisation par les pouvoirs publics, et où les administrations sanitaires et sociales ont un rôle important à jouer, pour intéressantes et déterminantes qu'elles soient, ne seront pas traitées dans le cadre de ce travail.

J'ai mis en œuvre pour établir mon étude une méthodologie articulant recherche documentaire, à la fois généraliste sur le sujet (textes juridiques, ouvrages, articles, rapports...), et plus spécifique aux dispositifs existant dans la région (rapports d'activité, compte rendus de réunions etc...), visite de sites, observation de réunions, et discutions libres avec les professionnels intervenant dans ce champ. J'ai également réalisé et analysé dix entretiens semi-directifs enregistrés, d'une durée moyenne d'une heure et demi, fondés sur une grille d'entretien adaptée à chaque interlocuteur, ainsi que plusieurs entretiens téléphoniques[14]. La technique d'enquête que j'ai utilisée dans ce cadre est celle de l'entretien semi-directif ou « compréhensif »[15], qui place la personne rencontrée dans une situation *« d'informateur »*[16]. Cette méthode m'a permis à la fois de collecter des données, de recueillir le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et, plus généralement, d'analyser un problème précis. Mon statut d'élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale en stage au sein du GRSP m'a donné un positionnement d'observateur particulier qui ne saurait être assimilé à la neutralité axiologique qui doit caractériser celui du chercheur en sciences sociales. Même si j'ai toujours essayé d'objectiver mon regard et de m'abstraire de la position que j'ai occupée, reste que ma perspective, celle d'un IASS, et la perception que mes interlocuteurs ont légitimement pu avoir de moi, celle d'une stagiaire au sein du GRSP, institution avec laquelle ils ont pour la plupart des relations professionnelles régulières, a nécessairement eu une influence sur les informations et les discours que j'ai pu recueillir. C'est pourquoi ce mémoire, s'il emprunte aux méthodes de recherche en sciences sociales, reste pour autant résolument un mémoire professionnel, construit et rédigé depuis la perspective d'une future professionnelle exerçant au sein des services déconcentrés de l'Etat.

---

[14] Voir en annexe 8 la liste des personnes entretenues
[15] J.C. Kauffmann, 2001, *L'entretien compréhensif*.
[16] J.-C. Kauffmann, *op. cit.* p.48.

Au terme de ce travail, il semble possible d'établir que dans un contexte où l'appréhension des violences conjugales mobilise aujourd'hui généralement assez peu les leviers d'une approche de santé publique (I), l'approche de santé publique développée dans cette thématique en région Midi Pyrénées constitue une initiative relativement récente dont la place est encore incertaine (II). L'amélioration du dispositif global dans la région devrait ainsi passer par un développement de cette approche soucieux de lui conférer une place adaptée au sein d'un système d'acteurs complexe (III). Ce dans l'objectif partagé d'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des victimes et de l'efficacité de la prévention de l'apparition du phénomène.

× × × × × × × ×

1 L'appréhension des violences conjugales mobilise aujourd'hui assez peu les leviers d'une approche de santé publique.

La lutte contre les violences conjugales est issue du combat militant des mouvements féministes. Si cette filiation est aujourd'hui encore palpable, la thématique a été progressivement investie par les pouvoirs publics, jusqu'à devenir depuis les années 2000 l'objet d'une réelle politique publique. Le secteur sanitaire joue dans le dispositif un rôle certain, mais relativement réduit aux aspects biomédicaux et médico-légaux de la prise en charge des victimes dans leurs parcours de sortie de situations de violences conjugales. Pourtant, ce dispositif laisse place à des difficultés importantes pour les victimes, face auxquelles une approche de santé publique pourrait apporter certaines réponses.

1.1 La lutte contre les violences conjugales fait aujourd'hui l'objet d'une réelle politique publique, dans laquelle les acteurs sanitaires jouent un rôle certain mais *réducteur*.

Les acteurs investis dans le parcours d'une victime de violences conjugales sont nombreux et appartiennent à des horizons professionnels divers. Leur action doit, dans la mesure du possible, faire l'objet d'une coordination, sous la houlette des services des droits des femmes et de l'égalité. Si la filiation militante de la politique publique de lutte contre les violences conjugales explique la faible participation des acteurs sanitaires dans l'organisation du dispositif dans ses débuts, leur place actuelle semble par trop réductrice.

1.1.1 - Une politique publique récente, héritière du travail militant des mouvements féministes

« Ce qui a changé, c'est qu'aujourd'hui il existe plein de financements spécifiquement dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences. A l'époque au contraire, il fallait solliciter des financements sur d'autres thématiques. La difficulté « violence conjugale » n'était pas considérée comme valable. »[17]

Le problème de société que constitue l'existence de violences faites aux femmes, et, en particulier, celles exercées dans l'intimité du foyer, est ancré au sein de la

[17] Propos recueillis auprès d'un interlocuteur associatif

société française. Il n'est devenu objet de *politique publique*[18] que depuis quelques décennies, sous les coups de butoirs des mouvements féministes. En se penchant sur le sort des femmes, ces derniers ont d'une part pris conscience de l'ampleur du phénomène, qui advient dans l'espace public et au travail, mais avant tout dans le couple[19], et d'autre part mis en lumière son lien avec une domination masculine prégnante dans la société, qui lui confère une « justification sociale implicite »[20]. Il s'en est suivi un combat pour aboutir à une levée progressive du tabou qui entoure ces pratiques, une révélation de leur ampleur et une sensibilisation des acteurs publics aux souffrances endurées par les victimes, ainsi qu'aux moyens à mettre en œuvre pour y porter remède. La mise sur agenda du traitement de la problématique des violences conjugales se confond ainsi avec la lente avancée de la prise en considération par les pouvoirs publics de la cause féminine[21].

Ce n'est pourtant qu'au tournant des années 2000 qu'un véritable *dispositif* de lutte contre les violences conjugales est mis en place, et qu'on peut à proprement parler d'une *politique publique* dans ce champ. Ainsi, sont créées en 1999 les *commissions de lutte contre les violences faites aux femmes*[22], qui réunissent les acteurs concernés par la thématique dans le département. Placées sous la présidence des préfets de département et animées par les chargées de mission départementales aux droits des femmes et à l'égalité, elles ont pour mission d'organiser et de coordonner les actions locales concernant tant la formation et la sensibilisation des représentants de l'État et des associations que l'hébergement ou le logement des femmes victimes de violences. Elles sont bientôt chapeautées par une *commission nationale contre les violences envers les femmes*[23]. En 2000, la première enquête nationale évaluant le nombre de victimes[24] (une femme en couple sur dix en France) marque les esprits et accélère la prise de conscience de la nécessité d'une action résolue des pouvoirs publics. Les rapports sur le sujet se multiplient, et l'arsenal juridique est complété à la fois sur les plans judiciaire, social, médical[25]… Surtout, la parution en 2000 d'un premier *plan global de lutte contre les*

---

[18] Dans ce travail je définis une politique publique comme un ensemble d'actions coordonnées, mises en œuvre par les institutions publiques et les administrations publiques avec pour objectif d'obtenir une modification ou une évolution d'une situation donnée.

[19] L'enquête ENVEFF (notamment) précitée démontre que l'essentiel des violences advient dans l'espace privé..

[20] Circulaire du 8 mars 1999 «Les violences à l'égard des femmes sont liées à la forme de ces rapports (*entre les sexes*) : plus ils sont inégalitaires, plus la violence trouve une justification sociale implicite »

[21] Je renvoie ici faute de place aux ouvrages traitant du sujet. Le premier secrétariat d'Etat à la condition féminine, créé en 1974 marque le début de la structuration d'un réseau de délégués régionaux et de chargés de missions départementaux aux droits des femmes et à légalité, placés auprès des préfets, et généralement recrutés dans le vivier associatif.

[22] Circulaire du 8 mars 1999. Ces commissions sont aujourd'hui fondues dans les Conseils départementaux de prévention de la délinquance (voir *infra*)

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

[24] ENVEFF, précitée

[25] Judiciaire : Loi du 12 décembre 2005 (mesure d'éviction du conjoint violent), loi du 4 avril 2006 (le fait de commettre des violences au sein du couple est une circonstance aggravante). Par ailleurs, les statistiques de la police mentionnent explicitement les violences conjugales depuis 2006 / Social Lettre-circulaire du 7 juin 2001 relative aux PARSA et aux fonds FSL : les femmes victimes de violence sont un public prioritaire / Médical : Loi du 5 mars 2007 (modalités de levée du secret médical), Circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique

violences faites aux femmes[26] témoigne de la volonté de cohérence et de coordination des mesures prises dans cette thématique. L'idée que la lutte contre la violence conjugale est un combat qui concerne la société entière, au titre de l'universalité des droits de l'Homme, et non *uniquement* d'un engagement militant est désormais acquise dans les plus hautes sphères de l'Etat.

Avec le lancement du plan global 2008-2010[27], un site Internet gouvernemental est ouvert, pour informer, accompagner et donner des repères aux femmes victimes de toutes les formes de violences[28]. Il vise la même fonction que le numéro d'appel unique pour les femmes victimes mis en place en 2007 (3919). Des campagnes nationales d'information et de communication viennent régulièrement sensibiliser le grand public. La récente désignation par le premier ministre de la lutte conte les violences faites aux femmes "grande cause nationale 2010" achève de consacrer l'avènement d'une réelle politique publique autour de cette thématique trop occulté, qui constitue pourtant le quotidien de quelques 1 350 000 citoyennes françaises aujourd'hui[29].

1.1.2 - Des acteurs nombreux à coordonner dans un contexte institutionnel en cours de réforme.

Parce que la violence conjugale touche les femmes dans leur dignité, dans l'intégrité de leur corps et de leur être, et ce au sein même de leur foyer, la sortie de cette situation appelle à un ensemble complexe d'aspects, qui vont de la prévention à la prise en charge médicale de la victime et à sa mise en sécurité, au traitement judiciaire de sa situation, en passant par des questions de logement, d'emploi, de garde d'enfants, de restauration de son autonomie et estime de soi... De nombreux professionnels peuvent et doivent intervenir auprès d'elles dans ce processus, à un moment où elles sont particulièrement fragilisées.

On peut ainsi distinguer trois grandes catégories d'acteurs[30] :

- les *acteurs institutionnels* : ils sont les garants de l'application des politiques publiques sur leur territoire. La lutte contre la violence faite aux femmes est à la croisée de nombreuses politiques publiques : logement et hébergement d'urgence, politique de la ville, santé publique, dans lesquelles l'IASS joue un rôle, mais aussi prévention de la délinquance, sécurité, aide aux victimes,... qui investissent d'autres acteurs variés. Administrations d'Etat, Tribunaux, Collectivités Territoriales doivent intégrer dans la mise

[26] Par commodité, désigné par la suite sous l'expression « plan global »
[27] Plan global triennal (2008-2010) « Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes »
[28] www.stop-violencesfemmes.gouv.fr
[29] Extrapolation à partir des données de l'enquête ENVEFF
[30] Voir en annexe 1 le schéma de l'organisation institutionnelle de la lutte contre les violences conjugales

en œuvre de leurs compétences respectives, sous l'animation des délégués régionaux et chargés de mission départementaux aux droits des femmes et à l'égalité, la problématique des femmes victimes de violences conjugales.
- les « *professionnels de première ligne généralistes*». Ils sont appelés à détecter une situation de violence, à prendre en charge et à orienter les victimes sans être spécialistes de la problématique. Ils reçoivent un public divers et ne sont pas nécessairement formés aux problématiques spécifiques des violences conjugales. Le fait qu'ils détectent une situation de violence, la manière dont ils écoutent et orientent une victime sont pourtant déterminants dans son parcours. On relève en particulier parmi eux les professionnels de santé[31], gendarmes et policier, travailleurs sociaux...
- les *acteurs spécialisés* : les réseaux associatifs qui ont poussé à l'élaboration d'une politique publique de lutte contre les violences faites aux femmes y sont intimement associés, et en sont naturellement des opérateurs privilégiés. Avec des clés d'entrée différentes _ accueil, hébergement et prise en charge, accueil ; écoute accès aux droits et conseils juridiques ; accompagnement des victimes dans leur parcours judiciaire[32]..._ ils interviennent dans le parcours des victimes de violence conjugale, lorsque celles-ci entrent, spontanément ou suite à une orientation, dans un processus de sortie d'une situation de violence et/ou de prise en charge par des professionnels. Dans le domaine médico-légal, les unités médico-judiciaires (UMJ) assurent sur réquisition judiciaire l'établissement de certificats de coups et blessures volontaires (CBV) fixant pour ce faire une incapacité totale de travail (ITT) au sens pénal du terme[33].

Face au nombre considérable d'intervenants, au niveau ministériel comme au niveau local, la question de leur coordination, sous la responsabilité des pouvoirs publics, est un enjeu majeur. A cette fin, le dispositif public de prévention et de lutte contre la violence conjugale comporte des *acteurs* et des *outils*. Dans le contexte actuel de mise en œuvre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), si les *outils* restent inchangés, les *acteurs*, dont les délégués régionaux et chargés de mission départementaux aux droits des femmes et à l'égalité sont le pivot, sont aujourd'hui touchés par les réformes institutionnelles. L'organisation de cette coordination sera dès lors à recomposer dans les années à venir, dans un cadre où la lutte contre les violences conjugales est à la fois plus identifiée à niveau national mais aussi moins « singularisée » à niveau départemental.

[31] Le rapport Henrion (*pécit.)*en particulier souligne le fait que les médecins généralistes sont souvent le premier interlocuteur extérieur avec lequel les victimes ont contact
[32] Voir annexe 6 présentant les réseaux associatifs investis dans la thématique
[33] Sur le certificat d'ITT, voir annexe 3

Ainsi, si la *commission nationale de lutte contre les violences envers les femmes* reste en place[34], son animation est assurée par le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité (SDFE) dont le (ou la) responsable sera désormais officiellement nommé délégué interministériel. Par ailleurs, les *Commissions départementales de lutte contre les violences*, désormais fondues au sein des Conseils départementaux de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes[35], seront animées, sous la responsabilité du préfet de département, par des chargés de mission départementaux aux droits des femmes et à l'égalité rattachés aux Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS), cependant que les délégués régionaux resteront placés auprès des Secrétariats Généraux aux Affaires Régionales (SGAR) [36].

Concernant les *outils*, le plan global, qui « est intitulé *lutte contre les violences faites aux femmes* mais dont une majorité des mesures et des actions concernent les violences domestiques, ou violences au sein du couple»[37] outil principal à niveau national reste en vigueur. Par ailleurs, une annexe générale au projet de loi de finances doit désormais récapituler les crédits consacrés aux politiques d'égalité entre les femmes et les hommes, parmi lesquelles les mesures de lutte contre les violences conjugales, et ainsi rendre plus lisible cette politique[38]. Les *protocoles départementaux de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*[39], lorsqu'ils sont établis, continuent d'organiser la coordination à l'échelon local.

1.1.3 - Une place pour le secteur santé dans le dispositif relativement réduite aux aspects biomédicaux et médico-légaux.

On peut aujourd'hui dresser le constat d'une faible association des acteurs médicaux à l'organisation du dispositif de lutte contre les violences conjugales, souvent limitée à la prise en charge aspects *médico-légaux* (services de médecine légale, UMJ, établissement de certificats d'incapacité totale de travail[40]...) et *biomédicaux* (traitement des symptômes résultant d'une situation de violence : traumatismes, troubles gynécologiques, dépression...) par les « professionnels de première ligne ». Ces aspects, s'ils sont bien évidemment déterminants, ne sauraient être suffisants. La situation de fragilité et d'isolement d'une victime de violences conjugales appelle pour le moins à une

---

[34] Décret du 6 juin 2009

[35] Par la suite nommé par commodité « conseil de prévention de la délinquance ». Il est financé par le fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD). Les différentes circulaires d'orientation du FIPD rappellent depuis le caractère prioritaire de la lutte contre les violences conjugales.

[36] Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité audition du 9 juin 2009, citée *in* Assemblée Nationale, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*, 7 juillet 2009, P. 270

[37] IGA, IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes*, p.16. Le plan triennal 2008-2010 a notamment pour objectif de « coordonner tous les acteurs et relais d'action »

[38] Disposition introduite dans la loi de finance pour 2009. Le PLF2010 présente pour la première fois cette annexe.

[39] Prévus par le plan *global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes* (p.13)

[40] Voir annexe 3

relation d'aide, une écoute, et une orientation vers des acteurs spécialisés dans ce type de problématiques, sans quoi l'enchaînement des événements peut très vite être dramatique. C'est ainsi qu'il m'a été rapporté que « la mise en place d'une consultation de prévention violence a été engagée au CHU de Toulouse suite à l'arrivée d'une femme battue à mort dans le service de médecine légale, qui avait dans son sac à mains plein de certificats médicaux de violence ».

Le combat des mouvements féministes, qui furent les initiateurs de cette politique publique, a consisté à rendre visibles des structures sociales implicites qui viennent légitimer la violence, dans un contexte où ses victimes étaient souvent ramenées à une responsabilité individuelle. Le spectre d'une *médicalisation d'un problème d'ordre sociétal* est encore largement pointé aujourd'hui par ces acteurs, ainsi que le confirment les termes de l'un de mes interlocuteur associatifs: « Pour le gouvernement, c'est facile de lier violence et santé. Parce que cela ne remet rien en cause. Il faut se baser sur une clé d'entrée de genre, qui est à la base des rapports de force dans la société. Ça suppose une remise en cause beaucoup plus globale dans la société ». Le risque de mélange des genres entre clé d'entrée médicale dans un parcours de sortie d'une situation de violence conjugale et clé d'entrée médicale dans l'analyse globale du phénomène est ainsi souvent pointé. A l'inverse, cette ligne d'analyse de genre, pourtant reprise par les pouvoirs publics[41] concernant la lutte contre les violences conjugales, fait parfois naître des réticences à l'idée de s'y associer chez nombre de « professionnels non spécialisés ». Il m'a ainsi été confié « Je ne suis pas, à titre personnel, fana des discours à mon goût trop féministes des associations. C'est une approche très militante, et je pense que nous ne pouvons pas être là dedans ».

Dès lors, l'organisation institutionnelle de la lutte contre les violences conjugales laisse une place peut être trop limitée au secteur santé et aux professionnels de santé.

C'est ainsi que le décret créant la commission nationale de lutte contre les violences conjugales, ne prévoit la participation du ministère chargé de la santé que « selon les questions inscrites à l'ordre du jour », puisqu'il n'est pas mentionné parmi les onze représentants permanents de l'Etat[42]. Par ailleurs, le plan « violence et santé », prévu par l'annexe obligatoire de la loi de santé publique de 2004, qui permettrait probablement d'assurer une meilleure lisibilité et une plus grande cohérence des actions menées, n'est pas paru à ce jour. De même, dans le processus de définition du plan global, il est noté que « Certains interlocuteurs ont estimé avoir été insuffisamment

[41] Circulaire du 8 mars 1999 relative à la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, au sein du couple
[42] Décret du 21 Décembre 2001, article 4. Les représentants de l'Etat prévus dans la composition de droit commun relèvent du ministère de l'emploi et de la solidarité (trois) et un de chacun des ministères chargés de l'éducation nationale, de la justice, de l'intérieur, de la défense, du logement, des affaires étrangères, du tourisme et de l'outre-mer

associés au processus de concertation (...). C'est le cas notamment du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui pourtant devait participer à certaines des sous-mesures »[43]. A niveau local, les conseils de prévention de la délinquance, au sein desquels sont fondues depuis 2006 les commissions de lutte contre les violences faites aux femmes, ont un rôle, en lien avec les services aux droits des femmes et de l'égalité, de coordination des acteurs dans ce domaine. Cependant, il est noté que cette réforme a eu pour effet «une perte de visibilité certaine des questions de violences faites aux femmes, qui sont abordées (...) dans une logique de prévention de la délinquance, donc avec une approche plus étroitement policière et judiciaire»[44]. Cette difficulté est en effet soulevée par les acteurs que j'ai rencontrés. Ainsi, les aspects de santé y sont généralement absents ou limités aux approches *médico-légales.* Par ailleurs, si l'Ordre des médecins est souvent signataire des *protocoles départementaux de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*, l'URML en est généralement absente, et les professionnels de santé sont couramment extérieurs ou peu investis dans les projets en lien avec la lutte contre les violences conjugales à niveau organisationnel.

1.2 Le dispositif actuel rencontre des difficultés importantes pour une bonne prise en charge des victimes

Si la problématique est aujourd'hui investie et qu'on peut parler d'un véritable dispositif de lutte contre les violences conjugales, reste que le parcours des victimes est encore souvent comparable à un véritable « parcours du combattant »[45]. Les limites que connait le dispositif sont liées et se potentialisent mutuellement. Elles s'expliquent souvent par un manque de connaissance du phénomène, à échelle individuelle chez les professionnels, mais aussi à échelle collective concernant par exemple l'établissement de données épidémiologiques. Par ailleurs, il existe un manque de « rencontre » des acteurs intervenant dans ce parcours, alors même que leur concertation et la coordination de leurs interventions est indispensable à une réponse adaptée aux victimes.

1.2.1 - Les victimes sont insuffisamment repérées et orientées par les professionnels «non spécialisés » qui les rencontrent

En extrapolant les chiffres révélés par l'enquête ENVEFF, seule source d'évaluation de l'ampleur du phénomène à ce jour[46] (l'enquête n'ayant pas encore été renouvelée), le nombre de femmes victimes de violences conjugales est estimé en France

[43] IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes*, p. 50
[44] Assemblée Nationale, 2009, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, p.275*
[45] Voir à ce *sujet* le recueil poignant de témoignages de victimes coordonné par L. Boudoul *Nous, femmes battues entre espoir et désespoir* (voir bibliographie)
[46] Voir également DREES 2007 *Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans*

à 1 350 000. Pourtant, un nombre infiniment plus réduit de femmes sont prises en charge par l'un des acteurs du dispositif pour faire face à cette situation. Ainsi, une enquête menée par l'Observatoire National de la Délinquance (OND), montre que moins de 21 % des femmes de 18 à 60 ans qui se sont déclarées victimes d'un conjoint ou d'un ex-conjoint en 2005 ou 2006 ont déposé plainte. Ce chiffre est ramené à moins de 9% lorsque ces femmes vivent encore avec leur conjoint violent[47]. Si le parcours de sortie d'une situation de violences conjugales ne passe certes pas nécessairement par un dépôt de plainte, ces chiffres n'en démontrent pas moins que nombre de victimes restent enfermées dans une situation de violence, la plupart du temps non verbalisée, et par ailleurs liée au phénomène d'emprise que je développe plus bas. Or les femmes qui bénéficient des dispositifs spécifiques sont celles qui ayant porté plainte sont dès lors clairement identifiées comme victimes de violence, et celles qui se dirigent spontanément ou suite à une orientation vers les associations spécialisées. L'ensemble de la littérature sur le sujet évoque en effet un problème de *repérage* par les professionnels auxquels ces victimes ont accès, et, surtout, de leur capacité à les *orienter* d'une manière adaptée. Cette étape est pourtant déterminante dès lors que les professionnels s'accordent à dire que « quand on donne aux femmes victimes de violences l'occasion de parler, elles le font »[48]. C'est ainsi que le repérage des violences par les médecins et les autres professionnels (police, justice…) est un point clef. Malgré une médiatisation croissante, l'ampleur du phénomène reste largement méconnue de professionnels tels que les professionnels de santé ou des travailleurs sociaux.

Les professionnels de santé en particulier (médecins généralistes, urgentistes, gynécologues, sages-femmes, infirmiers...) ont un rôle fondamental, et unanimement identifié par les experts de la thématique, à jouer dans le dépistage et l'enclenchement d'une prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ils sont en effet souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violence. Ils doivent pour cela savoir atout à la fois accueillir et être à l'écoute, dépister les violences, en évaluer la gravité, assurer les soins et constituer un dossier, rédiger le certificat (pièce essentielle en cas de dépôt de plainte[49]), informer et orienter la patiente... Or justement, ils assument peu ce rôle. Un de mes interlocuteurs avance ainsi que « 8% des femmes enceintes dans les pays développés sont victimes de violences physiques. Les sages femmes ne le savent pas suffisamment ». Il est régulièrement pointé que les médecins généralistes sont rarement à l'origine d'une prise en charge, et sont assez peu relai d'informations utiles aux victimes (numéros d'associations…), et que « la priorité est de les convaincre qu'ils occupent une position clé

[47] Observatoire national de la délinquance, 2008 *Bulletin statistique de l'OND, grand angle,* p.2. La notion de conjoint englobe les ex concubins depuis la loi du 4 avril 2006 (voir « textes juridiques » en bibliographie)
[48] Propos recueillis au cours d'un entretien auprès d'un professionnel
[49] Voir annexe 3

pour dépister les violences conjugales, conseiller les femmes, prévenir l'escalade de la violence et éviter les drames »[50].

1.2.2 - Les violences conjugales s'inscrivent dans un schéma spécifique qui désarçonne les professionnels

« Vous pouvez prendre 50 femmes battues de différents milieux, elles racontent toutes la même histoire. Elles subissent les mêmes processus de violence. Y compris pour les femmes d'une culture très éloignée de notre culture ; les cycles de violence sont les mêmes. »[51]

Le problème est complexifié par le fait que la *définition même* des violences conjugales, ou violence de couple[52] se révèle problématique. Si ses manifestations _ et ses conséquences_ peuvent facilement être décrites (coups injures, menaces humiliations agressions sexuelles dégradations volontaires spoliations, contrôle des biens essentiels...) la notion est difficile à définir précisément. Il n'en existe pas de définition juridique *spécifique*[53]. Dès lors, l'établissement de données *épidémiologiques* ou *statistiques* est d'autant plus difficile que chaque acteur du dispositif raisonne à partir de sa propre définition, rendant les données récoltées incomparables.

Quelques éléments semblent cependant pouvoir être établis : la littérature et les acteurs décrivent une violence comportant différentes dimensions (physique, psychologique[54], sexuelle, économique) et, surtout, qui implique un phénomène de *domination* et d'*emprise*[55]. C'est avant tout cette volonté de *domination* qu'expriment les agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Les violences conjugales se distinguent ainsi des conflits de couples en difficulté dès lors que l'usage de la violence est un moyen d'imposer systématiquement ses vues, de nier à l'autre sa liberté, et se traduisant par l'instauration d'un rapport de domination durable, au profit unique du conjoint violent. La violence conjugale peut ainsi être définie comme un processus évolutif au sein d'une relation de couple, dans lequel le conjoint exerce un comportement agressif et violent afin de *contrôler* et *dominer* son partenaire. Les violences se manifestent au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures ainsi que des séquelles

---

[50] Henrion R, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, p.14

[51] Propos recueillis auprès d'un professionnel prenant en charge des femmes victimes de violences conjugales

[52] Certains professionnels préfèrent utiliser ce terme dans la mesure où la loi inclut dans cette catégorie les « ex ». Je l'utilise ici indifféremment avec l'expression « violence conjugale », plus usuel.

[53] La loi, pour la sanctionner sur le terrain judiciaire se réfère à ses auteurs pour la qualifier comme type de *violence volontaire sur personnes*, et aux conséquences de la violence (via le nombre de jours d'ITT) pour en estimer la gravité.

[54] La loi ne reconnait pas à ce jour les violences psychologiques. Cela est problématique dès lors qu'il est acquis qu'il existe un continuum entre violences psychologiques et physiques. Des réflexions sont engagées en ce sens, c'est l'une des propositions phares de l'Assemblée Nationale dans son récent rapport sur le sujet (2009, *précit,* p.239*.)*

[55] A ce sujet, voir en particulier Hirigoyen MF, 2005, *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*

affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des *cycles* dans lesquels, après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend espoir de voir les violences disparaitre. Cependant la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide[56].

Dès lors, les violences conjugales s'inscrivent dans un schéma particulier, auquel les professionnels doivent être sensibilisés pour une prise en charge adaptée des victimes. Le plus souvent en effet, ayant subi des violences pendant des années, les femmes, affectées sur les plans physique et psychologique, sont en proie à des sentiments contradictoires. L'emprise du conjoint, mais aussi la crainte de paupérisation (notamment au regard des enfants), la chape de plomb qui entoure ce sujet, le sentiment de culpabilité et de honte qu'elles ressentent engendrent un besoin de temps pour la maturation des décisions, qui peut donner une impression d'inconstance et d'indétermination. Le plus souvent, cette dynamique est mal comprise. Les femmes sont accusées de ne pas savoir ce qu'elles veulent. Pourtant, ces allers-retours participent d'un processus. Les intervenants non formés ont alors l'impression que leurs efforts n'ont servi à rien, que la femme ne sait pas ce qu'elle veut. Ainsi, il faudra souvent plusieurs départs avant de mettre un terme définitif à la relation. Tous les professionnels que j'ai rencontrés positionnent ce problème comme central, et évoquent des moments de découragement y compris chez les personnes formées à la prise en charge des victimes de violences de couple. C'est pourquoi la mise en place formalisée de temps de partage d'expériences, et de supervisions se révèlent déterminants.

1.2.3 - Peu de professionnels sont formés ou simplement sensibilisés aux spécificités des violences conjugales

Lorsqu'une victime évoque sa situation auprès d'un professionnel, c'est bien souvent la première fois qu'elle verbalise son vécu, alors qu'elle est dans une situation de fragilité, et en proie aux tensions décrites plus haut. L'écoute, l'accès à une information de qualité et la qualité de l'accueil sont alors déterminants pour une entrée en prise en charge. Or justement, même si des progrès notables ont été réalisés ces dernières années, notamment sous l'impulsion des plans globaux et des campagnes de communications qui les ont accompagnés, les *professionnels de première ligne non spécialisés* que sont les gendarmes, policiers, professionnels de santé, travailleurs sociaux par exemple sont généralement très peu formés ou simplement sensibilisés aux problématiques des violences conjugales. Ce alors justement qu'ils y sont a priori

[56] Voir en annexe 4 le schéma du cycle de la violence conjugale. En 2009, 156 femmes sont décédées en France sous les coups de leur compagnon.

régulièrement confrontés. A titre d'exemple une enquête a montré que plus de 50% des appels Police Secours de Paris concernent les violences conjugales[57]. Il est ainsi souvent pointé par des victimes qu'« elles ont eu l'impression que certains professionnels, tels les médecins et les représentants des forces de l'ordre, minimisaient la gravité de leur situation »[58]. En 2001, le professeur Henrion rappelait que les médecins, qui sont le plus souvent le premier interlocuteur et devraient dès lors être un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violence, présentent souvent « des réticences, des freins culturels, une méconnaissance de la situation, alors que les compétences, les documents, les textes de référence existent » [59], soit à un manque de sensibilisation et de formation sur cette thématique. Il n'existe en effet aucune formation au dépistage des violences conjugales[60] dans le cursus de formation des médecins. Les textes relatifs au programme des études médicales initiales ne prévoient pas d'axe sur la sensibilisation des violences à l'égard des femmes. Par ailleurs, fin 2007, la thématique des violences faites aux femmes a été retirée du programme de formation médicale continue au profit de celle de « l'efficience des soins »[61].

Ce constat doit être rapproché d'un manque patent de connaissance du phénomène, notamment quant à ses incidences sur la santé. En effet, il est pointé par les experts que les savoirs à échelle nationale sur le sujet se résument largement aux résultats de l'enquête ENVEFF et, sur le volet sanitaire, à celles du rapport Henrion. Si ces sources d'information sont tout à fait précieuses, leur renouvellement semble aujourd'hui déterminant. La déclaration « grande cause nationale pour 2010 » de la lutte contre les violences faites aux femmes devrait aller dans ce sens, et le gouvernement a annoncé l'ouverture prochaine d'une nouvelle enquête à échelle nationale pour réactualiser les données de l'enquête ENVEFF, qui datent de 2000.

1.2.4 -Des cloisonnements entraînent souvent des parcours «heurtés», décourageants pour des victimes d'ores et déjà fragilisées

Les acteurs investis dans la prise en charge des victimes de violences conjugales sont nombreux et issus d'horizons professionnels divers. D'où la nécessité pour chacun d'entre eux d'être inscrit dans un large réseau. Le rôle d'animation des délégués et chargés de mission aux droits des femmes et de l'égalité se révèle dès lors déterminant, notamment au sein des Conseils de prévention de la délinquance dans leur formation

---

[57] Secrétariat aux Droits des Femmes, 1989, *Enquête Droits des Femmes 1988*
[58] DREES, 2006, *La prise en charge des femmes victimes de violences dans les structures d'hébergement d'urgence en Pays de la Loire,* Enquête Evénements de vie et santé, n°37
[59] Henrion R, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, p.19
[60] Par ailleurs, contrairement à la Suisse ou au Québec par exemple, aucun test de dépistage des violences conjugales n'est validé à ce jour par les autorités sanitaires en France
[61] IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes*, p. 36

« lutte contre les violences faites aux femmes » ; les protocoles départementaux de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, lorsqu'ils sont établis, étant pour cela un outil théoriquement important. Cependant, ces instances et outils peinent à remplir leur mission. Au delà, il s'agit pour les professionnels d'avoir une vue partagée du problème sur un territoire, pour rendre lisible et cohérent le parcours d'une victime fragilisée.

Or justement, face à l'indépendance géographique et administrative des étapes de ce parcours, c'est bien souvent à la victime elle-même d'effectuer toutes les démarches pour satisfaire aux obligations administratives et pour se faire soigner[62]. Elle n'est pas toujours bien renseignée sur l'enchaînement « logique » de ces étapes, ce qui peut entraîner des allers-retours injustifiés. Ces allées et venues entre des lieux différents, alors qu'elle est souvent en état de choc, a perdu une part de son autonomie ou n'est pas véhiculée, peuvent constituer un frein sérieux à l'aboutissement des démarches entreprises. Ainsi, dans son étude réalisée pour la DGS, le CREDES évoque un véritable « ballotage administratif et médical», et note que « plusieurs victimes rencontrées ne sont pas allées au bout de leur démarche, découragées par la lourdeur du circuit »[63]. Le manque de sensibilisation de nombreux professionnels, leurs appréhensions face à ce type de problématiques, leur méconnaissance du travail et du rôle de leurs partenaires parfois, viennent ainsi complexifier encore le parcours des femmes victimes. Ce alors même qu'elles sont en situation de vulnérabilité, voire de danger. Les inspections générales notent ainsi que « Sans nier le défaut de moyens financiers, nous avons été conduits à constater que les principales sources de difficultés vécues sur le terrain découlaient d'une absence, ou au moins d'une insuffisante liaison, entre les différents acteurs ou dispositifs qui peuvent concourir à apporter des réponses pertinentes aux victimes des violences conjugales »[64]

La difficulté est accentuée par le fait que les différents acteurs qui ont un rôle à jouer dans la prise en charge des victimes de violence conjugale n'appréhendent pas le phénomène sous le même angle. Ainsi, l'appréhension des associations, largement reprise par les services des droits des femmes et de l'égalité, et par les circulaires traitant de la matière, a pour clé d'entrée les violences envers femmes, et en particulier dans cette thématique les violences conjugales, conformément à une analyse fondée sur les relations de genre. L'approche médicale privilégie souvent la clé d'entrée de la violence en général, et en son sein les violences conjugales. Les services judiciaires ont eux pour

---

[62] Ce constat doit être nuancé lorsque les victimes sont accompagnées par les associations spécialisées qui offrent un appui aux victimes et une expertise remarquables. Elles manquent cependant de moyens.
[63] CREDES Etude-action améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violences à l'hôpital *Rapport enquête qualitative auprès des victimes et auteurs de violences*, 2008, p.22, p15
[64] CGPC, IGAS, 2006, *Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violences,* p.18

clé d'entrée la répression d'un comportement qui enfreint la loi. Ils « réclament » donc dans leur traitement de la problématique la rapidité de l'intervention médico-légale, et la « cohérence » de l'attitude de la victime. C'est l'ensemble de ces réseaux aux logiques propres qui sont à articuler. Outre que cet état de fait participe à une difficulté d'établissement de données épidémiologiques ou statistiques sur le phénomène, dénote d'une insuffisante *approche commune* sur le sujet, chacun posant sa propre définition selon son approche conceptuelle ou son champ professionnel.

1.3 L'approche de la thématique sous un angle de santé publique, qui permet de répondre en partie à ces difficultés, est peu mobilisée.

Dans son rapport 2003, le haut comité de santé publique (HCSP) estime que la violence est bien 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»[65]. Il émet des recommandations visant à développer la connaissance épidémiologique sur la violence et ses déterminants, en faciliter le repérage, améliorer la prise en charge et le suivi des cas, et organiser la prévention. C'est que, face aux difficultés identifiées, une approche de santé publique globale pourrait apporter des réponses intéressantes. L'IASS, parce qu'il détient une expertise des secteurs sanitaire et social, et, plus généralement de l'action et des politiques publiques, a, aux côtés de ses partenaires, un rôle clé à jouer dans la composante organisationnelle de ces actions. Cette approche est cependant peu mobilisée à ce jour.

1.3.1 – Une approche de santé publique semblerait pleine de promesses dans cette thématique.

L'OMS définit la santé publique comme « la *science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée* visant à assainir le milieu, lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, et, enfin, à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé »[66]. Le champ de la santé publique recouvre ainsi un ensemble de disciplines variées et

[65] HCSP, 2004, *violence et santé*, p.105
[66] OMS, 1952. La santé étant par ailleurs classiquement définie par l'OMS comme un "état complet de bien être physique, psychique et social, et non pas l'absence de maladie ou d'infirmité"

complémentaires telles que l'épidémiologie, l'économie et la sociologie. Elle vise à résoudre les problèmes de santé à échelle de la population, sans se limiter à une approche biomédicale, nécessaire mais non suffisante. Aussi, une démarche de santé publique peut être définie comme *les efforts sociaux, politiques, organisationnels, destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières, sur un territoire et sur une thématique donnée*. Elle est fondée sur un diagnostic rigoureux de la situation sur un territoire, et s'appuie sur un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis (*programme de santé publique*), définissant des *actions de santé publique*, qui en sont la composante opérationnelle.

La violence conjugale, parce qu'elle s'impose, entre autres aspects, comme un véritable *problème de santé publique* semble pouvoir _ ou *devoir*_ être appréhendée sous cet angle au regard de ses impacts sur la santé de la population féminine française[67]. Ainsi, alors que l'OMS estime que, du fait des impacts multiples de la violence de couple sur la santé des victimes, la prise en charge ambulatoire des femmes victimes coûte deux fois et demi plus cher que celle des autres femmes[68], le professeur Henrion note que, parmi 60 patientes hospitalisées dans un service de psychiatrie nord-américain, la moitié avaient été victime de violences conjugales selon une étude de Post *et coll.* (1980), et que les dépressions frappent plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales. Ses conséquences sur la santé concernent la traumatologie, les pathologies chroniques, les décès, la psychiatrie, la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie...

Une approche de santé publique doit ainsi couvrir l'épidémiologie, la prévention, le dépistage et la prise en charge thérapeutique, l'organisation des soins et de réseaux pluridisciplinaires coordonnés, la participation des usagers...[69]. En dépassant les aspects biomédicaux et médico-légaux, elle vient apporter des éléments de réponse face aux difficultés identifiées, en particulier celles issues du secteur santé, et concernant la prise en charge *sanitaire* des victimes. Il s'avère donc nécessaire, conformément également aux conclusions du rapport Tursz préparatoire au plan violence et santé prévu par la loi de santé publique de 2004[70], de mettre en place une *démarche de santé publique* qui doit embrasser un vaste champ qui comprend la prévention primaire, secondaire et tertiaire[71], l'organisation du dépistage et du soin, la planification, l'organisation de la concertation et

---

[67] Voir introduction : 10% des femmes en couple, soit potentiellement 1 350 000 personnes, avec des conséquences socio-économiques importantes qui commencent à être établies.
[68] OMS, 1997, *La violence envers les femmes, une priorité de santé publique*, p.21
[69] Henrion R, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé,* p.8
[70] Le plan violence et santé, prévu par la loi de 2004 n'est pas à ce jour encore publié
[71] On distingue trois stades de prévention: la prévention primaire, qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore risque sociétal; la prévention secondaire dont le synonyme pourrait être le mot dépistage et qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social; la prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications (réadaptation médicale, psychologique ou sociale).

de la coordination entre les partenaires concernés... Les administrations en charge des politiques de santé ont donc un rôle d'impulsion important à jouer dans ce champ.

1.3.2 - Des leviers peu mobilisés pour la favoriser la prévention en santé, ainsi que des modes de prise en charge médicale adaptés.

La prévention primaire, est de la responsabilité de l'ensemble des acteurs publics, et plus largement de l'ensemble d'un corps social, tant les questions d'égalité homme/ femme, qui sous-tendent la violence conjugale[72] sont disséminées dans les champs de la vie sociale, et tant le changement social implique des dimensions complexes. Elle ne peut être que polymorphe, même si les services des droits des femmes insistent sur les interventions en milieu scolaire. Il est en effet difficile de parler d'un « dispositif » de prévention de la violence conjugale. Il s'agit avant tout de donner, notamment aux plus jeunes, les moyens de se situer dans le respect de l'autre, et de l'égalité des sexes. La voix du secteur médical au sens large sur le sujet est, comme celle de la plupart de celles des acteurs de la vie sociale, peu présente. Sa place serait dans des interventions de promotion de la santé autour de la prévention de la violence et le dialogue d'égalité homme / femme. Force est de constater que peu de dispositifs de ce type sont mis en œuvre à ce jour, même si des interventions sur les questions de respect fille-garçon peuvent être abordées à l'école sous l'angle de la promotion de la santé[73].

C'est surtout sur les plans de la prévention secondaire et tertiaire qu'une approche de santé publique semblerait à développer. Il a été montré que les professionnels de santé sont rarement à l'origine d'une prise en charge, alors justement qu'ils occupent une position qui pourrait faire d'eux un acteur privilégié de la chaîne de celle-ci. Le problème réside notamment, concernant la partie ambulatoire, dans la fragmentation liée à l'organisation libérale de la médecine de ville, qui rend plus difficile la coordination au sein d'un réseau partenarial ; et dans le système de rémunération à l'acte, le dépistage et la prise en charge thérapeutique d'une victime de violences demandant du temps. Cependant, on ne saurait réduire l'analyse à ces simples facteurs. Il est surtout pointé que, ainsi que me le confiait l'un de mes interlocuteurs « Le médecin en général cantonne son rôle aux actes médicaux. Il travaille sur les symptômes, les pathologies ; et n'explore pas les raisons de violence, ni plus généralement ce qui relève de la sphère psychosociale ». Cette situation proviendrait du fait que le dépistage des violences conjugales, et la « relation d'aide » ne sont pas vécus comme des actes soignants, ce qui est notamment attesté notamment par l'absence de référentiel métier de conduite à tenir par rapport aux violences pour les professionnels de santé ; ou encore par le fait que le

---

[72] Cette ligne d'analyse, développée initialement par le monde associatif, est, rappelons-le, reprise par les pouvoirs publics
[73] Circulaire n°2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et lutte contre la violence en milieu scolaire, Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

sujet est rarement abordé par les instances médicales. Ainsi les inspections générales notent en 2008 que « sur les trois dernières années, aucun bulletin national de l'ordre des médecins n'a évoqué les violences au sein du couple »[74].

Or justement, selon l'OMS, les professionnels de santé se doivent de « connaître l'impact de la violence sur la santé, d'être attentifs aux symptômes et aux signes évocateurs de violence (infections pelviennes, IST, blessures, dépression…), d'interroger sur les antécédents de violences subies, de prodiguer des soins médicaux et documenter les mauvais traitements dans le dossier médical, d'identifier les ressources individuelles et environnementales et aiguiller en conséquence, de savoir ne pas blâmer une victime»[75]. Sans quoi la prise en charge sanitaire se limite au traitement des symptômes (blessures, douleurs dorsales, problèmes psychiques...), et ne permet pas à la victime de mobiliser des ressources pour sortir de cette situation préjudiciable à sa santé.

L'absence de formation décrite plus haut, la méconnaissance de l'ampleur du phénomène et de ses conséquences sur la santé viennent amplifier le problème. Le professionnel de santé peut se sentir peu légitime à poser des questions qu'il vit comme une intrusion dans la vie privée. Il est d'autant moins enclin à le faire lorsqu'il peut s'identifier socialement à ses patientes, ou qu'il compte également le compagnon agresseur parmi ses patients[76]. Lorsque la situation est dépistée et prise en charge sur les aspects médicaux, bien souvent l'attitude parfois « paradoxale » des victimes, liée au schéma particulier des violences conjugales, est incomprise, et le professionnel de santé, libéral ou hospitalier[77], se trouve confronté à une violence qu'il n'est pas toujours prêt à soutenir sans appui. Ainsi, on peut avancer que des *efforts sociaux, politiques, organisationnels,* pour *organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies*' et pour favoriser une prise en charge adaptée, pourraient être déployés plus avant.

1.3.3 - Des leviers peu mobilisés sur le plan de la concertation et coordination en réseau des acteurs du champ sanitaire notamment

Il semble que l'approche de la violence conjugale soit encore, chez un certain nombre d'acteurs, chargée de *visions erronées* de la problématique, qui expliquent la faible perception de la nécessité d'associer le secteur sanitaire au dispositif. De telles représentations expliquent en partie le fait que, comme je l'ai montré précédemment, le

---

[74] IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femme*s, p.39
[75] OMS, 2001, *Rapport mondial sur la violence et la santé (résumé)*, p.16
[76] Henrion R, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, p.17
[77] Les urgentistes en particulier, ainsi que les professionnels investis à différents moments du suivi de grossesse

dispositif public de lutte contre les violences conjugales laisse une place réduite au secteur santé dans sa composante *décisionnelle.*

Ainsi, historiquement, interpelés par des mouvements associatifs, les pouvoirs publics ont d'abord embrassé la prise en charge des victimes sous un angle avant tout *social* (hébergement d'urgence, aides sociales matérielles et financières, puis plus récemment ateliers santé-ville des CUCS etc.), associé à l'idée d'un nécessaire état de *situation de précarité* des victimes sur les plans économique et social. Ce alors justement que toutes les études sur le sujet tendent à montrer que l'ensemble des milieux sociaux sont touchés. Certes, la sortie d'une situation de violence de couple pour une victime, lorsque cette violence atteint un certain degré, est complexe. Elle implique bien souvent des problématiques liées au logement ou à l'hébergement, et entraîne plus généralement à des degrés divers une certaine *précarisation matérielle*. Reste cependant que nombre de victimes, parce qu'elles parviennent à mobiliser des ressources financières ou sociales suffisantes, se « débrouillent » sans avoir besoin, ou sans avoir recours, à ces dispositifs sociaux. Les études sur le sujet montrent également qu'une proportion non négligeable de victimes, sorties ou en cours de sortie d'une situation de violence de coupe, ne souhaitent pas user de leur droit de porter plainte contre leur compagnon[78]. Les aspects médicaux par contre concernent l'ensemble des victimes, indépendamment de leur situation socio économique, et appellent donc à une place importante du secteur sanitaire dans le dispositif.

Dès lors, les outils de santé publique qui pourraient être mobilisés en lien avec les partenaires d'autres secteurs, tels que la planification ou l'organisation de réseaux de soins par exemple semblent relativement peu mobilisés dans le champ de la lutte contre les violences conjugales. Ces outils permettraient d'identifier des acteurs référents dans la thématique des violences conjugales. Dès lors qu'ils sont peu mis en œuvre, les acteurs sanitaires se percevant eux mêmes, et perçus par leurs partenaires comme *légitimes* à intervenir dans les instances organisationnelles du dispositif de lutte contre les violences conjugales, où ils ne sont traditionnellement que peu représentés, sont peu nombreux. Les quelques initiatives issues du secteur sanitaire dans ce champ, lorsqu'elles existent, souvent en couvrant le champ plus large des violences en général, sont dès lors parfois mises en place sans une nécessaire coordination. En particulier, le lien avec les délégations aux droits des femmes est parfois trop ténu, et de telles initiatives restent relativement éloignées de l'architecture globale du dispositif[79]. Dès lors, la dimension *collective et concertée* de l'approche, particulièrement déterminante dans le thème qui

[78] - OND, 2008. Si les pouvoirs publics développent une action pour dire aux victimes leur droit à réparation, reste que cet état de fait est à prendre en compte aujourd'hui.
[79] Ces propos sont cependant à nuancer localement selon les territoires

nous occupe, en pâtit d'autant. Le développement d'une véritable démarche de santé publique permettrait ainsi d'investir plus avant les acteurs sanitaires dans le dispositif.

× × × × × × × ×

Alors qu'en 1967, le Président de la République, interrogé sur le sujet, s'exclamait : *« Un ministère de la condition féminine ? Et pourquoi pas un sous-secrétariat d'Etat au tricot ?»*[80], dans des termes d'une ironie impensable aujourd'hui, on mesure le chemin parcouru en quelques quarante années. L'établissement et la défense de l'égalité entre les hommes et les femmes fait en effet désormais l'objet d'une mobilisation des pouvoirs publics, qui peut être retracée y compris à travers les institutions qui maillent le territoire à échelles nationale et locale. Si la violence de couple, qui est l'expression la plus brutale de cette inégalité imposée à la femme constitue encore une réalité sociale disséminée dans la société française, le degré de on *acceptabilité sociale* est en net recul.

Reste que le combat contre les violences conjugales est encore à construire, comme en attestent les tristes chiffres annuels du nombre de décès identifiés comme directement imputables à la violence conjugale. Le nombre encore important de victimes appelle ainsi à poursuivre la mobilisation de tous les acteurs pour leur permettre de mobiliser les ressources, symboliques comme matérielles, leur permettant de sortir de cette situation, avant qu'elle ne devienne dramatique. Au vu des enjeux qui entourent la mise en œuvre de leviers de santé publique en ce sens, les administrations sanitaires et sociales, à leur niveau, peuvent opportunément se saisir de la thématique, dans l'objectif de participer à l'amélioration de la situation sur leur territoire.

C'est dans cette perspective qu'il m'a paru intéressant de me pencher plus avant sur le dispositif mis en place dans ce champ en région Midi Pyrénées

× × × × × × × ×

[80] De Gaulle, 1967

2 Intégrer une approche de santé publique au dispositif de lutte contre les violences conjugales en région Midi Pyrénées: une démarche récente dont la place est encore incertaine

L'approche particulière des violences conjugales dans le champ de la santé publique développée en région Midi Pyrénées depuis quelques années attire l'attention dans le contexte général décrit plus haut. Elle répond à des problématiques propres au contexte régional et comporte aujourd'hui à la fois des atouts et limites. Je me concentre ici sur la réponse aux difficultés du dispositif par une approche de santé publique, qui concerne donc plus directement les aspects sanitaires de la prise en charge des victimes, qui sont ceux qui ont principalement occupé mon étude de terrain. Ces aspects ne constituent bien sûr qu'une réponse partielle, qui doit se conjuguer avec d'autres approches. L'un des enjeux majeurs est d'ailleurs de savoir positionner ce type de démarche à sa juste place dans un dispositif complexe où les interventions des différents acteurs doivent être «mises en musique».

2.1 Contexte régional

Quoiqu'il soit difficile de le mesurer de manière *scientifique*, les études régionales sur le sujet attestent de la présence du phénomène de la violence conjugale en région Midi Pyrénées. Le nombre de victimes entrant dans un parcours de prise en charge par l'un ou l'autre des acteurs du dispositif semble par ailleurs être en augmentation ces dernières années. Quels qu'en soit les facteurs explicatifs, cet état de fait appelle à une mobilisation des acteurs, d'ores et déjà nombreux dans la région à être investis dans la thématique.

2.1.1 - Le phénomène de la violence conjugale est présent en région Midi Pyrénées, et le nombre de victimes prises en charge ces dernières années semble y augmenter.

La région Midi Pyrénées, plus vaste région métropolitaine, compte 2,8 millions d'habitants, répartis dans 8 départements d'inégale importance démographique, la Haute Garonne comptant à elle seule 1,7 million d'habitants. Un peu plus de la moitié vit en milieu rural. Le phénomène de la violence conjugale y est présent, comme en attestent les tristes données telles que le décès d'au moins 7 femmes en 2006 sous les coups de leur compagnon dans la région (168 France entière, classant les départements du Lot et Garonne et de Haute Garonne respectivement en 5ème et 15ème position des

départements français pour le taux de décès liés aux violences conjugales par habitant)[81]. En extrapolant les données de l'enquête ENVEFF, on peut estimer que plus de 160 000 femmes seraient victimes de violences de couple dans la région[82]. Ce chiffre est cependant, comme dans le reste de la France, difficile à établir du fait de l'inexistence d'un système d'information croisé entre les différentes sources (police/gendarmerie, hôpitaux, associations, centres d'hébergement...) et de l'absence d'enquête de victimation régionale. Les coûts économiques directs de la violence de couple pourraient s'élever à plus de 48 millions d'euros dans la région[83].

Ces données issues de l'extrapolation de statistiques nationales ne peuvent pas à ce jour être affinées par un diagnostic régional précis. Le croisement des rares sources d'information est en effet aujourd'hui d'une part difficile à rassembler, et d'autre part difficile à effectuer, du fait des difficultés inhérentes à l'absence de définition de la violence conjugale évoquée plus haut. Un projet de constitution d'un *observatoire régional des violences intrafamiliales*, qui compterait évidemment dans son périmètre les violences conjugales, est à l'étude en lien avec l'ORSMIP. C'est en configuration ARS qu'il pourra être relancé. Les acteurs de la région que j'ai rencontrés, tous champs confondus (judiciaire, sanitaire, social, administratif) évoquent cependant une augmentation de la file active des femmes victimes de violences conjugales ces dernières années. Dans le champ judiciaire, l'enquête de l'observatoire national de la délinquance[84] révèle de son côté que la part de violences conjugales parmi les faits constatés de violences volontaires sur personnes de plus de 15 ans est supérieure à la moyenne française dans la région, (ce qui peut tout autant signaler un meilleur repérage du phénomène, une «libération de la parole», qu'une augmentation de sa prévalence), et que, plus intéressant encore peut être, le nombre de constats (judiciaires) de violence sur femme par conjoint est en augmentation entre 2004 et 2007, de 17% en Haute Garonne, et de plus de 60% dans cinq départements midi pyrénéens[85].

Au delà des nombreux biais qui entourent l'analyse de ces données[86], reste que soit la révélation des faits (ce qui est généralement analysé comme le plus probable), soit la prévalence du phénomène, soit une combinaison des deux, est en augmentation. Dans tous les cas, cela signifie que le nombre de victimes enregistrées par les acteurs judiciaires est en augmentation, et que, en conséquence, le nombre de femmes entrées

---

[81]Sources: rapport DAV, INSEE, cité dans IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femme*s, P 91

[82] Extrapolation sur la base de 10% des femmes de plus de 20 ans dans l'estimation INSEE au 1er janvier 2006. Ce chiffre donne un ordre d'idée mais n'a aucune prétention de rigueur scientifique

[83]Sources: rapport DAV, INSEE, cité dans IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femme*s, P 91

[84] OND, 2008 *Bulletin statistique de l'OND, grand angle n°14,* p. 15 à 17

[85] Ariège, Aveyron, Hautes Pyrénées, Gers, Tarn et Garonne Voir annexe 5

[86] J'en réfère à ce sujet à l'excellent article de l'OND d'où sont extraites ces données, disponible sur le site de l'OND.

dans un parcours de prise en charge devrait être en augmentation. La qualité de la prise en charge des victimes, dans l'ensemble de ses aspects, doit dès lors d'autant plus être une source de préoccupation pour les autorités régionales.

2.1.2 - Bien qu'inégalement répartis sur le territoire, les acteurs mobilisés et mis en réseau pour la prise en charge des victimes de violence conjugale sont nombreux en région Midi Pyrénées.

Au delà des structures administratives de droit commun décrites plus haut[87], dont en premier lieu les délégations aux droits des femmes, la région Midi Pyrénées compte un nombre relativement important d'acteurs mobilisés dans la lutte contre les violences conjugales et la prise en charge de ses victimes, parfois organisés en réseaux ou partenariats. L'organisation générale est dès lors complexe. Il est cependant possible de s'essayer à sa description comme suit:

- Les « *acteurs de première ligne spécialisés*» sont nombreux, quoiqu'assez inégalement répartis sur le territoire régional, avec une présence moins forte, voire une absence dans certains territoires ruraux. Concernant l'accueil, la prise en charge sociale, l'hébergement, l'écoute et le conseil juridique, on retrouve les associations liées aux réseaux nationaux, organisées à échelle départementale, avec un partage des rôles variable selon l'historique de leur création et la morphologie du tissu associatif local[88]. On notera le caractère particulièrement dense du réseau associatif du département de Haute Garonne, historiquement très mobilisé sur la problématique, avec six associations affiliées à la FNSF. Ces associations travaillent en liaison étroite avec les pouvoirs publics, qui constituent un de leurs financeurs principaux. La dispersion de ces financements, et l'absence de convention pluriannuelle fragilisent cependant leur activité. Dans le domaine judiciaire, une association liée à l'INAVEM est présente dans chacun des huit départements. Par ailleurs, Toulouse est pilote dans la création d'une brigade de protection des familles, qui va, entre autre contentieux, s'occuper spécifiquement des violences conjugales. Dans le domaine médical, l'unité médico-judiciaire (UMJ) et la consultation de prévention de la violence du service de médecine légale du CHU de Rangueil à Toulouse accueillent les victimes de violences, dont les victimes de violences conjugales constituent une partie non négligeable.

- Ce nombre important d'acteurs, dans des champs complémentaires du parcours d'une victime, appelle à la constitution de *réseaux partenariaux*. La connaissance interpersonnelle des acteurs jouent évidemment en cela un rôle fondamental. Certains

---

[87] Il faut cependant noter que la déléguée régionale aux droits des femmes, en congé maladie depuis 3 ans, n'est pas à ce jour encore remplacée. Le service fonctionne cependant, même si la situation est assez inconfortable pour les agents.

[88] Voir annexe 6. Les associations liées au planning familial ou au CIDFF jouent parfois, au delà de leurs rôles traditionnels d'écoute, d'accès aux droits et de conseil juridique, d'autres fonctions telles que l'accueil et la prise en charge (groupes de parole, accompagnement individuel...).

réseaux *spécifiques à la thématique* ont été formalisés, au delà de réseaux connexes auxquels ces acteurs sont susceptibles de participer[89]. D'une part des réseaux associatifs locaux sont structurés ; via les fédérations nationales, à l'instar du réseau « Rives femmes » qui regroupe les sept associations de la FNSF ; ou encore autour de thématiques particulières comme, en Haute Garonne également, le groupe de réflexion sur la prise en charge des auteurs de violences conjugales. D'autre part, des réseaux pluripartenariaux sont développés avec des acteurs concernés mais non spécialisés. C'est le cas par exemple avec les associations liées à la FNARS, qui a structuré une commission femmes, laquelle participe aux instances liées à la thématique des violences conjugales dans la région. Par ailleurs, des partenariats sont formalisés pour des permanences ou mises à disposition de personnel entre structures. C'est ainsi que trois départements[90] ont développé une approche particulière à travers la structuration de consultations de prévention de la violence (CPV) et d'unités d'accueil des victimes (UAV), qui réunissent autour du patient une consultation pluridisciplinaire à laquelle participent des professionnels des champs médical, social, et judiciaire. Elles sont partie prenante de l'association PREVIOS, qui a vocation à les animer et coordonner, dont je développe l'activité plus bas. Enfin, le GRSP-MIP développe, au travers de son programme thématique « violence et santé », animé par le groupe thématique du même nom, une approche de santé publique que je décris plus bas.

L'ensemble de ces acteurs a vocation à être coordonné, pour la partie de son activité liée aux violences envers les femmes, et, en particulier, les violences conjugales, par les délégations aux droits des femmes. Les commissions de lutte contre les violences envers les femmes[91] constituent pour cela des instances de coordination importantes. A cette fin des *protocoles départementaux de lutte contre les violences envers les femmes* ont été établis dans sept des huit départements de la région[92]. Les délégations aux droits des femmes sont particulièrement mobilisées sur la formation et la sensibilisation du grand public mais aussi et peut-être surtout des professionnels, et tentent d'étendre leur action vers un public toujours plus large, malgré des moyens humains et financiers limités. Elles regrettent souvent une faible participation des professionnels de santé libéraux.

---

[89] En particulier les réseaux liés à l'enfance, aux femmes étrangères, etc.
[90] Il s'agit de l'Ariège, la Haute Garonne et le Tarn et Garonne, en lien avec les DDASS, le GRSP et l'ARH.
[91] L'ensemble des conseils de prévention de la délinquance de la région connaissent une formation particulière traitant des violences envers les femmes
[92] L'Ariège fait exception malgré une réalité indéniable de la coordination (non *formalisée*) entre les acteurs du département. Sur les protocoles, voir *supra.*

2.2 L'approche de santé publique en région Midi Pyrénées : une mise en œuvre récente sous l'égide du GRSP

Malgré ce nombre important d'acteurs, qui constitue une richesse, les difficultés identifiées à échelle nationale se retrouvent à échelle de la région, de manière plus ou moins aigüe selon les territoires. C'est pourquoi l'implication des acteurs de santé publique régionaux dans la thématique « violence et santé », dont l'action s'inscrit largement dans la lutte contre les effets des violences conjugales sur la santé semble porter des perspectives intéressantes, alors que des réalisations commencent à émerger.

2.2.1 - Des difficultés sont identifiées dans la région face auxquelles une approche de santé publique de la problématique peut être un outil intéressant

Le dispositif régional de lutte contre les violences conjugales connait des difficultés inhérentes à l'action dans cette thématique. Je me concentre ici sur celles qui ont trait aux aspects sanitaires de la prise en charge des victimes. Ils touchent, comme à niveau national, d'une part aux problématique de dépistage et de prise en charge sanitaire des victimes par les professionnels de santé, au vu de leur position clé notamment pour enclencher une prise en charge, et, d'autre part, et peut être surtout, aux modalités de partenariat entre les instances médicales et les autres acteurs pour organiser leur concertation et leur coordination sur cette thématique.

Concernant le dépistage et le traitement sanitaire des victimes, des problématiques liées à la *connaissance du phénomène et des modalités particulières de sa prise en charge* (sanitaire et *globale*) ont pu être objectivées dans la région. Ainsi, plusieurs études tendent à montrer que la formation et la sensibilisation aux problématiques des violences, et, en particulier, des violences de couple (qui sont, nous l'avons vu, spécifiques) semblent insuffisantes chez les professionnels de santé en particulier. C'est ainsi qu'une étude récente montre que les médecins généralistes de la région sous estiment la prévalence des situations de violence conjugale dans leur patientèle : plus de 60% précisent n'avoir jamais diagnostiqué de violences ou n'en avoir diagnostiqué qu'entre 1 et 10 cas. L'étude ajoute que la connaissance des modalités de prise en charge des personnes en situation de violence paraît insuffisante : seuls 21% des médecins précisent connaître les pathologies liées à la violence et 12,3% les référentiels de prise en charge des victimes de violence. La législation relative aux victimes n'est connue que de 4,6% des médecins[93]. Par ailleurs, une autre étude montre que, questionnés sur l'établissement d'un certificat d'ITT, seuls « 38,7% des médecins

[93] PREVIOS, 2009, *enquête « violence et santé »*

répondent correctement »[94]. Il semble dès lors compréhensible que, bien que la loi reconnaisse à tout médecin la capacité de rédiger un certificat de coups et blessures fixant une ITT au sens pénal du terme[95], un interlocuteur judiciaire m'ait confié ne prendre en compte, dans les faits, que les certificats établis par un médecin légiste. Ce alors justement qu'il est souvent noté que la rédaction d'un certificat de constatation de coups et blessures volontaires fait partie intégrante des soins, car elle participe notamment à la prise en charge psychologique, en répondant partiellement à la demande de reconnaissance des violences subies par la victime. La relation de confiance qui existe entre le patient et le médecin traitant, ainsi que sa connaissance de son état de santé contribuent par ailleurs indéniablement à la qualité de la prise en charge des soins.

Ce constat est d'autant plus préoccupant en région Midi Pyrénées que l'ensemble des acteurs « spécialisés » du dispositif que j'ai rencontrés s'accordent à établir le constat de leur inégale répartition sur le territoire régional, et de failles du maillage territorial en particulier en milieu rural. Ce alors même que les problématiques liées à la violence de couple y sont peut-être plus complexes encore pour les victimes, ainsi que me le confiait un professionnel en entretien: « en milieu rural, Il est souvent plus difficile d'intervenir, les liens dans une communauté renforcent la chape de plomb. Les perspectives d'avenir en cas de séparation sont parfois beaucoup plus complexes qu'en ville». Le médecin de famille, parce qu'il est l'un des seuls interlocuteurs professionnels pour la victime a alors un rôle d'autant plus déterminant à jouer.

Le problème est renforcé par le fait que, au delà d'une quasi absence du thème des violences conjugales dans leur cursus initial[96], *les formations proposées sur le sujet touchent faiblement les professionnels de santé*. C'est ainsi qu'une enquête menée par l'association PREVIOS dans la région montre que lorsqu'une formation sur les violences est proposée, elle l'est avant tout sous l'angle de la maltraitance touchant les enfants, et que les thématiques abordées se limitent souvent à des actes médicaux (constatation des violences physiques, rédaction du certificat, signalement à l'autorité), avant de regretter que l'enseignement sur les relations médecin-malade n'évoque pas directement les situations de violence ou autres situations traumatiques[97]. Les délégations aux droits des femmes en particulier développent des programmes de sensibilisation ou de formation à destination des professionnels concernés. Ces formations, outre leur contenu concret, visent à développer la connaissance interpersonnelle des acteurs d'horizons divers, pour contribuer à palier le manque de coordination entre eux, face au constat des pratiques

---

[94] Oustric S, Grill S, Telmon N, 2009, *ITT au sens penal…*, la revue du praticien mars 2009. Sur le certificat d'ITT, voir annexe 3
[95] Sur le certificat d'ITT, voir annexe 3
[96] Voir *supra*
[97] PREVIOS, 2009, rapport d'activité 2008, p. 24

cloisonnées entre secteurs sociaux, associatifs et médicaux, et entre secteurs judiciaire et médical. Cependant, elles sont rarement intégrées aux programmes de formation continue des praticiens de la région.

Ce constat est symptomatique du fait que les *modalités d'un partenariat efficace avec les instances médicales* semblent difficiles à trouver sur le thème des violences conjugales. C'est ainsi qu'une chargée de mission aux droits des femmes m'a dit son dépit d'avoir conçu en 2008 un plan de formation pour les professionnels de santé, en lien avec le Conseil de l'Ordre, qui a finalement retiré cette offre du programme annuel de formation continue. La nécessité de trouer une voie pour établir un partenariat de manière pérenne sur le sujet est ainsi peut-être la raison majeure pour laquelle le développement d'une approche de santé publique a pu sembler déterminant. Elle est cependant difficile à établir.

2.2.2 - Une implication des acteurs de santé publique régionaux dans la thématique « violence et santé », dont l'action s'inscrit largement dans la lutte contre les violences conjugales

La région Midi Pyrénées a été en avant première dans l'approche de la violence sous un angle santé, en établissant, suite à une journée régionale de santé publique organisée sur ce thème en 2003, que, bien qu'elle ne soit pas encore déclarée priorité nationale, la thématique « violence et santé » serait dans la région une ligne d'intervention à part entière (la santé étant appréhendée au sens global tel que défini par l'OMS). Ce choix était confirmé l'année suivante, alors que de la loi de 2004, qui fait de la lutte contre la violence et ses conséquences sur la santé une priorité de santé publique, entrait en vigueur.

C'est surtout avec la constitution du GRSP, qui réunit les acteurs de la politique de santé publique de la région, que la thématique « violence et santé » devient un véritable *axe* de la politique de santé publique régionale. Ainsi, devenu pilote dans le domaine de la santé publique de la région, celui-ci, en faisant du programme thématique "violence et santé" un des pans de la déclinaison opérationnelle du PRSP[98], a contribué à rendre plus lisible et visible la stratégie et la mise en œuvre de cette politique devenue priorité nationale de santé publique. Ce programme thématique a pour ambition d'impulser une véritable *démarche de santé publique*, transversale et partenariale, autour de la lutte contre la violence, à la fois à travers ses acteurs, et sa méthodologie de mise en œuvre.

[98] Voir en annexe 2 la présentation du GRSP, du PRSP et de son découpage en programmes thématiques.

Le *groupe thématique*[99] a un rôle fondamental en ce sens: C'est en son sein que se réalise le travail de fond de réflexion et de proposition pour l'action. Il est un lieu d'expertise, d'échange d'expérience et de convergence des politiques, d'élaboration d'outils communs, et de contribution, en lien avec les correspondants départementaux notamment, à l'évaluation des besoins et des actions. Ses membres ont été sélectionnés selon des critères de compétence professionnelle, avec un souci combiné de représentation des différentes professions concernées, des différentes institutions et territoires (chaque département devant être représenté), et des acteurs régionaux incontournables de la thématique. Constitué d'un noyau dur de 12 personnes[100], il est élargi à d'autres personnalités en fonction des sujets abordés. C'est ainsi que dans son travail autour des violences conjugales, le groupe thématique connait une formation particulière, dans laquelle se joignent selon les questions à l'ordre du jour l'Ordre des médecins, des représentants médicaux de services PMI, des représentants du monde judicaire spécialisés dans la thématique (parquet et bientôt barreau)...

La mise en œuvre concrète du programme thématique répond à une réelle *démarche de santé publique*. Il est structuré autour d'*objectifs généraux*[101], établis lors du regroupement des objectifs du PRSP. Ils sont complétés par des *orientations* et *actions prioritaires,* revues annuellement par le groupe thématique, en accord avec la direction du GRSP (et validées par la suite par le Conseil d'administration du GRSP ou son Bureau). Ces *orientations* et *actions prioritaires* ont un rôle d'impulsion et d'animation des acteurs régionaux autour des lignes retenues. Elles guident notamment les choix de financement par le GRSP des projets déposés par des promoteurs régionaux dans la thématique « violence et santé » dans le cadre de l'appel à projets de prévention (APP), dont le groupe thématique coordonne l'instruction en lien avec les instructeurs départementaux. Elles ont ainsi une fonction d'orientation ou d'incitation pour les promoteurs.

Au vu de l'importance des impacts sur la santé de la violence *conjugale*, celle-ci a été placée comme centrale depuis les débuts de la mise en place de la politique de santé publique sur la thématique violence dans la région. Ainsi, pour 2009, l'ensemble des orientations[102] et actions prioritaires[103] du programme thématique touchaient, plus ou

---

[99] Voir annexe 2

[100] Représentants d'administrations d'État (DRDFE, DDASS, DRTEFP, Éducation Nationale, INSERM), un représentant de l'assurance maladie via l'URCAM, un représentant de l'URML, une représentante du parquet général de Toulouse, et une représentante du réseau Rive femmes

[101] Ces objectifs sont: améliorer la connaissance du processus de la violence et de ses déterminants, faciliter le repérage des situations de violence, développer l'accueil, l'écoute et l'information des personnes victimes de violence et des auteurs, favoriser l'orientation vers des prises en charge adaptées, renforcer la prévention des situations de violence auprès des publics fragiles, en particulier les enfants et les jeunes.

[102] Elles concernaient les thèmes 'violences conjugales et grossesse', 'violences intrafamiliales', 'enfants témoins', 'auteurs de violence', 'femmes victimes de violence', 'approche pluridisciplinaire de la prévention de la violence', et 'éducation à la vie affective, au respect de l'autre et à l'égalité'

[103] Actions d'information et formation sur le repérage des situations de violence, échanges de pratiques et développement d'une culture commune sur l'impact de la violence sur la santé, actions de soutien et d'accompagnement des victimes et auteurs de violence, animation des lieux d'écoute et de parole (en individuel et/ou collectif), actions de valorisation des compétences individuelles et développement des aptitudes adaptées, soutien au réseau associatif des consultations pluridisciplinaires "violence"

moins directement, à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire de la violence conjugale, ainsi qu'à la structuration de *visions partagées* entre les acteurs concernés, laquelle participe par ailleurs à la prévention du phénomène.

2.2.3 - L'émergence de réalisations dans le champ de la lutte contre les violences conjugales.

La mise en œuvre du programme thématique « violence et santé » impulse une dynamique qui se traduit par des réalisations de nature diverse, assumées par des opérateurs extérieurs ou directement par le GRSP.

Les procédures de financements prévues par le programme thématique en rythment assez largement la mise en œuvre, qui implique la réflexion et l'échange permanent sur la thématique par les membres du groupe, par ailleurs investis dans leurs pratiques dans des problématiques proches ou connexes. Il existe deux procédures de financement théoriquement bien distinctes :

La *procédure de l'APP*, dans laquelle s'inscrivent les projets de nature ponctuelle répondant au cahier des charges de l'année, dont l'instruction est départementale avec une coordination régionale du groupe thématique, ou directement régionale pour les projets concernant plusieurs départements ou d'ampleur régionale. Dans ce cadre, en 2009, 217 215€ ont été consacrés au financement de 38 projets, dont près de 65% concernait spécifiquement la violence *conjugale*. Ces projets étaient portés par le secteur associatif (souvent par des structures liées aux réseaux nationaux) ainsi que par des établissements scolaires, témoignant d'un réel souci des membres du GRSP _c'est à dire les acteurs de la santé publique régionale_ de s'investir également en amont, dans le champ de la prévention *primaire*. Plusieurs de ces associations renouvellent annuellement des demandes de subvention, et mériteraient sûrement d'évoluer vers une contractualisation pluriannuelle, pour approfondir le travail de fond sur la nature du partenariat avec les administrations sanitaires et sécuriser leurs projets d'un point de vue financier, lorsqu'ils ont vocation à se pérenniser au delà d'une année.

- la *procédure de financement dite « hors APP »,* qui concerne les projets d'ampleur régionale ancrés dans une logique de contractualisation pluriannuelle. C'est dans ce cadre qu'est financée l'association PREVIOS, qui se positionne en partenaire du GRSP dans la mise en œuvre de du programme thématique dans son volet proprement *médical*.

La création de cette association en 2006, en lien avec l'ARH et le GRSP[104] s'inscrit dans la continuité de l'action initiée par l'association REQUAMIP (Réseau Qualité Midi-Pyrénées), financée par la DRASS en 2005 et 2006. Elle visait un triple objectif.

Il s'agissait en premier lieu de *promouvoir l'accompagnement à la mise en place et la coordination de consultations pluridisciplinaire de prévention de la violence*. Les CPV et UAV en sont le résultat concret. Leur fonctionnement est effectif aujourd'hui dans les départements d'Ariège, de Haute Garonne, et du Tarn et Garonne, et un projet est en gestation dans le département du Gers. Ces consultations visent à l'évaluation clinique pluridisciplinaire des situations de violence et au développement de prises en charge concertées. Elles se distinguent des consultations médico-légales puisque, au-delà de la prise en charge médicolégale, elles réalisent une évaluation globale de la situation de violence vécue, un appui et une *guidance spécifique* complétant les soins traditionnellement fournis par les services médicaux[105]. Elles réunissent des professionnels disposant d'une expertise dans le domaine de la violence (champs sanitaire [médical, psychologique,…], social, judiciaire)[106] en un même lieu, tendant ainsi à réduire pour les victimes les situations de « ballotage administratif » décrites plus haut. L'idée est de maintenir la cohérence et la continuité des soins par le développement de l'implication des acteurs professionnels et des victimes elles-mêmes.

En second lieu, le réseau PREVIOS a vocation à assurer la *coordination* entre ces consultations *et la concertation à niveau régional* entre les professionnels qui y interviennent, afin de développer les échanges d'expérience et la diffusion des bonnes pratiques cliniques notamment.

Enfin, le réseau a pour mission de mettre en place, en partenariat, *des actions de sensibilisation, de formations,* en particulier auprès des professionnels de santé*,* et de *projets visant à l'amélioration des connaissances sur la thématique violence et santé, au partage d'expérience, à la création de référentiels et d'outils pour la pratique clinique*.. .[107] Cet aspect est particulièrement fondamental. Il a pour but d'une part d'établir des données épidémiologiques sur les situations de violence prises en charge, indispensables à la mise en œuvre d'une démarche de santé publique adaptée[108], et à l'amélioration des connaissances du corps médical sur le sujet. Plusieurs études sont d'ores et déjà réalisées ou en cours[109]. Il s'agit également de développer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé (en particulier), dont nous avons vu qu'elle est déterminante pour une amélioration de la prise en charge des victimes de violences

---

[104] Aujourd'hui le ces consultations, situées dans les locaux de centres hospitaliers, sont financées par l'ARH, et l'activité de PREVIOS, qui est liée à ces consultations, l'est essentiellement par le GRSP-MIP, via une convention trisannuelle.
[105] Voir annexe 6
[106] Sous la forme d'une mise à disposition de personnel d'associations liées au CIDFF et à l'INAVEM dans les consultations, auxquelles s'ajoutent des interventions ponctuelles souvent financées via l'APP
[107] Ce paragraphe est largement issu de l'article PREVIOS, 2009, *Prévenir la violence en Midi-Pyrénées, le développement du projet PREVIOS,* disponible sur le site internet du GRSP Midi Pyrénées (voir bibliographie)
[108] Les données épidémiologiques développées plus haut sont d'ailleurs partiellement issues de ce travail
[109] Etude *violence et santé* précitée, recueil épidémiologique des situations des victimes vues en consultation...

conjugales dans la région. Le réseau PREVIOS a pu mettre les institutions en relation avec des professionnels de terrain (consultations et partenaires) pour la mise en œuvre de formations «violences et santé ». Cette dimension de l'activité de PREVIOS est actuellement en phase de montée en charge.

Par ailleurs, certains projets pluri partenariaux sont portés directement par le GRSP, avec l'appui essentiel du groupe thématique, de leur définition à leur mise en œuvre. Ceci dans un souci de coordination pour emporter l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés. C'est le cas d'un guide à destination des professionnels de santé sur les violences conjugales, rédigé conjointement par les associations prenant en charge des femmes victimes de violences, l'ordre des médecins, celui des sages-femmes, l'URML, et un représentant du parquet général. Sa réalisation a supposé un long et important travail, coordonné par le groupe thématique, pour parvenir à un document emportant l'adhésion de l'ensemble des acteurs réunis. Il a été transmis à l'ensemble des praticiens et sages femmes de la région par courrier fin 2009. Plusieurs buts entouraient sa réalisation. D'une part, il s'est agit de délivrer une information claire, directement et facilement mobilisable. C'est pourquoi il a été opté pour un document court (12 pages)[110], et que le concours d'une graphiste a été pris pour rendre le document particulièrement visuel. Il comporte en dernière page les coordonnées des différents acteurs départementaux des champs sanitaire, social et judiciaire, afin de permettre facilement aux praticiens une orientation adaptée pour initier une prise en charge, lorsqu'ils sont confrontés à une patiente en situation de violence conjugale. Il comprend également un modèle de certificat d'ITT, un rappel de la législation en vigueur[111]... D'autre part, le processus même de sa réalisation a permis aux acteurs de se rencontrer autour d'un projet commun, et de croiser leurs analyses du phénomènes et des manières de le prendre en charge, ce qui participe *en soi* à l'amélioration dans la région de la prise en charge des victimes.

2.3 Malgré des avancées certaines, la démarche introduite souffre de limites liées à un positionnement difficile dans le paysage régional.

Si les réalisations dans le champ de la santé publique commencent à laisser apparaître des effets sur le dispositif de lutte contre les violences conjugales, un certain nombre de limites affectent la démarche. C'est que conférer à une approche de santé

[110] Ce guide est téléchargeable sur le site du GRSP Midi Pyrénées (voir bibliographie). Il existe un guide national à l'intention des professionnels disponible sur le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr. Cependant, les rapports parlementaires et des inspections générales notamment montrent qu'il n'est pas mobilisé par les professionnels de santé

[111] Notamment concernant les obligations de signalement. A ce sujet, voir annexe 7

publique dans ce champ une place adaptée dans la durée sur un territoire, au sein d'un système d'acteurs complexe, est une tâche difficile qui doit être sans cesse remise à l'ouvrage.

2.3.1 - Des avancées certaines porteuses de résultats d'ores et déjà palpables

Si la démarche de santé publique initiée est relativement récente, on peut d'ores et déjà entrevoir des avancées liées à sa mise en place dans le fonctionnement du dispositif de lutte contre les violences conjugales et de prise en charge de ses victimes dans la région.

Le programme thématique «violence et santé» entame en 2010 sa quatrième année de mise en œuvre[112], et le groupe thématique a désormais bien assis son mode de fonctionnement. La thématique, dont nous avons vu qu'elle a trait pour une majeure partie à la problématique des violences conjugales, est désormais installée dans le paysage des programmes de santé publique régionaux, et rempli sa fonction d'incitation des acteurs à participer à la rendre effective sur le terrain. Les *orientations* et *actions prioritaires* sont désormais débattues et attendues par l'ensemble des acteurs, par ailleurs soutenus sur le plan de la méthodologie par le réseau des comités régional et départementaux d'éducation pour la santé (CRES/CODES) dans l'objectif de conforter une dynamique de *professionnalisation* des promoteurs de projets.

Par ailleurs, l'association PREVIOS s'implante progressivement dans le champ de la formation des professionnels de la région[113], comme en atteste le fait que l'association ait été choisie par le Conseil Général de Haute Garonne pour assurer la formation de ses cadres administratifs médicaux et sociaux. Au delà de l'émergence d'un nouvel acteur dans ce champ, son origine _ le milieu médical _ présente un intérêt certain pour toucher certains publics. En effet, il a été montré plus haut qu'un problème de sensibilisation et de formation des professionnels de santé aux problématiques de la prise en charge sanitaire des victimes de violences conjugales a été identifié dans la région. A tort ou à raison, il semble qu'un acteur issu du monde médical puisse paraître aux yeux de certains professionnels plus « neutre » voire plus *crédible*. Ainsi, comme je l'évoquais plus haut, l'un de mes interlocuteurs me disait ne pas être « fana » des discours des professionnels issus du monde associatif militant, alors que lors d'un autre entretien, il m'était confié que « pour atteindre les professionnels de santé, c'est très difficile. Il est nécessaire de les impliquer dans la formation, car ils écoutent plus facilement leurs pairs ». Or justement,

[112] La mise en œuvre du programme est maintenue en 2010 au moins jusqu'à la mise en place de l'ARS, dans laquelle se fond le GRSP. Le choix de son maintien dépendra alors des instances de la nouvelle institution.
[113] Et au delà, à niveau national, comme en atteste la convention passée en 2008 avec l'EHESP pour la formation des cadres interministériels

l'offre de formations régionale existante par ailleurs est en général assurée par des intervenants issus du monde associatif, de professions liées au travail social (assistants sociaux, éducateurs spécialisés..). Si la qualité et l'expertise de ces dernières n'est évidemment pas remise en cause, force est de constater qu'elles peinent à atteindre certains publics. C'est en cela que l'émergence de PREVIOS comme acteur en ce champ vient se placer en complémentarité de leur action. Ces deux types d'acteurs doivent donc conjuguer leurs efforts et travailler ensemble pour en obtenir des résultats fructueux.

De même, la montée en charge de l'activité des consultations de prévention de la violence et unités d'accueil des victimes vient attester de leur implantation progressive dans le paysage régional. Elles commencent désormais à être identifiées comme un lieu de recours pour les questions de violence conjugale, y compris pour les médecins traitants par exemple. On peut donc penser que la prise en charge sanitaire des victimes a gagné en qualité, et que le parcours de sortie d'une situation de violence de couple est, pour ces victimes, un peu moins malaisé. Ainsi, en janvier 2010, les consultations ont réalisé depuis leur création quelques 1 665 prises en charge. 89% des consultants sont des femmes, dont la grande majorité connait une situation de violence de couple (sphère privée). Surtout, dans le sujet qui nous occupe, la diversification des modes d'entrée des victimes de violences conjugales vers les CPV et UAV montre que les différents acteurs commencent à les intégrer, de manière progressive, comme partenaires dans le soutien des victimes dans leur parcours de sortie d'une situation de violence conjugale. C'est ainsi que, si le mode d'entrée majoritaire (en Haute Garonne) reste une orientation par l'UMJ, les orientations issues de la gendarmerie, des services sociaux du Conseil Général, ou la venue spontanée de patientes apparaissent depuis 2008[114].

Enfin, et peut-être surtout, l'approche de santé publique développée par le GRSP participe d'une dynamique de mise en réseau, de rencontre et de construction de *visions partagées* sur la prise en charge sanitaire entre les acteurs du dispositif de lutte contre les violences conjugales en région Midi Pyrénées. Ainsi, parce qu'il est le fruit d'un long travail, et qu'il associe notamment les ordres des médecins et des sages femmes, le guide à destination des professionnels de santé participe à la prise de conscience de leur nécessaire implication dans ce dispositif, en même temps qu'il aide à son effectivité. L'étude de PREVIOS précitée[115] montre en effet qu'un des freins à une prise en charge des victimes de violence de couple par ces derniers est liée au fait qu'ils se sentent souvent isolés et démunis face à ce type de problématiques. Envoyés avec la lettre trimestrielle de l'Ordre, les guides bénéficient dès lors de sa caution quant à la rigueur du contenu.

---

[114] PREVIOS, 2009, *Projet régional de prévention de la violence en région Midi Pyrénées, rapport d'activité 2008,* p.29
[115] PREVIOS, 2009, *Prévenir la violence en Midi-Pyrénées, le développement du projet PREVIOS*

2.3.2 - Des limites tenant à des incertitudes quant au positionnement de la démarche dans la durée

Ces limites viennent affaiblir la crédibilité et la lisibilité de la démarche pour les acteurs des différents secteurs concernés, pourtant déterminante pour leur engagement partenarial durable dans la démarche de santé publique dans la région, lui même déterminant pour sa réussite.

Tout d'abord, la thématique « violence et santé » manque d'indicateurs. Bien que la région ait été novatrice en ce sens, la thématique « violence et santé », avec tout juste 5 ans de recul à échelle nationale, est récente, et l'absence de publication d'un véritable plan national violence et santé n'aide pas à la conforter. En effet, bien que la lutte contre les conséquences sanitaires de la violence soit affichée comme une priorité à niveau national par la loi de santé publique de 2004, seuls les travaux préparatoires du rapport Tursz[116] ont été publiés à ce jour. Si ces derniers fournissent des éléments intéressants, ils ne sauraient remplacer un véritable *plan,* prévoyant par exemple de manière opérationnelle les moyens mobilisés, et les modalités d'évaluation de sa mise en œuvre. Cette réalité est particulièrement ressentie par les acteurs de terrain, ainsi que me le précisait l'un de mes interlocuteurs : « Il s'agit aujourd'hui d'un ensemble de préconisations. Le plan en tant que tel n'existe pas. Ce sont des groupes de travail sur différents champs relatifs aux questions liées au thème violence et santé. Il n'y a pas de moyens identifiés pour mettre en place toutes ces préconisations». Dès lors, c'est essentiellement le GRSP qui donne corps à cette thématique. Malgré un affichage fort par la loi, cela pourrait être interprété comme une faible mobilisation à échelle nationale, et venir en cela fragiliser la démarche à l'aube de la constitution de l'ARS Midi Pyrénées. Bien que la plupart des GRSP aient conçu, d'une manière plus ou moins aboutie, un programme de santé publique autour de la violence, les moyens financiers, logistiques et méthodologiques pour établir un diagnostic de territoire fin, évaluer les actions et objectiver leurs effets font aujourd'hui défaut. Ce alors justement qu'après une période de 5 ans, une première évaluation et un diagnostic approfondi de la situation dans la région semblerait déterminante dans une perspective orientée qualité. En cela, l'aboutissement du projet de constitution d'un observatoire régional des violences conjugales semble être un prémice particulièrement nécessaire au diagnostic.

Cet état de fait participe à fragiliser le dispositif, dont l'installation est progressive. En effet, la dynamique enclenchée en région Midi Pyrénées dans le champ de la santé

---

[116] HCSP (Turz, A), 2005, *Violence et santé Rapport du Haut Comité de Santé Publique* Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004

publique semble ainsi dépendre d'une volonté politique *locale*, dont la pérennité n'est donc pas suffisamment assurée de manière *structurelle*. Soit un dispositif qui reste largement « *personne dépendant* ». Ainsi, l'affirmation d'un plan national viendrait rendre le programme thématique plus assuré de sa pérennité, ayant pour effet de sécuriser les opérateurs, qui peuvent légitimement hésiter à s'investir dans une thématique pour laquelle la mobilisation des pouvoirs publics est susceptible d'être inconstante d'une année sur l'autre. C'est ainsi que le fonctionnement des consultations pluridisciplinaires dépend de financements ARH[117] qui peuvent être remis en cause, notamment dans la perspective de la mise en place de l'ARS. La démarche de santé publique enclenchée ne pourra pourtant porter tous ses fruits que dans le cadre d'une installation *durable* dans le paysage régional, sans laquelle l'adhésion pleine et entière des différents acteurs du dispositif ne saurait être envisagée. Cette pérennité doit être affichée clairement, sans quoi la démarche risque de générer une fatigue, voire un épuisement, des acteurs, alors justement que leur mise en réseau est fondamentale. Ces difficultés dans l'engagement partenarial sont réelles, ainsi qu'en témoignent les termes utilisés lors d'un entretien par l'une des personnes que j'ai rencontrées, au sujet d'un projet de partenariat dans l'un des départements midi pyrénéens : « Quand le procureur est parti, tout est tombé à l'eau. Je ne pense pas qu'on tentera à nouveau ce type d'expérience. C'est trop de travail face à un résultat incertain ».

2.3.3 - La question de l'équité territoriale

On constate aujourd'hui une inégale couverture du territoire régional, y compris concernant la mise en œuvre de la démarche de santé publique dans ce champ.

La démarche développée sous la houlette du GRSP, qui est, nous l'avons vu, relativement récente, se met en effet en œuvre de manière contrastée sur le territoire régional, et vient dès lors renforcer l'inégale répartition des autres acteurs, notamment concernant les territoires ruraux. C'est l'un des défauts de la mise en œuvre d'un programme de santé publique par appel à projet, dans la mesure où celui-ci, en répondant essentiellement à une logique de type *bottom-up*, a tendance assez naturellement à privilégier les acteurs préexistants, les territoires où il n'existe pas de promoteurs de projet ne répondant pas à l'APP. Il m'a ainsi été confirmé au cours d'un entretien que «Une femme victime de violence ne bénéficie pas du même suivi selon le territoire sur lequel elle se trouve [dans la région]». C'est pourquoi le groupe thématique violence et santé a décidé faire de l'équité territoriale un de ses axes pour 2009[118]. Le

[117] Ces consultations n'entrent pas dans la nomenclature T2A et sont financés sur une enveloppe MIG. Elles sont donc dépendantes du soutien du DARH.
[118] En prévision de la mise en place de l'ARS, l'APP 2010 est annulé et remplacé par une campagne de financement qui vise à reconduire les actions de santé publique financées en 2008 et/ou 2009, sous condition de vérification de leur pertinence

pendant de ce choix est qu'en privilégiant le développement de projets sur certains territoires, de très bons projets n'ont pas pu être retenus, faute de financements. De même, si un projet est en gestation dans le Gers, seuls trois départements pilotes sur les huit que compte la région bénéficient aujourd'hui de consultations pluridisciplinaires violence. On peut penser qu'il en découle une certaine inégalité à niveau régional pour les victimes dès lors que la région ne comporte qu'un service de médecine légale, situé au CHU de Toulouse (Haute Garonne). Cela pose problème notamment concernant l'établissement des certificats d'ITT, puisque dans les départements où y'a pas de CPV ou d'UAV, la prise en compte des certificats dépend beaucoup de la politique du Parquet, qui est variable selon les territoires[119]. Il m'a ainsi été rapporté que «si dans le Gers actuellement, on se satisfait des certificats des médecins traitants, ce n'est pas le cas dans tous les autres départements». Le guide coécrit dans une approche pluridisciplinaire par les acteurs régionaux[120], envoyé il y a peu aux professionnels de santé de la région, répond à ce constat. Il comprend en effet un modèle commenté pour l'établissement d'un certificat d'ITT et devrait donc participer, même modestement, à pallier cet état de fait.

2.3.4 - Des limites tenant au positionnement de la démarche dans un système d'acteurs complexe.

Dans un contexte où l'approche de la lutte contre les violences conjugales fait l'objet de controverses théoriques et pratiques, la confrontation des regards des différents acteurs sur la problématique de la prise en charge sanitaire des victimes de violence conjugale fait partie intégrante du projet de santé publique développé dans ce champ. Au delà de ces divergences de vues ou d'analyse, les différents acteurs impliqués, et en particulier ceux des secteurs social, sanitaire, et judiciaire, ont chacun pour leur part un rôle déterminant à jouer dans le parcours de sortie d'une situation de violence pour une victime. L'approche santé publique, comme les autres approches, se doit dès lors pour porter ses fruits d'être avant tout pluridisciplinaire, et, dans la mesure du possible, consensuelle pour *l'ensemble* des acteurs mobilisés. Or, cela semble parfois difficile à mettre en place en région Midi Pyrénées.

Ainsi, il apparaît que certains acteurs perçoivent avec scepticisme le travail effectué dans le cadre du groupe thématique régional violence et santé, même élargi à d'autres acteurs lorsque les thématiques abordées concernent les violences conjugales. Le groupe serait perçu comme « trop confidentiel », et la clé d'entrée santé n'est pas toujours bien comprise. Il convient en effet de bien établir qu'une clé d'entrée *médicale* dans un parcours de prise en charge d'une victime ne signifie pas une clé d'entrée

---

[119] Ce alors que du point de vue légal, tout certificat devrait être recevable par le parquet.
[120] Voir *Supra*

médicale quant à *l'analyse du phénomène et des racines* de la violence conjugale. De même, il apparaît que, dans une certaine mesure, la création de l'association PREVIOS par exemple a pu être vécue par certains acteurs comme l'irruption d'un acteur *concurrent* à la fois en termes de captation de financements publics, et en termes de savoirs faire. C'est ainsi qu'il m'a été rapporté que, lorsque l'association a été créée « des associations existaient déjà, avec plus de 20 ans d'expérience. Les associations ont donc dit qu'elles savaient déjà faire ». Il est vrai que, l'approche « santé » étant traditionnellement peu développée, la connaissance interpersonnelle, la mise en réseau des acteurs du dispositif nécessite un certain temps de maturation. La prise en charge dans les consultations pluridisciplinaires, pensée en termes de *guidance spécifique*, est relativement innovante, et est dès lors peu connue des autres acteurs. Elle est de nature proprement *sanitaire*, et doit reposer sur une articulation avec les autres aspects d'une prise en charge *globale*. Cependant, la compréhension mutuelle est parfois difficile, et certaines associations ont souhaité se retirer du projet, qui en perd dès lors autant en intérêt, dès lors que la limitation du « ballotage » des victimes entre ces différents acteurs en pâtit d'autant. Par ailleurs, ces considérations pèsent également pour l'établissement de données statistiques ou épidémiologiques, pourtant nécessaires à un diagnostic régional partagé, requis pour établir une *stratégie d'action* _ de santé notamment _ adaptée dans ce domaine.

Enfin, une autre difficulté, qui résulte notamment des constats précédents, réside la perception par certains acteurs d'un « hospitalocentrisme » peut-être encore trop présent des consultations pluridisciplinaires. La prise en charge sanitaire des victimes de violences conjugales n'a en effet pas vocation à être nécessairement située dans l'enceinte d'un établissement hospitalier, et se fonde sur l'articulation avec l'action des autres acteurs. En ce sens, la récente sollicitation d'une psychologue pour assurer dans l'association PREVIOS la coordination des consultations pluridisciplinaires violence est un élément intéressant. On peut en effet penser qu'elle est plus habituée dans sa pratique professionnelle à travailler en réseau avec des partenaires d'horizons divers, et entretient peut être, de par ses fonctions, une plus grande *connivence* avec un certain nombre d'acteurs, permettant ainsi d'élargir le réseau, et de sortir de cet « hospitalocentrisme » invoqué. Ces acteurs sont en premier lieux les médecins généralistes, dont nous avons vu le rôle déterminant dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Si le réseau PREVIOS s'installe comme un véritable recours pour ces professionnels, il n'est peut être à ce jour pas suffisamment connu de tous. A cette difficulté s'ajoutent celles liées aux modalités pratiques du fonctionnement des consultations. Ainsi, les horaires limités d'ouverture des consultations[121] limitent le

[121] En Ariège et dans le Tarn et Garonne, les consultations ne sont à ce jour ouvertes que deux demi-journées par semaine

partenariat avec le monde judiciaire, dont le fonctionnement requiert une réactivité importante. C'est ainsi que, parfois, les interlocuteurs des services d'urgences sont privilégiés à ceux des UAV ou CPV, ce qui apparaît évidemment contre productif dans la dynamique d'amélioration de la prise en charge sanitaire des victimes, et, partant, de leur prise en charge *globale*.

× × × × × × × ×

Face aux difficultés de prise en charge sanitaire des victimes de violences conjugales, qui est pourtant une des facettes déterminantes d'un parcours de sortie durable d'une telle situation, la démarche de santé publique initiée vise à participer à pallier un certain nombre de failles identifiées. Si des réalisations et des avancées sont tout à fait notables, certaines limites et freins apparaissent à l'analyse. Ces limites tiennent pour la plupart au caractère récent de la démarche, qui commence finalement tout juste à porter ses fruits, tant les résultats d'un programme de santé publique se ne se font sentir que dans le moyen à long terme. La montée en charge ne peut être que progressive et requiert du temps. C'est pourquoi la poursuite de la démarche selon des modalités adaptées au contexte est déterminante. Ainsi, il semble important qu'elle puisse être perçue comme à la fois pérenne et crédible par l'ensemble des acteurs, et que ses porteurs parviennent à lui conférer une place pertinente dans un dispositif à la fois complexe et en mutation.

Un certain nombre de recommandations peuvent à ce jour être proposées pour aller dans ce sens.

× × × × × × × ×

3 Vers une amélioration du dispositif en Midi Pyrénées: développer l'approche de santé publique tout en lui conférant une juste place au sein d'un système complexe

Alors qu'elle entre dans sa cinquième année de mise en œuvre, la démarche de santé publique portée par le programme thématique « violence et santé » dans le domaine de la lutte contre les violences conjugales doit être pensée dans un sens d'amélioration continue. Le contexte de sa mise en œuvre va être modifié dans les prochains mois, dès lors que le GRSP qui porte la démarche va être fondu dans l'ARS Midi Pyrénées. Il s'agit dès lors de penser, dans un contexte de réforme institutionnelle profonde, vecteur de déstabilisations mais aussi d'opportunités, les modalités d'un meilleur positionnement et d'une amélioration de la démarche de santé publique initiée, tout en ayant le souci de sa pérennisation visible, afin de conforter la dynamique enclenchée.

Si les recommandations qui peuvent être proposées ouvrent à un large champ qui implique de nombreux acteurs à différents niveaux, je me concentre ici sur celles qui concernent les administrations sanitaires et sociales, dans lesquelles s'inscrit le travail de l'IASS. Leur objet est, modestement, de tenter de proposer des pistes pour une amélioration du fonctionnement dispositif de lutte contre les violences conjugales et de prise en charge globale de ses victimes en région Midi Pyrénées. La mise en œuvre de ces recommandations dépend largement des modalités de travail qui vont s'instaurer dans les mois prochains avec l'installation de l'ARS, de ses délégations territoriales, et des délégations régionale et départementale à la jeunesse, aux sports et à la cohésion sociale. C'est pourquoi les questions organisationnelles au sens large sont particulièrement déterminantes aujourd'hui.

3.1 Conforter la démarche et contribuer à la recomposition de l'offre régionale avec un souci d'équité territoriale.

La *démarche de santé publique* initiée doit être ainsi confortée et améliorée dans son contenu dans le domaine de la lutte contre les violences de couple. Cela passe par un renforcement des capacités de diagnostic régional, qui doit fonder toute démarche cohérente de santé publique, et une amélioration de la couverture du territoire régional, appuyée sur ce diagnostic. L'IASS, comme cadre des administrations d'Etat et comme expert des domaines sanitaire et social en lien avec l'action sur le terrain, a pour cela un rôle fondamental à jouer dans le montage et le suivi du projet.

3.1.1 - Asseoir et améliorer la démarche par de développement des capacités de diagnostic régional : l'observatoire régional des violences intrafamiliales.

Une démarche de santé publique se traduit par *les efforts sociaux, politiques, organisationnels, destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières, sur un territoire et sur une thématique donnée*. Si elle s'appuie bien évidemment sur un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis, elle ne peut être pensée qu'à partir d'un diagnostic rigoureux de la situation sur un territoire. C'est pourquoi, à l'aube de la constitution de l'ARS, le projet de création d'un observatoire régional des violences intrafamiliales, qui répond d'ailleurs à une des recommandations posées par les inspections générales dans leur rapport d'évaluation du 2ème plan global[122], doit résolument être relancé et soutenu en région Midi Pyrénées.

L'idée de ce projet, à l'appui de la démarche de santé publique régionale, part du constat du manque de données comparables d'une année sur l'autre quant à la prise en charge *sanitaire* des victimes de violences dans la sphère privée (enfance maltraitée, femmes victimes de violences, autres violences), même si le lancement de la démarche de santé publique menée par le GRSP a permis l'établissement de quelques études et constats. Dans le domaine des violences de couple, il s'agira donc, dans un premier temps, de croiser les pratiques et les systèmes d'information, pour suivre sur la région l'évolution des prises en charge sanitaires. L'objectif, dans ce premier temps, n'est pas de tirer des conclusions sur l'évolution des violences conjugales dans la région, étant donné le nombre important de biais qui en entourent l'analyse _l'ensemble des victimes n'entre pas dans un parcours de prise en charge, dont l'aspect *sanitaire* n'est qu'une facette, l'existence de structures de prise en charge augmente le nombre de déclarations, la structuration d'un système d'information permet de rendre visible l'information existante, etc._ mais bien *d'initier une dynamique*. Au départ, les données analysées seront issues des consultations violence du réseau PREVIOS, des UMJ et, dans une moindre mesure, des services d'urgences, leur système d'information ne permettant pas à ce jour de coder la prise en charge médicale de victimes de violences conjugales[123]. Le système d'information créé devrait par la suite intégrer les médecins traitants et les sages femmes. Il pourrait à terme être le point de départ de la constitution d'un observatoire commun à l'ensemble des acteurs régionaux investis dans la lutte contre les violences conjugales, à l'instar de l'observatoire existant dans le département de Seine Saint Denis[124].

---

[122] CGPC, IGAS, 2006, *Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violences*, p.20. Par ailleurs, une proposition de loi est déposée au bureau de l'Assemblée nationale visant notamment la création d'un observatoire national des violences faites aux femmes (proposition Bousquet / Geoffroy du 25 novembre 2009)

[123] La nomenclature T2A ne comprenant pas cette catégorie.

[124] Créé en 2002 à l'initiative du Conseil général, cet observatoire réunit les partenaires d département investis dans la lutte contre les violences envers les femmes. Il a pour vocation de « favoriser le travail en commun de tous les partenaires, de rendre visible le phénomène des violences faites aux femmes afin de mieux les faire reculer et de proposer des outils pour transformer la réalité »

L'observatoire reste aujourd'hui à l'état de projet en constitution, pour l'heure peu élaboré. L'ORSMIP est missionné par le GRSP pour en étudier la faisabilité et les modalités, qui ne peuvent au départ, pour être réalisables, qu'être d'ambition modeste. Le premier objectif est de définir les indicateurs à suivre, qui feront l'objet d'une publication annuelle. La pertinence du choix de ces indicateurs est évidemment fondamentale. L'ORSMIP sera l'organe chargé de centraliser et d'analyser ces données issues du secteur sanitaire.

Plusieurs conditions à la réussite de ce projet semblent devoir être réunies. Tout d'abord, le choix des l'indicateurs suivis doit faire l'objet d'une concertation organisée entre l'ensemble des acteurs concernés. Il suppose l'établissement de définitions partagées, dont l'éventuelle généralisation avec les acteurs extérieurs au champ sanitaire doit être pensée dès le départ, et doit donc être pensé par un groupe de travail. Ensuite, les acteurs qui produisent les sources d'information identifiées doivent pouvoir être en capacité de transmettre l'information. Au delà des contraintes juridiques liées à la protection des données personnelles à caractère sensible (dont les données médicales font évidemment partie), qui appellent à un masquage, le recueil systématique et informatisé de ces données requiert du temps et des moyens, que les consultations pluridisciplinaires peinent à mobiliser[125], et que les services d'urgences ne sont pas à ce jour en mesure d'assurer. C'est pourquoi une étude approfondie de faisabilité et un chiffrage des moyens humains et financiers nécessaires doivent être effectués en amont du lancement effectif du projet, dans le cadre d'une véritable démarche projet, formalisée comme telle. Sa mise en œuvre devrait impliquer a minima une demi journée par semaine à l'IASS en charge de monter le projet (soit 0,1 ETP) sur une durée de 6 mois. La mobilisation d'un inspecteur semble en effet nécessaire sur ce projet. Par son expertise *spécifique* d'ingénierie sociale, il est en mesure de jouer un rôle fondamental pour monter et défendre ce type de projet, qui suppose de parvenir à mobiliser une volonté politique déterminée de soutien et d'approfondissement de la démarche de santé publique initiée, à la fois par les services des droits des femmes et, surtout, par la direction de la jeune ARS. La déclaration « grande cause nationale pour 2010 », qui pourrait ouvrir une fenêtre d'opportunité pour l'obtention de financements nationaux sur ce type de projet, appelle à une mobilisation rapide en ce sens.

[125] La constitution de bases de données communes aux trois consultations fait cependant l'objet d'une clause de la convention entre le PREVIOS et le GRSP. Le projet est en cours d'aboutissement.

3.1.2 - Renforcer la préoccupation d'équité territoriale dans la conception des outils d'intervention.

La question de l'équité territoriale doit faire l'objet d'une préoccupation permanente de la part des services de l'Etat. Elle est une déclinaison du principe d'égalité, qui fonde notre pacte républicain. C'est pourquoi il est de la responsabilité des administrations sanitaires et sociales, dans l'exercice de leurs missions, de travailler à son établissement, en tenant compte du contexte local. Dans le domaine de la lutte contre les violences conjugales, et particulièrement concernant la prise en charge de ses victimes, la région Midi Pyrénées souffre d'une inégale répartition de l'offre, qui se caractérise par un déficit dans les zones rurales. Il importe donc de penser l'action en santé publique dans ce domaine en fonction d'un tel contexte.

C'est pourquoi, concernant la prise en charge sanitaire des victimes, le développement de projets visant à toucher l'ensemble des « professionnels de première ligne » (soit, dans ce domaine l'ensemble des professionnels de santé), à l'instar du *guide à destination des professionnels de santé*, devrait être poursuivi et approfondi. En ce sens, des actions concernant la formation continue, en lien avec le conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) et la délégation aux droits des femmes devraient pouvoir être envisagées à l'avenir. Il s'agit de veiller à conserver un croisement des regards et un caractère pluridisciplinaire à ces formations. Dans le contexte midi pyrénéen, l'association PREVIOS s'impose en ce sens comme un partenaire à privilégier particulièrement. Les actions d'ores et déjà mises en œuvre doivent donc être poursuivies et approfondies. Le travail de l'association devrait ainsi être davantage médiatisé auprès des professionnels de santé. La réalisation d'enquêtes telles que l'enquête « violence et santé »[126], au delà des résultats qu'elle apporte, permet également de mieux publiciser auprès des intéressés ce lieu ressource. Un partenariat *formalisé* entre l'association, le CROM et la délégation régionale aux droits des femmes devrait être envisagé, en lien avec le service de l'ARS chargé de la prévention en santé[127]. Les protocoles de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes permettront de décliner à échelle départementale le partenariat ainsi créé. Les chargés de mission départementaux aux droits des femmes étant désormais rattachés aux DDCS, l'IASS aura alors un rôle important pour rappeler l'importance de prendre en compte les aspects sanitaires dans ces protocoles.

Concernant l'implantation *géographique* des acteurs et de leurs actions en santé publique, la voie de la mise en œuvre du principe d'équité territoriale est particulièrement étroite, dès lors que les effecteurs du dispositif sont multiples, et que la mise en place de

---

[126] Questionnaire envoyé aux médecins de trois départements toutes spécialités confondues, voir *supra*

[127] La convention en vigueur entre PREVIOS et le GRSP précise que l'association a pour mission de participer à « la formation continue, adressée en priorité aux acteurs de santé sur la complexité médico-psycho-sociale de la violence et son impact sur la santé »

projets nouveaux dans ce domaine requiert des promoteurs disposant d'une expertise et d'une technicité importantes. Les acteurs de terrain et promoteurs de projets ne sont évidemment pas à mettre en cause face au constat de leur inégale répartition, tant la mise en œuvre des politiques publiques sur l'ensemble du territoire doit être une préoccupation avant tout des pouvoirs *publics*, dont l'IASS est, dans les administrations sanitaires et sociales, l'un des agents. Bien qu'on ne connaisse pas à ce jour les modalités exactes de la mise en œuvre de la politique de prévention en région par l'ARS[128], il est d'ores et déjà possible d'envisager des stratégies d'action pour continuer à la susciter[129] en fonction des différents outils qui seront à sa disposition. Que ces outils prennent la forme de contrats pluriannuels ou d'appels à projet, l'instruction des demandes de financements devra ainsi comporter un volet relatif à des interventions dans les territoires non couverts. De même, la structuration de projets de consultations pluridisciplinaires dans les départements n'en disposant pas, et, en particulier, dans le Gers où un projet est en gestation, devra être soutenue, en lien avec l'association PREVIOS. L'octroi des crédits MIG au centre hospitalier d'Auch devra ainsi être étudié dans cette perspective, en lien avec le service établissements de santé.

Le pendant de ce type de choix, qui se révèle, en fonction des moyens financiers alloués à la thématique, dans le fait d'écarter de bons projets dans les territoires où l'offre est plus importante constitue un inconvénient certain. Au regard du diagnostic de territoire midi pyrénéen, la balance entre avantages et inconvénients devrait pourtant mener à tout de même adopter ce critère. La recomposition de l'offre régionale pourra ainsi être menée progressivement. La structuration de l'observatoire régional des violences intrafamiliales devrait en ce sens permettre d'affiner le diagnostic territorial sur lequel se fonde la démarche de santé publique, et venir également conforter les choix posés pour l'instruction des demandes de financement des opérateurs de la région.

3.2 Formaliser le positionnement de la démarche de santé publique au sein d'un système d'acteurs complexe.

Face aux réticences que peut engendrer une approche santé du problème des violences conjugales, il convient de rappeler que la santé publique ne prétend en rien vouloir résoudre les questions de violence seule, mais propose un élément de coordination, sans pour autant vouloir y apporter une dominance. L'expertise de la prise en charge doit être transversale. Le cœur du problème n'appartient pas à un champ particulier, et la prise en charge doit être partagée entre chaque intervenant, qui y a sa place. L'objectif de toute prise en charge est la sortie d'une situation de violence

[128] Voir *infra.*
[129] L'équité territoriale est en effet l'un des axes de l'APP 2009

conjugale pour une victime, et son retour à l'autonomie, et à une vie « normale », ou pour le moins plus sereine. Dans le domaine de la prise en charge sanitaire, les approches biomédicale et médico-légale, nécessaires, doivent être complétées pour aboutir à une prise en charge *globale* et non réduite au symptôme. C'est pourquoi tout phénomène de défiance entre les acteurs doit être soigneusement évité, ou du moins autant que possible *estompé*. Compte tenu des différences d'approche et d'analyse, ainsi que de la charge émotionnelle qui entoure l'approche des violences de couple, cela n'est pas aisé. Il est dès lors important de rappeler que c'est en mettant en réseau les compétences que la prise en charge des victimes peut être réellement améliorée. Chaque acteur doit jouer son rôle, tout en impliquant un réseau partenarial permettant d'assurer une lisibilité, de donner sens au parcours d'une victime. La connaissance interpersonnelle, et surtout la confiance et le respect du rôle de chacun, le dialogue et la rencontre fréquente entre les acteurs sont déterminants pour cela. Un des professionnels de santé que j'ai entretenu m'a ainsi confié que « Orienter un patient vers un autre interlocuteur n'est pas naturel. Ça fonctionne mieux si on se connaît entre professionnels et qu'on a des retours. Sinon, on perd sa victime, et on n'aime pas. C'est pourquoi la coordination est importante. ». Il s'agit de penser les modalités d'un partenariat efficace dans un contexte de réforme, en articulation avec les services des droits des femmes et à légalité.

L'appréhension de la violence conjugale sous un angle santé est résolument nécessaire, et, au vu du schéma _ propre à la sphère privée _ dans lequel elles s'inscrivent, *spécifique*. Cependant, cet angle d'approche doit être toujours articulé à d'autres approches, telles que celle de l'accompagnement des victimes d'infractions pénales dans leur parcours judiciaire, ainsi que, notamment, celle de la lutte contre l'ensemble des violences faites aux femmes, qui est par ailleurs l'angle d'approche souvent privilégié par les acteurs associatifs, ainsi que par les délégations aux droits des femmes. Ainsi, si ces acteurs participent au réseau violence et santé, il s'agit *d'inscrire également plus avant la démarche de santé publique au sein d'un dispositif plus global où elle a sa place*. Ce afin de favoriser de manière plus aboutie les complémentarités qui doivent émerger.

Il est dès lors nécessaire de revenir sur les principes qui fondent l'action, et de particulièrement expliciter la place et le rôle de chaque acteur dans le dispositif. C'est pourquoi une formalisation des partenariats, et des missions de chacun dans ce dispositif est particulièrement déterminante, à échelle des « acteurs de première ligne spécialisés » comme à échelle plus organisationnelle de la coordination entre les acteurs.

3.2.1 - Le dispositif des référents départementaux : un projet de décloisonnement des acteurs « spécialisés » de la prise en charge des victimes de violence conjugale, dans lequel les acteurs de santé doivent avoir leur place.

Ainsi, la mise en œuvre du dispositif des référents violence conjugale dans l'ensemble des départements, annoncé par le gouvernement est à investir notamment par les acteurs de santé. Ce dispositif, prévu par le deuxième plan global, et réaffirmé par le plan global 2008-2010[130] consiste à identifier, à échelle départementale une personne morale chargée d'assurer un suivi de la situation de chaque femme victime accompagnée, sans se substituer aux autres acteurs locaux intervenant auprès des femmes victimes de violences. Il n'a pas été mis en œuvre à ce jour en Midi Pyrénées, notamment du fait de problèmes liés à l'identification *d'une* structure référente, alors que plusieurs associations existent sur chaque territoire (la labellisation d'une structure se révélant alors déstabilisante). Le gouvernement a cependant récemment annoncé sa volonté de relancer ce dispositif, en lançant à l'occasion de la journée internationale contre les violences faites aux femmes 2009 qu'il souhaite que les référents soient mis en place dans tous les départements d'ici la fin du premier semestre 2010[131].

Le dispositif des référents vise avant tout à pallier la dispersion et le cloisonnement des structures de soutien pour les victimes de violences conjugales. Sa réussite est donc pendue à la participation de l'ensemble des catégories d'acteurs concernés. C'est pourquoi à l'heure où les chargés de mission aux droits des femmes et à l'égalité, qui sont chargées de mettre en place le dispositif, sont rattachés aux délégations départementales de cohésion sociale, il s'agit pour les acteurs de santé agissant dans la thématique des violences conjugales de veiller, s'il est mis en œuvre, à y tenir une place, qui doit bien évidemment aller au delà des aspects biomédicaux et médico-légaux. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale aura ainsi un rôle déterminant pour rappeler les enjeux fondamentaux de santé publique qui entourent la thématique, et éviter une appréhension nécessaire mais non suffisante sous l'angle *social* d'une problématique qui englobe des enjeux beaucoup plus larges. Le délégué régional aux droits des femmes et à l'égalité, rattaché directement au SGAR, doit notamment veiller au maintien de l'inter ministérialité et de la pluridisciplinarité des approches de la lutte contre les violences conjugales. Cependant, des incertitudes pèsent encore quant à sa présence effective en région Midi Pyrénées, le poste étant de fait vaquant depuis 2006. Il s'agira dès lors pour l'inspecteur du service santé publique et prévention de l'ARS de particulièrement veiller à inscrire les

---

[130] Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes. La circulaire du 14 mai 2008 relative à la mise en place de «référents» pour les femmes victimes de violences au sein du couple en prévoit les modalités d'application.

[131] Allocution du premier ministre à l'occasion de la journée internationale contre les violences faites aux femmes (25 novembre 2009). Cependant, les services des droits des femmes de la région (jointes par téléphone) expriment leurs réticences vis à vis de la labellisation de référents dans le contexte midi pyrénéen.

acteurs de la prise en charge sanitaire des victimes comme partenaires à part entière du dispositif.

3.2.2 - Les protocoles de lutte contre les violences faites aux femmes : un outil à investir

Ensuite, de la même manière que les acteurs sanitaires « de première ligne » doivent s'intégrer *formellement* au réseau partenarial de prise en charge des victimes de violences conjugales, les acteurs de la démarche de santé publique développée dans la région doivent intégrer plus avant le niveau *organisationnel* (ou encore « politique » au sens noble du terme) de la lutte contre ces violences. Non pour en diminuer la place d'autres acteurs mais bien dans un objectif commun d'amélioration de l'efficacité du dispositif.

Les commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes, fondues dans les conseils de prévention de la délinquance[132], ne sauraient ainsi s'abstraire de l'approche *sanitaire* du phénomène. Les protocoles départementaux de lutte contre les violences faites aux femmes sont en cela un outil fondamental. En effet, le protocole est un outil amené à se développer plus avant, notamment par la fixation d'indicateurs chiffrés[133]. Les indicateurs de santé publique définis par la démarche animée par les administrations sanitaires doivent en faire partie en amont de la création éventuelle d'un observatoire des violences intrafamiliales, tant « la maturation de ce type de document s'inscrit dans le temps afin de dépasser la simple description des actions »[134]. Cette participation est d'autant plus déterminante que la réforme de 2006, en fondant les commissions dans les conseils de la délinquance ont eu pour effet de « déplac[er] progressivement le centre de gravité de la politique de lutte contre ces violences de la sphère médico-sociale vers la sphère médico-judiciaire (...). La création du fond interministériel pour la prévention de la délinquance (FIPD) en 2007 a encore renforcé ce tropisme puisque ces commissions deviennent, en matière de prévention de la délinquance, le lieu d'articulation avec la politique de la ville »[135]. En effet, si placer cette politique publique sous l'égide de la prévention de la délinquance permet de mieux articuler l'action du préfet et du procureur, et fait le lien avec la politique de la ville, les volets sanitaire, social et surtout de l'autonomie des femmes ne devraient pas y être

---

[132] Une formation commission de lutte contre les violences conjugales a été mise en place dans tous les départements à l'exception de l'Ariège.
[133] Assemblée Nationale, 2009, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*, p.276. Cette préconisation est partagée tant par les inspections générales que les députés et sénateurs dans leurs rapports respectifs sur le sujet. Le gouvernement a annoncé le renforcement de cet outil à l'occasion de la déclaration *grande cause nationale.*
[134] IGA, IGPN, IGSJ, IGAS, 2008 Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes, p.31/32
[135] *Ibid.*

délaissés. Afin de pallier cet écueil, les protocoles départementaux doivent résolument être pensés comme des outils propres à organiser l'articulation de *l'ensemble* des politiques publiques impliquées dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Les acteurs *décisionnels* de la démarche de santé publique mise en œuvre doivent donc y participer.

Or en Midi Pyrénées, si les DDASS sont partie prenante de l'outil, directement ou via le préfet de département, le GRSP, dont le ressort territorial est régional, n'y est pas associé directement. Si cet état de fait peut se comprendre dans la configuration institutionnelle existante avant la réforme des ARS (les DDASS assurant la liaison avec la dynamique régionale), il s'agit désormais d'inscrire résolument et directement l'ARS dans le dispositif. L'attention du directeur général de l'ARS devra ainsi être attirée sur l'importance de la participation de l'institution au dispositif, de même que celle des chargés de mission aux droits des femmes. L'inspecteur, qui doit disposer d'une forte expertise en termes d'ingénierie sociale et de connaissance des dispositifs et structures de terrain, a ainsi pour mission cette veille et la d'information pour les décideurs.

La *formalisation* des relations entre les partenaires, à niveau opérationnel comme à niveau décisionnel permet également de clarifier les règles de financement des différentes structures et catégories d'acteurs. Ce afin d'éviter certaines formes de défiance liées à un sentiment de captation éventuellement « opportuniste » de crédits publics par certains acteurs, qui existent parfois, ainsi que me le confiait un responsable de structure : « Tous les professionnels rencontrent des femmes victimes de violences, puisque une femme sur dix en est victime en France. Aujourd'hui, comme s'occuper de femmes victimes de violences devient une potentielle source de financement, de nombreuses institutions disent aujourd'hui les prendre en charge, ce qu'elles ne faisaient pas auparavant [puisque les lignes de financement n'existaient que peu] ». Si elles signent une avancée dans la lutte contre les violences conjugales, ces problématiques risquent de constituer de réels freins dans la constitution d'un réseau d'acteurs coordonnés, et, partant, l'amélioration des filières de prise en charge notamment sanitaire, sociale et judiciaire. C'est pourquoi les réseaux formalisés de référents, et le partenariat via les protocoles permet d'expliciter et de publiciser le rôle et la place de chacun, sous la houlette de la délégation aux droits des femmes, pilote de la mise en œuvre d'une politique publique au sens entier du terme.

3.3 Penser la pérennité de la démarche dans la perspective de la mise en place de l'ARS et des DRJSCS et DDCS

L'ARS se substituera, probablement au début du 2eme trimestre 2010, aux DDASS-DRASS, ARH, GRSP, URCAM, à la MRS et, pour l'essentiel des ses compétences maladie, à la CRAM. Les modalités de travail inscrites dans le futur schéma régional de prévention, volet du projet régional de santé de l'ARS, ne sont pas encore connues dans le détail[136]. La loi HPST prévoit que «au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion (...) des crédits (...) destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires » [137], laissant ainsi à chaque ARS la liberté d'organiser la priorisation des actions à mettre en œuvre en fonction des priorités nationales et du contexte local. Il a en effet pu être noté dans certaines instances consultatives qu'« il est patent que le texte législatif projeté ne développe guère le contenu du schéma régional de prévention contrairement aux autres documents attendus de l'agence »[138]***.*** L'exposé des motifs de la loi indique cependant que des programmes déclineront les modalités de mise en œuvre des schémas, mais ils ne sont pas listés concernant la prévention en santé. L'organisation classique envisagée impliquera un pôle de promotion, de prévention, et des programmes de santé (« 3PS ») qui assumera les missions de santé publique remplies par les GRSP. Il s'agit donc, pour l'IASS, de penser et être à même de présenter (ou défendre) auprès des décideurs régionaux d'une part la pertinence, et d'autre part la continuité des actions engagées en matière de lutte contre les violences conjugales dans une approche de santé publique en configuration GRSP.

La publication du plan violence et santé, prévue par la loi de santé publique de 2004 serait bien sûr un appui intéressant en ce sens. Cependant, l'IASS n'a, à son niveau, pas de prise sur ce sujet au delà d'une interpellation de sa hiérarchie pour défendre son opportunité dans les arènes concernées. Il devra par contre rappeler la déclaration « grande cause nationale 2010 » de la lutte contre les violences faites aux femmes, et, surtout, rappeler que les actions mise en œuvre dans ce champ le sont au titre de l'application d'une politique publique « normalisée », impulsée à niveau national. Cette vigilance nécessaire a par ailleurs été rappelée par l'IGAS en 2006, lorsque l'inspection affirme que «Dans la plupart des cas, la référence à la mise en œuvre d'une politique publique passe après l'expression d'une position personnelle sur le degré d'importance attaché par chaque responsable à cette action. Cette situation ne nous

---

[136] C'est pourquoi par exemple en région Midi Pyrénées l'APP est mis en œuvre pour 2010 avec des modalités aménagées. Ainsi, les opérateurs dont des projets ont été sélectionnés en 2008 et/ou 2009 vont se voir accorder un financement pour reconduire des actions de santé publique, sous condition de vérification de leur pertinence sur la base d'une grille de critères d'instruction des actions et d'une analyse des bilans intermédiaires et finaux transmis par ces structures.
[137] Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, titre IV, article 118.
[138] CNS, 2009, *Avis relatif au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires* », p.7

paraît pas acceptable, surtout chez les représentants de l'Etat car elle entraîne de grandes distorsions sur le degré d'application des lois, décrets et circulaires, selon les territoires et les époques »[139]. Il importe donc de rappeler que le plan global 2008-2010 de lutte contre les violences envers les femmes insiste sur la place fondamentale des services et professionnels de santé quant à la réussite des objectifs du plan, et le rôle que les administrations en charge des politiques sanitaires ont à jouer sur ce point.

3.3.1 - Evaluer la démarche de santé publique « violence et santé » dans son volet lutte contre les violences conjugales pour penser la continuité.

La mise en œuvre du programme thématique « violence et santé », si elle a été relancée depuis 2006 avec la constitution du GRSP, est mise en œuvre dans la région depuis 5 ans. A l'aube de la constitution de l'ARS, le moment peut sembler opportun pour envisager une évaluation de sa mise en œuvre dans le champ de la lutte contre les violences conjugales. Ce volet du programme est en effet, comme il a été montré plus haut, une part essentielle de ce programme de santé publique. Si la pertinence d'une approche de santé publique de la violence de couple semble établie, et est par ailleurs prévue par différents textes juridiques touchant la question, les modalités de sa mise en œuvre pourraient être questionnées. En effet, si la configuration actuelle me semble, à titre personnel, être appropriée, une réflexion plus aboutie pourrait être menée sur ce sujet. Au vu des enjeux en termes de jeux d'acteurs qu'elle implique pour porter ses fruits dans la lutte contre les violences conjugales, l'intervention en santé publique dans le domaine des violences conjugales doit en effet être positionnée de manière aussi adaptée que possible. Il s'agit dès lors d'évaluer les modalités de sa mise en œuvre actuelle quant à la manière dont elles permettent d'atteindre ses objectifs.

Il peut être retenu du programme thématique dans le domaine des violences conjugales deux objectifs principaux : celui de lutte contre l'apparition du phénomène d'une part, et d'amélioration de la prise en charge *sanitaire* de ses victimes (objectif intermédiaire), en vue d'une participation à l'amélioration de leur prise en charge *globale* (objectif final) d'autre part. Si l'évaluation de la prévention primaire _ actions de promotion de la santé pour agir sur les déterminants de l'apparition du phénomène _ semble difficile à mettre en œuvre, tant les vecteurs du changement social sont complexes et investissent des facteurs multiples, la prévention secondaire et tertiaire peut semble-t-il faire l'objet d'une étude plus circonstanciée.

---

[139] CGPC, IGAS, 2006, *Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violences,*

Ainsi, au moins deux questions évaluatives pourraient être posées :

La mise en œuvre du programme thématique « violence et santé » permet-elle d'atteindre ses objectifs dans le domaine des violences conjugales ?

Il s'agit ici de tenter d'objectiver la plus value dans ce champ de la mise en œuvre de ce programme. Les critères dévaluation pourraient être l'évolution du degré de sensibilisation des professionnels de santé de la région aux problématiques afférentes à la thématique, celle de leur connaissance, participation et coopération avec le réseau d'acteurs investi dans celle-ci, le degré de participation des partenaires d'autres secteurs à la démarche, et celui des instances sanitaires aux instances spécifiques au thème (commission de lutte contre les violences conjugales...).

Le positionnement de ce thème dans le programme thématique « violence et santé » est-il adapté ?

Au regard des spécificités de la violence de couple, son positionnement dans un programme touchant l'ensemble des violences et leurs conséquences sur la santé est questionné par certains acteurs. On peut dès lors interroger ce positionnement en se demandant, par exemple, si un programme de santé publique spécifiquement axé sur les violences de couple, ou, plus largement les violences intrafamiliales, ou encore les violences _ de nature conjugales ou non _ faites aux femmes, ou tout autre positionnement permettrait un fonctionnement plus effectif du dispositif global. Les impacts et recompositions de réseaux seraient alors bien sûr à prendre en compte.

Ces questions seraient évidemment à affiner dans la concertation entre les acteurs du groupe thématique et, plus globalement, les acteurs sanitaires de la région d'une part, et les acteurs spécifiquement investis dans la thématique d'autre part. La réalisation de ce travail pourrait faire l'objet d'un marché auprès d'un cabinet de conseil, mais pourrait aussi être pris en charge en interne. En effet, le GRSP qui est riche d'une équipe pluridisciplinaire étoffée, constituée d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale hors classe, d'un médecin et d'une infirmière de santé publique, de deux contractuels de catégorie A, ainsi que de deux cadre B, semblerait en mesure d'assurer l'encadrement de la réalisation d'une telle évaluation. Au vu de la masse de travail qu'elle implique, l'engagement d'un agent contractuel ou d'un stagiaire en fin d'étude de type master 2 expertise des politiques publiques[140] pourrait être envisagée sur une durée de quatre à six mois pour effectuer ce travail sous l'encadrement étroit de l'équipe du GRSP ou du service de l'ARS en charge de la santé publique.

[140] Comme il en existe, par exemple, à l'institut d'études politiques (IEP) de Toulouse

3.3.2 - Rendre la démarche plus lisible et plus visible en sécurisant ses opérateurs.

« L'important, c'est, une fois qu'un mode d'organisation est décidé, que les choses soient claires. Les médecins adhéreront si les choses sont bien claires, et simples. Faciles.»

Cette phrase, prononcée par un professionnel de santé, pourrait tout autant l'avoir été par un autre « professionnel de première ligne non spécialisé » d'un autre secteur. Les décisions faisant suite à l'évaluation du dispositif actuel devront évidemment prendre en compte la dimension perturbatrice de tout changement d'ordre organisationnel au sein d'un dispositif. Ainsi, suite à la mise en place de l'ARS, les modalités de mise en œuvre d'actions de santé publique dans le domaine des violences conjugales devront être établies à l'issue d'un processus réflexif concerté entre les acteurs, auxquels devrait s'ajouter le jeune Ordre des infirmiers, dont les premiers conseils régional et départementaux ont été élus en 2008. Ce processus réflexif devra amener à bien expliciter le rôle et la fonction de chacun dans la démarche.

La mise en place de l'ARS et la régionalisation des politiques de santé qu'elle implique se présente ainsi comme une opportunité de donner une « simplicité », une cohérence accrue aux programmes mis en œuvre. En particulier, la formalisation des relations entre les acteurs devrait amener à sécuriser les opérateurs principaux dans le cadre de conventions pluriannuelles, comme c'est le cas avec l'association PREVIOS. Cet outil présente en effet l'avantage de conférer à des opérateurs identifiés comme véritables *partenaires* dans la mise en œuvre d'une politique publique une visibilité financière nécessaire à la mise en place de projets durables. Il est aussi un outil de clarification du rôle de chacun au sein d'un dispositif *complexe*. Le système des appels à projets annuels viendra ainsi en appui, sur des priorités spécifiques et ponctuelles, dont le financement n'a pas vocation à être renouvelé d'une année sur l'autre. Il s'agira également, dans le champ hospitalier, d'impulser le renforcement de l'utilisation d'outils et de protocoles destinés à la prise en charge des victimes de violences, tout particulièrement dans les services d'urgences. Cette mesure devra ainsi être établie en lien avec le service de l'ARS en charge du suivi des établissements de santé.

Cette formalisation des relations, outre ses avantages dans la clarification des jeux d'acteurs, permettra dans le cadre d'une régionalisation accrue des politiques de santé de participer à limiter dans le champ sanitaire l'écueil soulevé de l'existence d'un « foisonnement de pratiques innovantes… mais confidentielles »[141]. Elle devra bien entendu continuer d'être soutenue par une communication autour des projets mis en

[141] CGPC, IGAS, 2006, *Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violences,* p.2

œuvre, au travers de la rencontre des acteurs régionaux (et, également, pour des retours d'expérience, à échelle nationale), mais aussi dans des cercles professionnels plus larges, et via les différentes publications institutionnelles, telles que le magazine « Vecteur Santé », dont la rédaction est actuellement portée par le GRSP MIP, et destiné aux acteurs de la santé publique régionale.

Conclusion

A l'issue de cette étude, il semble nécessaire de revenir sur la question posée dans son titre: *quelle place pour une approche de santé publique dans la lutte contre les violences conjugales ?* En effet, si la démarche développée en Midi Pyrénées comporte des singularités inhérentes aux caractéristiques de cette région, quelques enseignements plus généraux semblent pouvoir en être tirés.

La violence comme thème de santé publique éclaire tout particulièrement les rapports difficiles que cette discipline entretient avec d'autres disciplines. Il faut retenir que l'approche de santé publique est un « regard » sur ce fléau qui ne s'abstrait pas d'autres regards, social, de réflexion sociale, ou encore répressif. Ainsi, la santé publique ne prétend en rien vouloir résoudre les questions de violence seule, mais propose un élément de coordination, sans pour autant vouloir y apporter une dominance : « procédant par analogie avec d'autres problèmes médicaux et sociaux, elle ne place pas les aspects *santé* comme prioritaires sur les autres, mais insiste sur le nécessaire concours pluridisciplinaire, plus évident encore dans ce domaine que dans beaucoup d'autres»[142]. Une approche de santé publique peut ainsi permettre de répondre en partie, dans le domaine de la santé, aux problèmes identifiés dans le dispositif de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Elle se révèle dès lors pleine de promesses.

La légitimité d'une intervention en santé publique dans ce thème n'est aujourd'hui remise en cause par aucun acteur, et est bien au contraire vivement souhaitée au vu des enjeux qui l'entourent. C'est donc en termes de positionnement au sein d'un système d'acteurs complexe que la place d'une approche de santé publique doit être pensée, pour permettre que sa mise en œuvre ait des effets à la hauteur des attentes qu'elle soulève.

Si des réponses ne sauraient exister dans l'absolu, on peut dégager quelques enseignements qui devraient guider la mise en place d'une démarche dans ce domaine :

- Il s'agit, d'abord, de placer la démarche de santé publique comme un angle d'analyse d'un phénomène complexe et ouvrant à des champs d'analyse variés ;
- Il est ensuite nécessaire d'appréhender la prise en charge sanitaire des victimes de violences conjugales comme une facette d'une prise en charge globale, qui doit nécessairement être pluri partenariale ;

[142] Jean-Dominique Lormand, médecin directeur au Service de la santé de la jeunesse de Genève, cité *in* Université d'été francophone en santé publique, 2008, « La violence, un problème de sécurité publique ou de santé publique ? »

- Il semble également tout à fait déterminant de clarifier et de formaliser le rôle et les relations entre les différents partenaires du dispositif, afin d'articuler les actions de chacun de manière efficace ;

- Dès lors que la démarche est initiée par les pouvoirs publics, l'équité de traitement sur le territoire concerné doit résolument être appréhendée ;

- Enfin, il est à prendre en compte que les effets d'une démarche de santé publique dans cette thématique mettent du temps à apparaître, et nécessitent une stabilité et une lisibilité des dispositifs mis en œuvre.

Fondamentalement, il importe de toujours garder à l'esprit que l'objectif de toute intervention dans ce champ est de participer à l'efficacité _ voire, à l'efficience _ du dispositif de lutte contre les violences conjugales, et de permettre aux victimes un parcours de sortie d'une telle situation le moins douloureux possible. L'enjeu en est, dans le contexte actuel, absolument fondamental.

Bibliographie

• Textes juridiques

Textes internationaux

ONU

Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993

Résolution 58/147 du 19 février 2004 de l'Assemblée Générale de l'ONU sur l'élimination de la violence familiale à l'égard des femmes

Conseil de l'Europe

Recommandation Rec(2002)5 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la protection des femmes contre la violence adoptée le 30 avril 2002

Union Européenne

Décision n°779/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2007 établissant pour 2007-2013 un programme spécifique visant à prévenir et à combattre la violence envers les enfants, les jeunes et les femmes et à protéger les victimes et les groupes à risque (programme Daphné III) dans le cadre du programme général «Droits fondamentaux et justice»

Jurisprudence européenne

Cour européenne des droits de l'homme Arrêt de Chambre, 2009 Opuz c. Turquie : obligation pour les Etats de prévoir des mesures de protection contre la violence domestique.

Lois République française

- Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive
- 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°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance
- Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Textes réglementaires

- Décret n°2001-1240 du 21 décembre 2001 portant création d'une Commission nationale contre les violences envers les femmes
- Décret n°2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives
- Décret n°2009-587 du 25 mai 2009 relatif aux missions des secrétaires généraux pour les affaires régionales
- Décret n°2009-624 du 6 juin 2009 relatif à certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
- Décret n°2009-398 du 10 avril 2009 relatif à la communication de pièces entre le juge aux affaires familiales, le juge des enfants et le juge des tutelles

Circulaires

Circulaires fondamentales dans la thématique

- 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
- Circulaire SDFE n° 2001-210 du 9 mai 2001 relative à la mise en place au niveau local du plan d'action triennal contre les violences envers les femmes
- Circulaire du 24 janvier 2006 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales
- Circulaire SDFE/MCRD n° 2006-555 du 31 décembre 2006 relative aux instructions d'élaboration du rapport annuel d'activité des délégué(e)s région(ales)aux et des chargé(e)s de mission départementaux(ales) aux droits des femmes et à l'égalité
- Circulaire SDFE/DPS no 2008-159 du 14 mai 2008 relative à la mise en place de «référents» pour les femmes victimes de violences au sein du couple
- Circulaire NOR INT K 09 000 17C du 23 janvier 2009 relative aux orientations du fonds interministériel de prévention de la délinquance pour 2009 (la circulaire pour 2010 n'est pas encore publiée à ce jour)

Circulaires concernant le domaine médical

- Circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles
- Circulaire du 27 février 1998 (DH/AF1/98/n°137) relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence

- Circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique

Circulaires concernant le logement et l'hébergement

- Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, Lettre-circulaire du 7 juin 2001 relative aux plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées et aux fonds de solidarité pour le logement
- Circulaire du 20 mars 2006 relative à l'assistance aux victimes de violences au sein du couple
- Circulaire interministérielle DGAS/SDFE/1A/DPS no 2008-238 du 18 juillet 2008 relative à l'expérimentation de l'accueil familial des femmes victimes de violences au sein du couple
- Circulaire interministérielle NSDFE/DPS/DGAS/DGALN no 2008-260 du 4 août 2008 relative à l'hébergement et au logement des femmes victimes de violences

Circulaires concernant le domaine judiciaire

- Circulaire du 19 avril 2006 présentant les dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la 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

Circulaires concernant le domaine de la prévention

- Circulaire n°2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et lutte contre la violence en milieu scolaire
- Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

Autres textes

- Plan global triennal (2008-2010) « Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes »
- Plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes
- Charte de l'égalité entre les hommes et les femmes, 2004
- Convention UNEDIC du 18 janvier 2006 relative au retour à l'emploi et à l'indemnisation du chômage (dispositions relatives au droit à l'indemnisation du chômage des femmes dont la démission est liée à un départ du domicile du fait de violences conjugales)
- Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons du 29 juin 2006 (9 ministères engagés)
- Convention PREVIOS – GRSP MIP Cahier des charges portant sur la coordination du réseau des consultations pluridisciplinaires « violence » mises en place dans les sites hospitaliers, par l'association réseau PREVIOS

• Ouvrages

- Bourdieu P, 1998, *La domination masculine*, ed. Points Seuil, 134p.
- Brenot P, 2008, *Les violences ordinaires des hommes envers les femmes*, ed. Odile Jacob, 219p.
- Charrier F (sous la dir. de), 2008 *Les personnes vulnérables protection et accompagnement des majeurs en difficulté*, ed Erès, 173p.
- Collectif de femmes, préface Liseron Boudoul, 2006, *Nous, femmes battues entre espoir et désespoir*, ed Hugodoc, 168p.
- Coutanceau 2006 *Amour et violence, le défi de l'intimité* ed. Odile Jacob, 255p.
- Dupont Y, 2003 *Dictionnaire des risques*
- Freire P., 2001, *Pédagogie des opprimés*, Paris, La découverte, 151p.
- Hirigoyen MF, 2005, *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*, ed Pocket, 311p.
- Kauffmann JC, 2001, *L'entretien compréhensif*, Ed. Nathan, 128p.
- Lacronique JF, 2005, *Santé publique*, ed Lamarre, 183 p.
- Madou G, 2007 *Violences conjugales faire face pour en sortir. Toutes les aides, les démarches et les adresses utiles*, éd du puits fleuri, collection le conseiller juridique pour tous 250p.
- Souffron K, 2000 *Les violences conjugales*, ed Milan, 42p.
- Teissier S, Andréys JB, Ribeiro MA, 2004, *Santé publique, santé communautaire,* ed Maloine, 341p.

• Articles

- Baleyte JM, 31 mai 2002, « Violences conjugales : les médecins ont un devoir d'ingérence » *Impact médecin*
- Baudier *et* alii, 30 mars 2002 « prévenir la violence » *Le concours médical n°12*
- Comité régional des politiques de santé Midi Pyrénées, juillet 2004, « dossier Violences et santé » *Vecteur santé n°12*
- Debats F *et* alii, 2009 « Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales »,EMPAN n° 73, p. 57-69.
- D'Hauwe P., novembre 2006 « Le médecin généraliste face à la violence conjugale »*, La Revue de la Médecine Générale n°237*
- DREES, 2006, « La prise en charge des femmes victimes de violences dans les structures d'hébergement d'urgence en Pays de la Loire »*, Enquête Evénements de vie et santé, n°37*
- Jaspard M, décembre 2007, « au nom de l'amour : les violences dans le couple » *Informations sociales* n°144

- Lebas J, septembre 2001 « Santé et violence conjugale : quels enjeux pour les professionnels de santé ? » *Actualité et dossier en santé publique*
- Morvant C *et alii*, 26 septembre 2005 « Violences conjugales, comment dépister, prendre en charge, orienter les victimes ? », *La revue du praticien vol. 39*
- Observatoire national de la délinquance, 2008 *« Plus de 47 500 faits de violences volontaires sur femmes majeures par conjoint ou ex-conjoint ont été enregistres par la police et la gendarmerie en 2007, soit 31 % de plus qu'en 2004 » Bulletin statistique de l'OND, grand angle, n°14*
- Oustric S, Grill S, Telmon N, mars 2009, « ITT au sens penal… », *La revue du praticien (supplément) vol.59*
- Pagneux, 18 novembre 2005 « limiter les effets de la violence sur la santé » *Actualités sociales hebdomadaires, n°2430*
- PREVIOS, 2009, *Prévenir la violence en Midi-Pyrénées, le développement du projet PREVIOS.* (Disponible sur le site du GRSP Midi Pyrénées ou de l'association PREVIOS)
- Université d'été francophone en santé publique, 2008, « La violence, un problème de sécurité publique ou de santé publique ? » *Actes de l'Université d'été francophone en santé publique 2008*

• Rapports

Rapports généraux sur les violences conjugales

- INED, 2000, *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*, La Documentation française, 350p.
- Sénat, 2005, *Rapport d'information relatif à la lutte contre les violences dans les couples*, 94p.
- ONU, étude du secrétaire général des Nations Unies, 2006, *Mettre fin à la violence à l'égard des femmes*, 151p.
- Amnesty international, 2006, *Les violences faites aux femmes en France, une affaire d'Etat*, ed. Autrement, 202p.
- CGPC, IGAS, 2006, *Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violences*, 30p.
- CRESGE (J.-P. Marissal, C. Chevalley), 2007 *Évaluation des répercussions économiques des violences conjugales en France,* Paris, La Documentation française, 126p.
- Sénat 2007, *Rapport d'information sur la mise en application de la loi du 4 Avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineur*, 43p.
- Délégation aux victimes, ministère de l'intérieur, 2008, *Etude nationale sur les décès au sein du couple en 2007*, 19p.

- ONED, SDFE, 2008 *Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ?* 23p.
- IGA, IGPN, IGSJ, IGAS, 2008, *Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes*, 60p.
- Assemblée Nationale, 2009, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*, 287p.

Rapports spécifiques aux aspects sanitaires des violences conjugales

- OMS, 1997, *La violence envers les femmes, une priorité de santé publique*, 38p.
- Henrion R, 2001, Rapport au Ministre chargé de la Santé *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, 28p.
- OMS, 2001, *Rapport mondial sur la violence et la santé (résumé),* 21p.
- HCSP, 2004, *Violence et santé*, 118p.
- HCSP (Turz, A), 2005, *Violence et santé Rapport du Haut Comité de Santé Publique* Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 Collection avis et rapports, rennes Ed ENSP, 160p.
- CREDES, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008 *Etude-action Améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital* : rapports « Etude qualitative », « rapport enquête prise en charge à l'hôpital des victimes », « Monographie site Toulouse », « Synthèse monographies », « rapport final »
- CNS, 2009, *Avis relatif au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires* », 11p.

Guides aux professionnels

- Ministère de la justice, service d'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville, 2006 *Guide méthodologique* « *les associations et la lutte contre les violences au sein du couple* », 63p.
- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité, 2008, *Lutter contre la violence au sein du couple - le rôle des professionnel*, 47p.

Rapports régionaux

- BAZEX H, THOMAS A, 2006, *Etat des lieux de l'accueil des victimes de violence dans trois départements de Midi-Pyrénées*, Réseau Qualité Midi-Pyrénées, 171p.
- PREVIOS, 2009, *Projet régional de prévention de la violence en région Midi Pyrénées, rapport d'activité 2008*, 49p.
- PREVIOS, 2009 *Enquête violence et santé*, 50p.

• Sites internet

Sites institutionnels nationaux

www.stop-violences-femmes.gouv.fr: Site du gouvernement dédié aux violences conjugales (à destination des victimes et des professionnels).

http://www.gouvernement.fr/gouvernement/la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes: Page du site du gouvernement sur la politique de lutte contre les violences conjugales.

http://www.igas.gouv.fr: Site IGAS (les rapports publics depuis 2008 y sont téléchargeables)

http://www.inhes.interieur.gouv.fr: Site de l'INHESJ (Les publications de l'OND y sont téléchargeables)

http://www.seine-saint-denis.fr: Site du Conseil Général de Seine Saint Denis (informations sur l'observatoire départemental des violences envers les femmes)

Sites associatifs

http://www.solidaritefemmes.asso.fr : Site de la FNSF

http://www.inavem.org: Site INAVEM :

http://www.infofemmes.com: Site CNIDFF

http://www.planning-familial.org: Site MFPF:

http://www.sosfemmes.com: Site informatif de l'association SOS femmes accueil (Haute Marne)

Sites régionaux

http://www.midi-pyrenees.pref.gouv.fr/web/Portail_Midi-Pyrenees/498-delegation-regionale-aux-droits-des-femmes-et-a-l-egalite.php: Page du site de la préfecture de région relative à la délégation aux droits des femmes et à l'égalité.

http://www.sante-publique-mip.fr: Site GRSP Midi Pyrénées

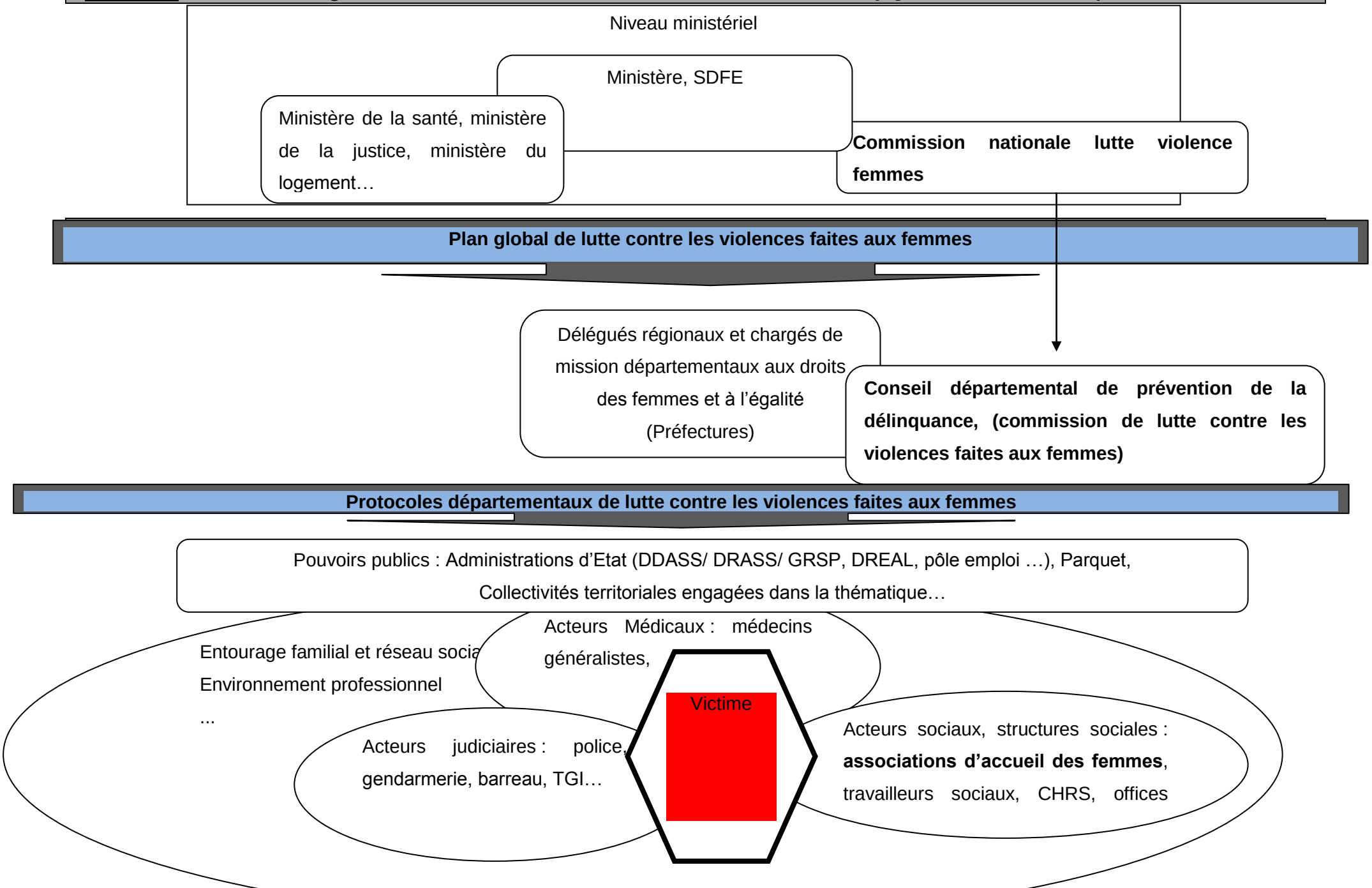
http://www.reseauprevios.fr: Site de l'association PREVIOS

http://www.infofemmes-mp.org: Site de l'union régionale des CIDFF

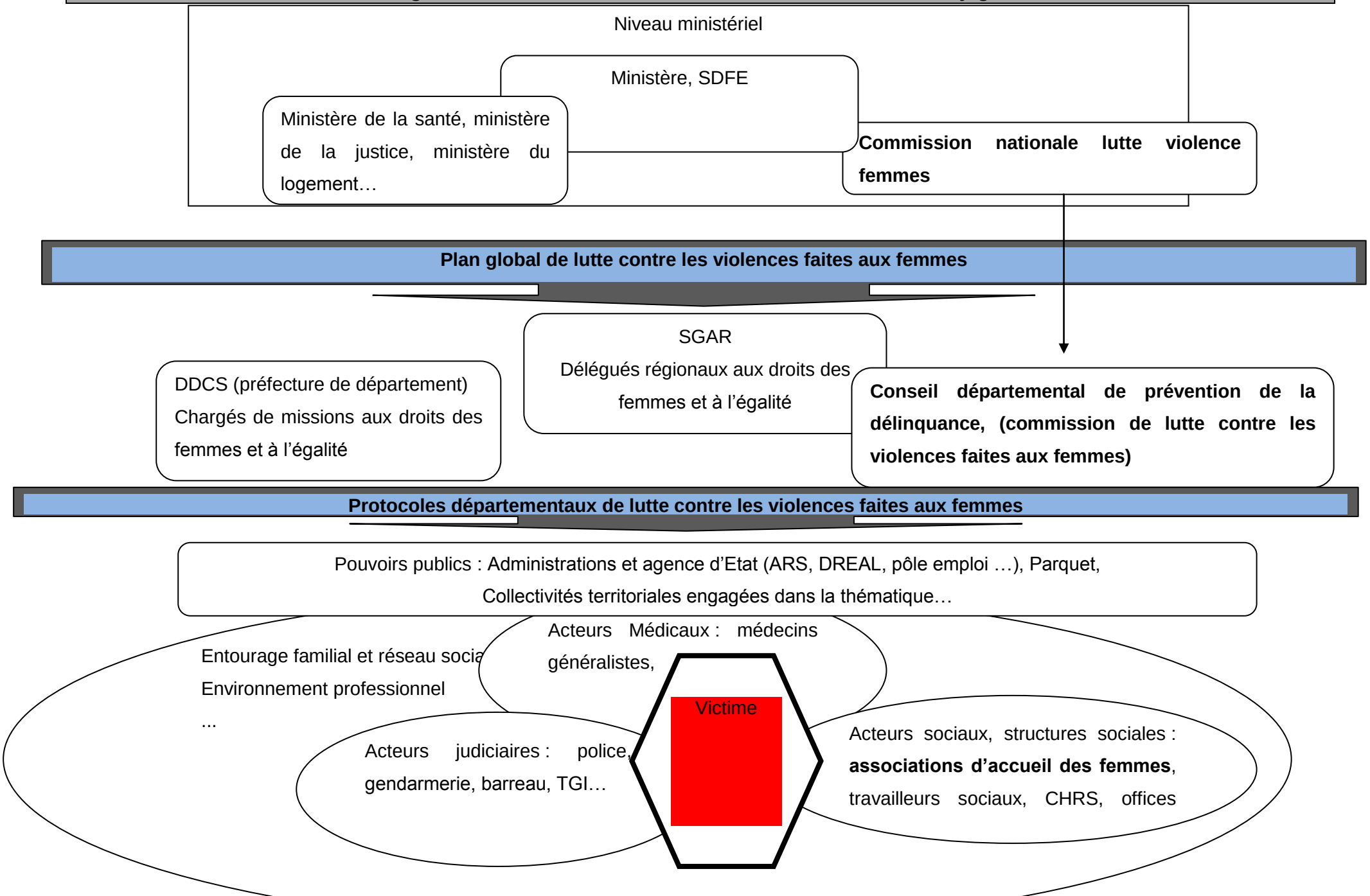
Liste des annexes

- **Annexe 1** : Schémas de l'organisation institutionnelle de la lutte contre les violences conjugales
- **Annexe 2** : Présentation du GRSP, du PRSP et de son découpage en programmes thématiques
- **Annexe 3** : Le certificat d'incapacité totale de travail : présentation
- **Annexe 4** : Schéma « classique » des cycles de violence conjugale
- **Annexe 5** : Evolutions de la révélation de violences conjugales : données judiciaires
- **Annexe 6** : Présentation des réseaux associatifs investis dans la lutte contre les violences conjugales
- **Annexe 7** : Obligation de signalement pour les professionnels : les femmes victimes de violences conjugales sont-elles des « adultes vulnérables »? _ Considérations juridiques et pratiques.
- **Annexe 8** : Liste des personnes entretenues

<u>ANNEXE 1</u> : Schéma de l'organisation institutionnelle de la lutte contre les violences conjugales avant la mise en place des ARS et DDCS



ANNEXE 1 :Schéma de l'organisation institutionnelle de la lutte contre les violences conjugales avec les ARS et DDCS



ANNEXE 2 : Présentation du GRSP, du PRSP et de son découpage en programmes thématiques

Contexte de création des PRSP et des GRSP: loi de santé publique du 9 août 2004

La loi de santé publique du 9 août 2004 en définissant des objectifs nationaux de santé et en déterminant des **plans nationaux et régionaux de santé publique** (PNSP et PRSP) avait pour ambition de répondre aux préoccupations de santé des citoyens et de mieux organiser le partenariat des acteurs de santé au plan local. Elle vise à mobiliser durablement l'ensemble des acteurs qui concourent directement ou indirectement à la santé de la population, à travers l'éducation, l'habitat, l'alimentation, les transports, le travail, les loisirs, les soins, l'environnement.

Les PRSP sont un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels qui déclinent les plans nationaux et les priorités régionales. Ils doivent être construits sur la base d'un diagnostic régional partagé. Ils incluent par ailleurs les autres plans régionaux comme le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) le Plan Régional Santé Travail (PRST) et le Plan Régional d'Alerte et de Gestion des Urgences Sanitaires (PRAGUS).

L'objectif opérationnel est de définir des actions précises, faisables, mesurables, fondées sur des savoirs sûrs, et dotées de ressources à hauteur des objectifs recherchés. Ces actions doivent être réalisées avec le souci permanent de réduire les inégalités, de prendre en compte l'intégralité de la personne et de sa santé, de s'engager dans la diversité des situations sociales, culturelles, géographiques et dans la durée.

Les **Groupements Régionaux de Santé Publique** (GRSP) sont chargés de la mise en œuvre la politique de santé publique en région. Ils sont créés sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) doté de l'autonomie administrative et financière, composés de représentants de l'État, d'établissements publics de l'État intervenant dans le domaine de la santé publique, de l'Assurance maladie, de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), des collectivités territoriales qui le souhaitent et de personnes qualifiées. Leurs missions principales sont la mise en œuvre des programmes de santé du PRSP, la décision sur les projets éligibles à un financement GRSP, la contribution à l'évaluation des programmes du PRSP ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des actions.

Le GRSP Midi Pyrénées

Il repose, comme tous les GRSP, sur l'étroite collaboration d'un *Conseil d'administration* (29 membres répartis en 4 collèges), organe politique, et d'un *Comité des programmes* (41 membres votants, 11 experts avec voix consultative), organe technique.

A ces instances réglementaires ont été ajoutées, dans un souci d'opérationnalité:

- Un *Bureau*, afin de limiter la fréquence des réunions du Conseil d'administration. Il a délégation pour se prononcer sur les décisions de financement et conventions liées à la mise en œuvre du PRSP, à concurrence d'un montant maximal de 150 000€; donner un avis règlementaire et technique sur les dossiers le nécessitant; orienter des travaux du comité des programmes. Il est composé d'un membre du corps préfectoral (actuellement le sous préfet de Muret) et des deux vice-présidents du GRSP.
- Une *Assemblée Générale* qui rassemble les membres du GRSP. Elle répond au souci d'impliquer de manière opérationnelle les collectivités territoriales qui ne sont pas toutes représentées au conseil d'administration où le nombre de sièges leur étant destiné est limité. L'Assemblée Générale, comprend toutes les collectivités territoriales de la région qui ont souhaité adhérer au GRSP (20) ainsi que d'autres partenaires ne siégeant pas au conseil d'administration : services régionaux de l'État, les 8 DDASS, les 8 CPAM, soit au total une soixantaine de membres. Elle est réunie une fois par an.
- Un *secrétariat permanent du Comité des Programmes*. Créé dans le souci de rendre plus opérationnel le pilotage technique, il coordonne l'action des divers groupes, anime l'action et la réflexion thématique et territoriale du GRSP. Composé des membres de l'équipe de direction du GRSP, d'un représentant de l'URCAM et de chacun des régimes de l'Assurance Maladie, d'un représentant de la DRSM, il est élargi en tant que de besoin aux correspondants territoriaux et aux correspondants thématiques régionaux qui assurent le pilotage des dix groupes thématiques déclinant les programmes thématiques.

La mise en œuvre du PRSP de la région Midi Pyrénées : regroupement en programmes thématiques

L'élaboration du PRSP a fait l'objet d'une large concertation, plus de 500 acteurs ayant été consultés. Le comité de pilotage qui a encadré la démarche d'élaboration du PRSP se voulait représentatif du tissu sanitaire et social régional. Il était composé de représentants de la DRASS, de l'ARH, de l'URCAM, de la CRAM, de la Mutualité, du CESR, de la DRSM, de l'URML, du Rectorat, de la DRTEFP, DRIRE[143], de l'ORSMIP et du Conseil Régional. Arrêté par le Préfet de Région le 10 avril 2006, il fixe pour la région Midi Pyrénées 27 objectifs, organisés autour de 4 grands buts :

- promouvoir les comportements favorables à la santé
- réduire l'exposition aux risques
- réduire les maladies et les morts évitables
- prévenir le handicap et améliorer la qualité de vie des personnes nécessitant des soins.

Afin de rendre sa mise en œuvre plus opérationnelle, le Conseil d'Administration du GRSP a décidé de regrouper ces 27 objectifs, autour de 9 *programmes thématiques,* soutenus par un programme transversal « pilotage, observation et appui méthodologique ». Ces priorités d'intervention ont été dégagées en s'appuyant notamment sur les travaux d'observation de l'état de santé de la population menés par l'ORSMIP, sur les dynamiques existantes et l'évaluation des actions menées. Parmi elles, le programme thématique n°3 « violence ce santé », qu'on retrouve dans le PRSP aux objectifs n°4 "réduire les accidents et améliorer la prévention des situations à risques", n°5 "prévenir les violences et limiter leurs effets sur la santé", et n°9 "mieux connaître et réduire l'exposition aux risques en milieu du travail", et, plus largement, de manière transversale dans l'ensemble des objectifs du PRSP, tant sont disséminées les conséquences sanitaires de la violence.

Chaque thématique est animée par un responsable issu du Comité des Programmes qui s'appuie sur un *groupe thématique* composé d'experts, de professionnels, de représentants d'usagers... en fonction des particularités de chaque thématique. C'est en leur sein que se réalise le travail de fond de réflexion et de proposition pour l'action. Ils s'appuient sur des *correspondants territoriaux* (qui assurent notamment l'accompagnement sur le terrain des promoteurs de projets et l'instruction de leurs demandes de subventions) et sont coordonnés par le *secrétariat du Comité des programmes*, qui en est la cheville ouvrière.
C'est dans ce cadre que se situe le travail du groupe thématique « violence et santé ».

[143] Désormais regroupée dans la DREAL

Annexe 3

Le certificat d'Incapacité Totale de Travail

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) désigne la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail...). L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais les activités usuelles de la victime. L'évaluation de l'ITT s'applique aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne.

Le certificat d'ITT est un document médico-légal qui **peut être établi par tout médecin**. Si un médecin ne se sent pas suffisamment qualifié, il peut demander l'avis d'un confrère, ou encore orienter la victime vers un service de médecine légale, ou, sur réquisition judiciaire, une unité médico-judiciaire (UMJ)[144].

La fixation du nombre de jours d'ITT est une proposition du médecin qui se prononce en qualité de technicien à la suite d'une situation de violence. Le médecin donne un avis qui n'engage pas celle qui le reçoit, ni le magistrat qui fixe de manière souveraine la durée d'ITT prise en compte par la justice, en s'appuyant sur cet avis.

Le certificat d'ITT prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme, l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendant largement. Il peut aussi constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement en cas d'aggravation de la situation, si la femme ne l'utilise pas immédiatement, en fournissant des éléments sur l'ancienneté et la chronicité des faits. L'absence de certificat médical n'interdit pas les poursuites contre l'auteur des violences, mais elle les rend plus difficiles car manque alors un élément permettant de caractériser objectivement l'infraction.

L'infraction de coups et blessures sur conjoint est d'emblée un délit, permettant de recourir au tribunal correctionnel sans tenir compte de l'ITT au sens pénal du terme. Cependant, l'évaluation de l'ITT a une incidence directe sur la **qualification des faits** et sur la **peine encourue** (même si tous les faits de violence ne donnent pas lieu à une ITT). Les violences ayant entraîné une ITT de moins de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art 222-13 6° du code pénal) et celles ayant entraîné une ITT de plus de huit jours, de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (art. 222-12 6° du code pénal).

[144] Une UMJ est le lieu médical où sont réalisés des actes médicaux à la demande de la police ou de la justice. Ces actes sont essentiellement les constations de coup et blessures volontaires (CBV) et les examens médicaux de personnes en garde à vue.

Annexe 4 : Schéma « classique » du cycle des violences conjugales

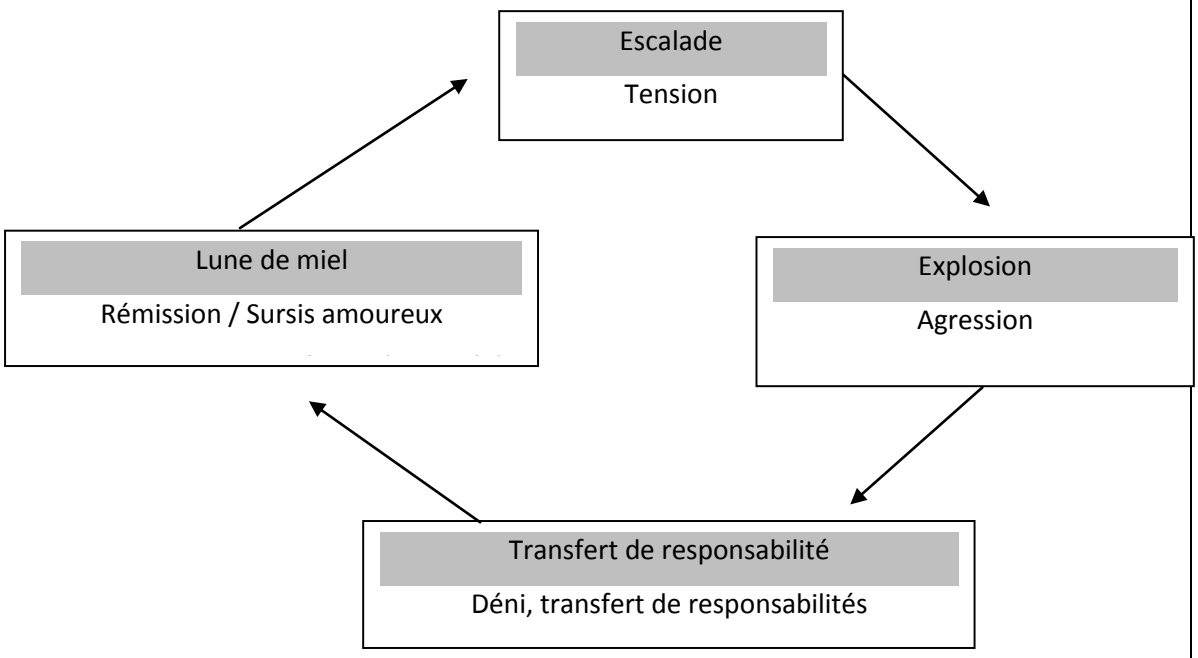


Schéma « classique » du cycle des violences conjugales

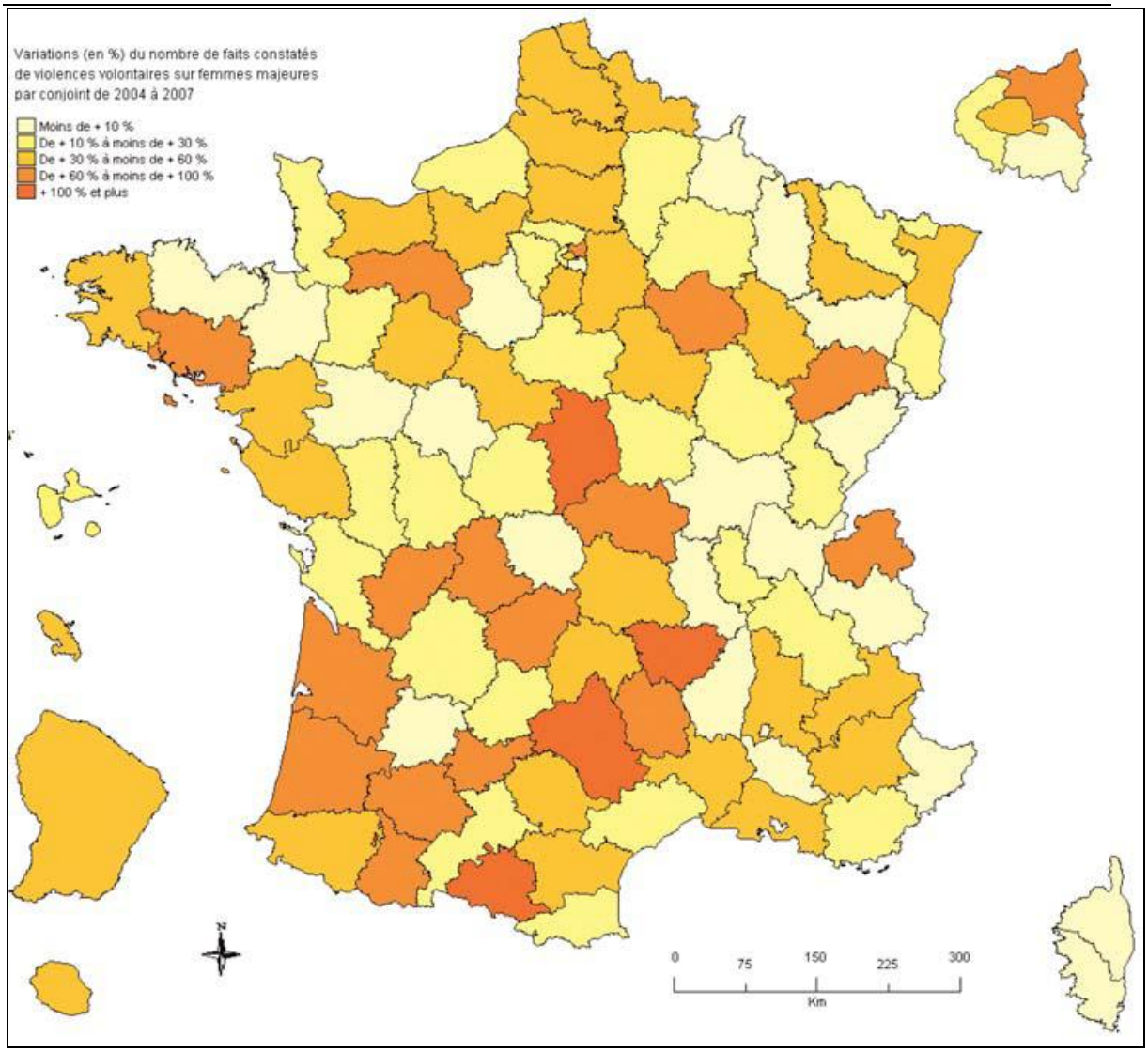
La violence au sein du couple se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps.

Les périodes d'escalade et les phases d'explosion de la violence se succèdent, entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles le conjoint minimise les faits, justifie son comportement et promet de ne plus recommencer. Le couple entame alors une période dite de « lune de miel » qui encourage la femme à poursuivre ou reprendre la vie commune. Cependant, plus le cycle se répète, plus l'emprise sur la victime est forte et plus ces « lunes de miel » sont de courte durée. La femme se trouve dès lors quotidiennement exposée aux agressions. Se jugeant souvent responsable de cette violence, il lui devient de plus en plus difficile de s'en dégager.

Schéma librement inspiré de l'ouvrage de K. Souffron Les violences conjugales

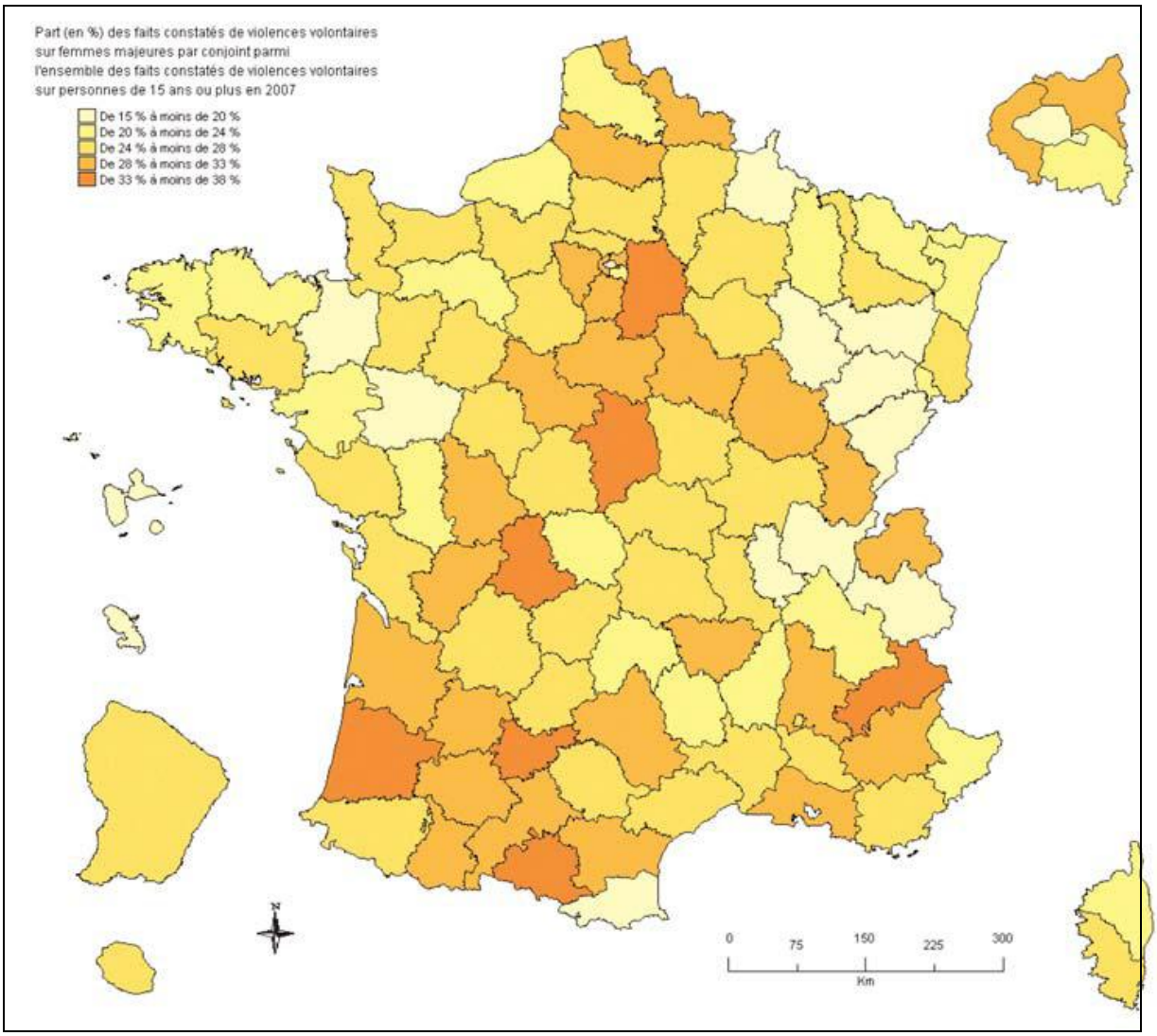
Annexe 5

Variation des faits constatés de violences volontaires sur femme majeure par conjoint de 2004 à 2007



Source : Extractions sur les violences par conjoint, DCSP, DGGN et Préfecture de Police de Paris ; Estimation du nombre de faits constatés sur femmes majeures, OND. (Carte reprise du *Bulletin statistique de l'OND*, juillet 2008, « grand angle », p. 18)

Part des faits constatés de violences volontaires sur femmes majeures par conjoint parmi les faits constatés de coups et violences volontaires sur personnes de 15 ans et plus enregistrés en 2007 (France entière : 25,8 %)



Source : Extractions sur les violences par conjoint, DCSP, DGGN et Préfecture de Police de Paris ; Estimation du nombre de faits constatés sur femmes majeures, OND. (Carte reprise du *Bulletin statistique de l'OND*, juillet 2008, « grand angle », p.15.)

Annexe 6

Réseaux associatifs investis dans la prise en charge des victimes de violences conjugales

Le rôle moteur des associations dans la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes n'est plus à démontrer et il est clair que, pour reprendre une formule de Mme Marie-France Hirigoyen[145], « *si l'on parle de ce sujet aujourd'hui, c'est grâce à elles.* »

On compte schématiquement :

- **Les associations axées sur *l'accueil, l'hébergement et la prise en charge*** des femmes victimes de violences appartiennent généralement au réseau de la *Fédération Nationale Solidarité Femmes* (FNSF). Ce réseau compte une soixantaine d'associations. Il gère par ailleurs la plate-forme d'écoute nationale violences conjugales (numéro unique d'appel 39 19).
- **Les associations axées sur *l'écoute, l'accès aux droits et le conseil juridique***, généralement liées au Centre *National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles* (CNDIFF). Ce réseau de 115 centres départementaux (CIDFF) est lié à l'Etat par une convention d'objectif.
- **Les associations dédiées à *l'accompagnement des victimes***, conventionnées par le ministère de la justice, en lien avec *l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation* (INAVEM). Ces associations, à vocation généraliste présentes essentiellement dans le domaine judiciaire, investissent particulièrement le champ des violences conjugales. Elles sont généralement installées dans locaux de la police, et peuvent assurer des permanences ou mettre à disposition du personnel dans différents lieux, notamment les hôpitaux.
- Le *Mouvement français pour le planning familial* (MFPF) a un spectre d'activité bien plus large que les violences faites aux femmes mais, par son activité, est également concerné par cette problématique. La confédération nationale rassemble 20 fédérations régionales, regroupant 71 associations départementales et 36 groupes locaux. De surcroît, les centres du planning familial accueillent souvent des permanences d'autres associations, spécialisées sur certains types de violences, comme celles du *Collectif féministe contre le viol*.

Ces réseaux nationaux fédèrent les énergies et permettent, d'une part, de couvrir l'ensemble du territoire et, d'autre part, de mutualiser les bonnes pratiques et de garantir une représentation au niveau national. Souvent, d'autres associations sont soutenues localement et s'ajoutent à celles liées à ces réseaux, du fait d'une volonté politique locale ou via des problématiques connexes, par exemple concernant les femmes issues de l'immigration, en lien avec la politique de la ville.

Le réseau associatif midi pyrénéen

La région Midi Pyrénées est l'une des régions aux réseaux associatifs les plus denses dans le domaine de la lutte contre la violence conjugale et la prise en charge des victimes.

Les principales associations de la région sont affiliées aux réseaux nationaux :
FNSF : 6 associations en Haute Garonne et 2 dans le Tarn.
CIDFF : une structure présente dans l'ensemble des départements, conformément à sa convention d'objectifs conclue avec le service aux droits des femmes ; des permanences sont assurées en différents lieux dans les départements.
INAVEM : une structure par département.
MFPF : au moins un lieu d'accueil par département.

S'ajoutent quelques associations locales non affiliées, qui ont souvent pour objet central des problématiques connexes : addictologie, femmes étrangères, associations de quartiers, prévention de la violence à travers des interventions en milieux scolaires.

[145] Docteur en psychiatrie, auteur de *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*

Les acteurs associatifs de la région sont fédérés en réseaux locaux :

« C'est souvent une fois qu'on a travaillé avec des acteurs du système pour trouver des solutions dans un cas particulier que les partenariats se nouent »[146]

Le réseau des acteurs est avant tout informel et lié à de la connaissance interpersonnelle. Non formalisées, ces relations n'en sont pas moins déterminantes. Elles permettent un fonctionnement plus fluide du dispositif au service des victimes.

Il en a débouché dans un certain nombre de cas des partenariats formalisés. Les principaux dans la région sont, par domaine :

- Accueil, écoute, prise en charge sociale et soutien *:*

- *Rives femmes*, qui réunit les associations de la région affiliées à la FNSF. Son objectif est de mutualiser les bonnes pratiques et la réflexion sur les violences conjugales. Le réseau a initié un travail de réflexion en partenariat avec la justice et l'association « vivre autrement les conflits » une réflexion autour de la prise en charge des auteurs de violence sous la forme de stages de citoyenneté.
- *Commission « femmes »* des associations affiliées à la fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS). Sa constitution a paru nécessaire tant les femmes bénéficiant d'un hébergement social sont souvent victimes de violences. Le thème des violences conjugales y est évidemment très présent.

- ***Prise en charge des auteurs****:*

Le groupe de réflexion sur la prise en charge des auteurs de violences conjugale : Initié en 2006 par rives-femmes, ce groupe regroupe l'association vivre autrement les conflits (AVAC), PREVIOS, la Maison de la justice, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, l'association soutien prévention judiciaire, son rôle est de réfléchir sur ce sujet et d'être force de proposition. Un protocole a été signé par l'AVAC avec la Maison de la justice et du droit pour la prise en charge soit proposée aux auteurs de violences familiales rencontrées par les médiateurs judiciaires.

- Prise en charge sanitaire

L'association PREVIOS vise, avec les consultations de prévention de la violence (CPV) et Unités d'accueil des victimes (UAV) à structurer des réseaux pluridisciplinaires autour de la prise en charge sanitaire des victimes. Trois consultations sont structurées à ce jour :

- en Haute Garonne : la consultation de prévention de la violence est installée au CHU de Rangueil à Toulouse. Elle a pour partenaires le Conseil général, l'AVAC, l'association d'aide aux victimes et de médiation (SAVIM), le réseau rives femmes et la gendarmerie. Elle fonctionne depuis 2004
- En Ariège : l'unité d'accueil des victimes (UAV) est installée au centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège. Elle a pour partenaires la préfecture, l'association de soutien judiciaire de l'Ariège (ASJOA), l'association des psychologues en Ariège (APEA), et le CIDF09. Elle fonctionne depuis le 1er février 2007.
- dans le Tarn et Garonne : l'UAV est installée dans le CH de Montauban. Elle a pour partenaires le CIDFF 82, le MFPF 82 et l'association d'aide aux victimes et de réinsertion. Elle fonctionne depuis mars 2007.

Parcours du patient UMJ/ CPV	
Consultation médico-légale: « filière chaude »	**CPV / UAV: « filière froide »**
Certificat médico-légal Débriefing psychologique Information juridique	Evaluation globale : besoins, attentes, ressources Orientation en réseau

Tableau inspiré de PREVIOS, documents internes.

[146] Propos recueillis au cours d'un entretien avec un professionnel prenant en charge des victimes de violence conjugale

Annexe 7

Obligation de signalement pour les professionnels : les femmes victimes de violences conjugales sont-elles des « adultes vulnérables »? _ Considérations juridiques et pratiques.

La vulnérabilité peut être caractérisée par l'absence d'alternative, tant matérielle que symbolique, à une situation de grande fragilité ou de menace. Elle suppose, pour la personne, une altération de l'autonomie, de la conscience de ses propres intérêts ainsi que la faculté de se préserver. La notion de vulnérabilité est définie par le Code Pénal à partir de certains facteurs : l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique, l'état de grossesse. Le facteur commun est que la victime n'est *pas en capacité de se protéger*. C'est ainsi que « La vulnérabilité est une notion subjective, ne pouvant être caractérisée qu'en fonction de certaines circonstances »[147]. Au regard de ses conséquences sur les victimes, on peut considérer que pour une proportion importante, les femmes victimes de violences conjugales sont indubitablement des *adultes en situation de vulnérabilité.*

Une personne vulnérable n'est pas considérée comme incapable, mais elle peut être protégée sans en manifester la volonté, ou contre son gré, au regard de l'article 434-3 du Code pénal qui prévoit « pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à une personne vulnérable » des peines d'emprisonnement et d'amendes s'il n'en informe pas les autorités judiciaires ou administratives. Dans le domaine médical, l'ancien article 226-14-2° du code pénal disposait que le médecin, hormis pour les mineurs, ne pouvait porter à la connaissance du procureur de la République les violences constatées, sans l'accord de la victime. Cette disposition a été modifiée par la loi du 5 mars 2007 pour élargir la procédure de signalement sans accord préalable à « *une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* », (ce signalement aux autorités compétentes ne pouvant faire l'objet d'aucune sanction), ce qui en pratique permet à tout médecin de signaler les sévices, privation ou violences physiques, sexuelles ou psychiques commises sur la femme en situation de vulnérabilité. Les articles 9 et 44 du Code de déontologie médicale posent par ailleurs pour les praticiens une obligation de signalement en cas de mise en péril ou de mise en danger de la personne.

Cependant, les textes juridiques, ainsi que les ouvrages traitant de la question n'évoquent presque jamais les femmes victimes de violences conjugales parmi les *personnes vulnérables*[148]. Nombre de médecins ne se sentent pas sécurisés juridiquement pour effectuer de tels signalements. Par ailleurs, la plupart des associations de soutien des femmes victimes de violences se positionnent contre ce devoir de signalement des professionnels, en insistant sur le fait que les victimes doivent avant tout pouvoir restaurer leurs capacités d'autonomie, et sortir du statut d'objet *passif* dans lequel les enferme la relation de domination et d'emprise liée à sa situation de violence de couple.

Reste que lorsque la vie de la victime est directement en danger, sa situation de vulnérabilité, c'est à dire son incapacité à se protéger, impose pour tout professionnel un signalement au procureur, et la prise de mesures pour s'assurer de sa mise en sécurité.

[147] Charrier F, 2008 *Les personnes vulnérables, Protection et accompagnement des majeurs en difficulté*, p. 28
[148] Je ne suis pas parvenue à trouver d'étude sur la question, cette affirmation n'est donc fondée que sur mes recherches personnelles

Annexe 8

Liste des personnes entretenues

- La responsable du groupe thématique « violence et santé » du GRSP MIP
- La responsable de la coordination du réseau PREVIOS
- La responsable des questions de violence conjugale à la délégation aux droits des femmes et de l'égalité de la région Midi Pyrénées
- La responsable de l'ORSMIP
- La directrice de l'association Olympe de Gouge
- Deux responsables des questions de violence conjugales au CIDFF de Haute Garonne (entretien collectif)
- Un médecin généraliste élu au Conseil de l'Ordre de Haute Garonne
- Une magistrate au parquet général de Toulouse
- Deux responsables de l'association APIAF (entretien collectif)
- Un médecin, une psychologue et une juriste de la consultation violences de Montauban, Tarn et Garonne. (entretien collectif)

Entretiens téléphoniques

- La chargée de mission aux droits des femmes du département de l'Ariège
- La chargée de mission aux droits des femmes du département des Hautes Pyrénées
- La chargée de mission aux droits des femmes du département du Tarn et Garonne
- La chargée de mission aux droits des femmes du département du Lot
- La chargée de mission aux droits des femmes du département du Gers

GUILLEMOT	Mathilde	Mars 2010

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
2010

Quelle place pour une approche de santé publique dans la lutte contre les violences conjugales ? _ L'exemple de la région Midi Pyrénées

Résumé **:**

L'analyse de la démarche de santé publique mise en œuvre dans la région Midi Pyrénées concernant la lutte contre les violences conjugales sert de support à ce travail. Les questionnements relatifs au positionnement de la démarche de santé publique dans un système d'acteurs complexe viennent y éclairer les rapports difficiles que cette discipline entretient avec d'autres disciplines. L'intérêt que porte un professionnel de santé, au sens large, sur la violence est parfois perçu comme peu légitime, voire même dangereux, car il tendrait à « médicaliser » le sujet, et à transformer les comportements violents en pathologies qui justifieraient des traitements biomédicaux. Ce alors que la violence est avant tout une maladie sociale. Inversement, les professionnels de santé, qui occupent une place déterminante notamment comme clé d'entrée dans le dispositif de prise en charge pour les victimes de violences conjugales, sont souvent mal à l'aise ou démunis face à ces problématiques. Il faut donc retenir que l'approche de santé publique est un « regard » sur ce fléau qui ne s'abstrait pas d'autres regards, social, de réflexion sociale, ou encore répressif. La santé publique ne peut vouloir résoudre les questions de violences seule, mais propose un élément de coordination, sans pour autant vouloir y apporter une dominance. Sa bonne insertion dans le dispositif de lutte contre les violences conjugales est déterminante pour son bon fonctionnement. L'exemple midi pyrénéen est analysé en ce sens.

Mots clés **:**

VIOLENCE CONJUGALE, VICTIMES, FEMMES, SANTE PUBLIQUE, FEMINISME, JEUX D'ACTEURS, PARTENARIAT, EGALITE HOMME / FEMME, GENRE, MIDI PYRENEES, GRSP

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.