

Marie FONTANEL
ARS Alsace

Patrick PELLOUX
SAMU Paris

Annie SOUSSY
UMJ du CHI de Créteil

Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences

Rapport remis le 5 novembre 2014 à
Madame Marisol Touraine Ministre des Affaires sociales, de la Santé
et des Droits des Femmes et
Madame Pascale Boistard, Secrétaire d'Etat chargée des Droits des Femmes

Juillet 2014

Introduction

Par lettre de mission du 30 mars 2014¹, les ministre des affaires sociales et de la santé et ministre des droits des femmes nous ont confié la mission de définir un protocole national sur la prévention, prise en charge et suivi des femmes victimes de violences, ce protocole devant être ensuite décliné sur le plan régional à travers des conventions santé/police/justice dont la mise en œuvre serait coordonnée par les Agences régionales de santé. Ce projet s'inscrit dans les orientations du 4^{ème} plan interministériel 2014-2016 qui affirme avec force la priorité de santé publique que constitue la prévention de ces violences compte tenu des lourdes conséquences sanitaires, psychologiques, économiques et sociales de ce fléau : évaluation des coûts économiques de 2,5 milliards d'euros, 5 fois plus de tentatives de suicides et de consommation de psychotropes, perte de 1 à 4 années d'espérance de vie. Cette priorité souhaitée par le gouvernement est une nécessité d'organisation sociale : elle recouvre des enjeux médicaux, psychologiques, sociaux, d'ordre public et judiciaires. La prise en charge des victimes doit être moderne et adaptée aux connaissances contemporaines du phénomène des violences et de leurs conséquences sur la santé.

Cette mission traduit une évolution dans l'approche de la prise en charge des femmes victimes de violences, dans un système donnant la priorité jusqu'à présent à l'approche répressive et judiciaire. En effet, l'intervention de la puissance publique se caractérise par la place prépondérante faite à la plainte de la femme comme étant l'élément central et déclencheur d'une prise en charge des victimes. L'organisation de la prise en charge par l'intervention des unités médico-judiciaires, la nécessité des réquisitions pour pouvoir réaliser les prélèvements, la place probablement excessive faite à l'élaboration d'une ITT pour caractériser la nature de l'infraction présumée, traduisent une acception avant tout judiciaire de la prise en charge des femmes victimes de violence.

Or, les statistiques, montrent bien que les professionnels de santé, sont - parfois sans le savoir ni le voir- les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens au moment des suivis de grossesse, psychiatres et psychologues, services d'urgence. L'expérience de terrain des associations et professionnels le confirme. Seule une faible proportion de femmes victimes de violences se rend dans un commissariat ou à la gendarmerie. D'après les chiffres de l'enquête « cadre de vie et sécurité » (CVS), sur 201 000 victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, 29% se sont rendues dans un commissariat (16% portant effectivement plainte), sur 83000 victimes de viols, ce chiffre est de 28%. La plupart (quasiment la moitié) ne font aucune démarche ; les autres sont vues par un médecin (29% des victimes de viol) ou un psychiatre ou psychologue (34%).

Ainsi, eu égard tant au point de contact principalement sanitaire des femmes victimes de violences avant d'être prises en charge, qu'aux conséquences sur leur santé, il est nécessaire de réaffirmer le rôle et la responsabilité des professionnels de santé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des violences et de rééquilibrer l'organisation des interventions au profit d'une porte d'entrée sanitaire. Au-delà, il s'agit de sortir d'une banalisation de la prise en charge des femmes victimes de violences qui est désormais désuète et inappropriée à la France du XXI^{ème} siècle.

¹ Lettre de mission en annexe 1

Faire cesser les actes de violence reste une action indispensable. De même que le processus de la plainte reste une étape nécessaire dans le processus d'acceptation, de reconnaissance, de réparation pour une femme. L'objet de notre réflexion n'est pas de minimiser cette étape ni l'intervention des forces de la puissance publique à cet effet. Mais les propositions qui suivent essaieront de contribuer à déplacer le curseur pour donner une plus grande place, et ce faisant, une plus grande responsabilité, aux acteurs de santé et d'accompagnement social pour privilégier le *prendre soin*, qui inclut la bienveillance, la protection, l'accompagnement des femmes victimes de violence ; cela nécessite de soustraire les femmes à la cause des violences dont elles sont victimes sans en faire le point cardinal dans un parcours de prise en charge.

En termes de méthode, il nous était demandé de préparer un projet de protocole national devant définir le contenu des prescriptions des protocoles locaux à partir notamment de bonnes pratiques recensées dans notre pays ou ses voisins.

L'inventaire des expériences qui maillent le territoire a été effectué par le service des droits des femmes et la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)². Ce recensement confirme que les expériences de terrain sont nombreuses, fruit d'initiatives locales et d'une adaptation aux ressources et partenaires en place qu'il est difficile de généraliser d'autorité. Mais il démontre aussi qu'il est possible d'améliorer la prévention et la prise en charge des femmes victimes de violences avec les ressources disponibles, en les organisant et en les rendant plus visibles. La coopération entre les services de santé, sociaux, de police, de justice est la clé.

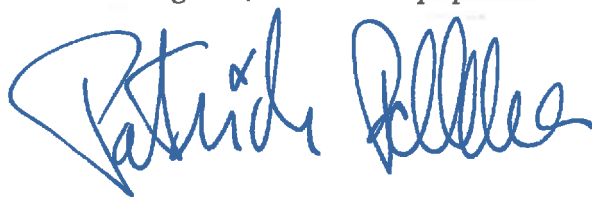
Nous n'avons donc pas souhaité identifier une organisation idéale et unique qu'il serait vain de vouloir répliquer en tout point du territoire. Les partenariats et organisations ne sont ni ne peuvent être les mêmes en zone urbaine ou rurale, à proximité ou non d'un centre hospitalier et d'un service d'urgence, d'une unité médico-judiciaire. En revanche, nous avons essayé d'identifier les pré-requis et les passages obligés pour que chaque mode d'organisation qui aura été choisi et mis en place en fonction des ressources locales garantisse aux femmes victimes de violences un parcours de prise en charge facilité, plus précoce, sans rupture, pluri-disciplinaire et coordonné.

Avant de présenter les orientations en déclinaison de ces réflexions liminaires, nous souhaitons remercier l'ensemble des interlocuteurs³ qui ont bien voulu partager avec nous leurs expériences et leurs réflexions. Les constats n'ont pas été unanimes mais majoritairement concordants. Cela doit suffire pour affirmer la nécessité et la possibilité de faire évoluer la prise en charge des femmes victimes de violences en remplaçant la responsabilité des soignants, de tous ceux qui prennent soin, au cœur de ce parcours.



Marie FONTANEL

DGA ARS Alsace



Dr Patrick PELLOUX

Médecin urgentiste

SAMU Paris



Dr Annie SOUSSY

Chef de l'UMJ du CHI

de Créteil

² Recensement des bonnes pratiques en annexe 2

³ Liste des personnes rencontrées en annexe 3

Un protocole d'action pour améliorer le parcours de prise en charge des femmes victimes de violences

- **Pourquoi un protocole ?** *ou la nécessité de définir qui fait quoi et comment sur un territoire pour prendre en charge les femmes victimes de violences*

La diversité des expériences locales qui ont été recensées à l'occasion de la mission confirme la possibilité de faire déjà beaucoup avec les ressources en place. Ces initiatives traduisent toutes un souci de mieux identifier le rôle de chacun de manière à faciliter l'orientation des femmes dans le parcours de prise en charge et de lever l'excès de difficultés administratives et institutionnelles qui contribuent à alourdir et rendre plus pénible ce parcours. Il est donc possible de consolider les pratiques existantes, de les partager pour inspirer les territoires dans lesquels les organisations ne seraient pas aussi avancées, d'inciter les partenaires à proposer ensemble un parcours de repérage et de prise en charge des violences.

C'est l'objet de l'élaboration d'un protocole local d'identifier formellement les ressources, le rôle de chacun et de rendre lisibles les choix d'organisation du parcours de prise en charge sur un territoire.

Au moment d'affirmer le rôle de chacun, il est important de réaffirmer le principe de co-responsabilité et de coopération des institutions, sanitaires, judiciaires, sociales, associations, qui vont accompagner la femme victime de violences : ce n'est pas à la femme, déjà victime, de coordonner les acteurs de sa prise en charge, mais bien aux professionnels, institutionnels, sanitaires, judiciaires, dont c'est le métier et qui sont rémunérés pour ce faire, de se coordonner et de garantir à la femme victime un accompagnement adapté.

C'est ce souci d'un parcours sans rupture qui doit inspirer les choix d'organisation qui seront faits par les acteurs de terrain.

- **Que doit contenir ce protocole ? ou la check list des ressources disponibles sur un territoire et des modalités de leur mobilisation au service des femmes victimes de violences**

Les organisations de prise en charge des femmes victimes doivent être adaptées au contexte et à l'histoire d'un territoire. Mais dans tous les cas, elles doivent veiller à garantir une **prise en charge pluri-disciplinaire, co-responsable et coordonnée** (enjeu de connaissance respective et de lisibilité des ressources), **expérimentée** (enjeu de formation et d'outils de repérage) et **soucieuse de la victime de violences** (enjeu de faciliter les démarches et ne pas alourdir les difficultés du parcours). Ce sont les 3 grands principes que toute organisation territoriale de prévention et de prise en charge des femmes victimes de violence doit veiller à respecter et donc que les protocoles locaux devront inclure. Il est possible d'identifier ci-dessous la check-list des questions auxquelles doit répondre un protocole de prévention, de repérage et de prise en charge des femmes victimes de violence.

- 1) Première partie : identifier les ressources du territoire et savoir orienter une femme victime de violence, en distinguant les prises en charge en situation aiguë ou en situation chronique

Le protocole local doit contenir la présentation des ressources du territoire qu'un professionnel de santé ou travailleur social de 1^{ère} ligne pourra rapidement identifier pour faciliter l'orientation de la femme qui s'est présentée, selon que les violences ont été directement le motif de la visite et que le contact a conduit à un début de parcours de prise en charge.

Les schémas des ressources de prise en charge en situation aiguë ou en situation chronique ne sont pas identiques ; ils permettent dans tous les cas d'identifier les professionnels les plus fréquemment amenés à être en contact avec une femme victime de violences, que le motif de contact soit immédiatement et directement la situation de violences ou non. De même, les parcours de prise en charge sont différents en cas de coups ou en cas de viols ; ce dernier cas de figure mérite une analyse particulière car il doit mobiliser en recours aux professionnels de première ligne les services de gynécologie.

Le protocole d'action décliné localement doit pouvoir aller dans le détail des modalités de recours de l'ensemble des acteurs recensés (les acteurs présentés ci-dessus semblent constituer un minimum, d'autres sont possibles en fonction des particularités de chaque territoire). Pour être le plus opérationnel possible, les informations doivent être précises : noms, coordonnées, modalités d'intervention, jours et heures d'ouverture, astreinte... Ce détail opérationnel pose la contrainte de l'actualisation des informations du Protocole, ce qui renvoie à la dernière partie concernant la coordination et l'animation institutionnelle (cf. infra).

		Situation « aiguë » (femme se présentant en urgence pour une prise en charge de violences physiques évidentes, ou de viol, que ces violences soient le fruit d'actions répétées ou inédites)	Situation « chronique » (femme victime de violences régulières se présentant à un professionnel de santé en dehors d'une phase d'urgence)
1 ^{er} recours, de repérage et de prise en charge	Qui ?	Service hospitalier d'urgence, de gynécologie SAMU, pompiers Services de police (commissariat)	Médecin généraliste Sage-femme Psychologue Associations Travailleurs sociaux
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Prise en charge complète de la femme, sans dissocier soins-plainte, en privilégiant l'unité de lieu de prise en charge de la femme pour éviter de lui imposer des allers-retours entre services	Repérer les violences, amener progressivement la femme vers le soin, qui inclut le fait de se soustraire aux violences, le cas échéant signaler directement au Procureur les violences les plus graves
Recours de 2 ^{ème} niveau, d'évaluation médico-légale	Qui ?	Pour la prise en charge médico-légale : unité médico-judiciaire ou médecin expert Pour les prélèvements (en cas de viols par exemple) : services de gynécologie	Pour la prise en charge médico-légale et judiciaire : unité médico-judiciaire ou médecin expert Pour la plainte et les poursuites : Procureur, services de police
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Apporter un conseil expert sur la prise en charge de la femme victime de violences, prendre le relais si nécessaire (et dans quelles conditions) dans le cadre de démarches médico-légales, effectuer ou piloter les prélèvements	Apporter un conseil expert sur la prise en charge de la femme victime de violences, prendre le relais, organiser la prise de plainte et les poursuites
Recours de 3 ^{ème} niveau, de suivi	Qui ?	Associations, travailleurs sociaux ou protection maternelle et infantile, psychologue, médecin généraliste ...	Associations, travailleurs sociaux ou protection maternelle et infantile, psychologue, médecin généraliste ...
	Quel rôle, qu'attend-on de ces acteurs ?	Apporter une solution d'urgence si nécessaire (hébergement), organiser le suivi de la femme	Apporter des conseils sur les solutions possibles, accompagner les démarches pour se soustraire aux violences, favoriser la rupture de l'isolement

2) 2è partie : se former aux violences et disposer d'outils d'aide au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violence

Au-delà de son objet premier qui consiste à identifier le qui fait quoi, le protocole organise les ressources de manière à garantir une prise en charge adaptée aux femmes victimes de violences. Dès lors, il doit s'attacher à proposer une formation et des outils destinés à favoriser le repérage des violences et une meilleure prise en charge.

- être **formé** : prévoir un module de formation, si possible ouvert de façon pluri-disciplinaire, à plusieurs professionnels simultanément (professionnels médicaux et para-médicaux, pompiers...), coordonné par les médecins experts, notamment des UMJ. L'objet de la formation doit porter sur les signes qui permettent de détecter une situation de violences et sur les démarches à mettre en place (présentation des ressources, rôle de chacun, signification des constats médico-légaux, rédaction de certificats professionnels ou médicaux...). Le cycle des études initiales doit inclure un module permettant de découvrir les enjeux médico-légaux : caractéristiques et repérage des différentes formes de violences, organisation de la justice, notions de procédures et d'impact d'un certificat d'ITT, règles de rédaction d'un certificat de constatations de blessures (ce qu'il faut écrire et ne pas écrire). Cette formation doit être poursuivie au cours de l'exercice professionnel ; il est donc important de proposer au sein de l'hôpital mais aussi de l'ouvrir aux professionnels libéraux, une journée de formation dédiée au sujet des violences. Cette journée fera intervenir d'une part des acteurs hospitaliers (services d'urgences, de gynécologie-obstétrique) pour faire part des situations rencontrées et des réponses apportées en termes de prise en charge et d'autre part le reste du réseau non sanitaire (Procureur, services de police, associations). Au-delà de la formation technique dispensée, ces journées ont également pour objectif une meilleure connaissance réciproque des différentes instances. La présence d'une UMJ au sein d'un hôpital doit assurément faciliter la mise en œuvre d'une telle journée mais leur organisation peut se déployer sous l'initiative de l'UMJ du ressort dans tous les services hospitaliers ayant un service d'urgence et des services de gynécologie-obstétrique. Des expériences de programmes de formation existent (cf. Créteil) qui pourraient être diffusés et inspirer l'ensemble des UMJ pour généraliser l'organisation de ces journées annuelles. La formation au repérage des violences doit par ailleurs être une priorité du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.
- disposer des **outils d'aide au repérage** : des brochures peuvent être utiles pour guider le professionnel de première ligne dans son accompagnement auprès des femmes (cf. Angers)
- introduire le **questionnement systématique** sur les violences dans les premiers entretiens avec une nouvelle patiente (nouvelle patiente d'un médecin traitant, d'un gynécologue, d'un psychologue, d'un sage-femme...). Plusieurs expériences ont été menées (cf. Aulnay sous bois) qui confirment l'intérêt et la bonne acceptation de ce questionnement par les patientes ; c'est sur ce principe d'ailleurs qu'est fondé le film de sensibilisation des professionnels de santé « Anna » disponible sur le site de la MIPROF. Il est possible d'identifier et de généraliser un questionnaire type, permettant d'orienter la conduite de l'entretien et initier une démarche d'accompagnement, voire la rédaction de certificats médicaux attestant des blessures.
- organiser un recours téléphonique à un **avis d'expert** sur le sujet des violences faites aux femmes pour faire bénéficier aux professionnels de santé d'un conseil de pair expert sur les démarches à engager (cf. Angers).

3) simplifier la prise en charge des femmes et leur garantir un suivi systématique

Enfin, le protocole doit s'attacher à permettre que l'organisation des ressources choisie par les acteurs locaux satisfasse l'objectif de simplifier les démarches pour les femmes, d'éviter les heurts et déplacements dans le parcours, d'assurer un suivi après les premières démarches d'urgence. Il devra donc préciser le déroulement du parcours de prise en charge en veillant à :

- Privilégier autant que possible **l'unité de lieu de prise en charge** des femmes pour éviter l'errance entre plusieurs lieux qui est de nature à dissuader les femmes d'aller jusqu'au bout de leur démarche (commissariats/permanence associative/cabinet médical/urgences...) : plusieurs expériences organisent le déplacement des ressources policières dans les lieux de soins (expérience des Hauts de Seine, fonctionnement du CAUVA à Bordeaux). Si cette formule semble à privilégier comme bonne pratique, il est également possible d'accompagner les services de police dans la prise en charge de femmes victimes de violences si elles se présentent spontanément en premier lieu dans un commissariat et pas dans un lieu de soins. Dans ce cas, il est possible d'organiser l'intervention des ressources médicales urgentes, SMUR ou CUMP pour prendre en charge les victimes où elles se situent. L'objectif est dans tous les cas de considérer que la première démarche d'une femme victime de violence auprès d'un professionnel de première ligne lie ce professionnel et tous les partenaires co-responsables du parcours de prise en charge de la femme. La formalisation de cette coopération entre acteurs doit conduire à ne pas faire reposer sur la seule femme la charge d'organiser ses démarches.
- **Faciliter les constats qui pourront servir de preuves judiciaires** dès l'intervention des professionnels de première ligne : prise de photos, généralisation de certificats médicaux, prélèvements hors réquisitions judiciaires, généralisation des kits de prélèvements en cas de viols... avec obligation d'une prise de contact avec une UMJ ou d'un médecin expert. Autant de démarches qui permettront de faciliter la suite du parcours, notamment judiciaire, et qu'il est possible de réaliser dès la prise en charge de premier recours. Des expériences de conventions ont permis le remboursement des actes médico-légaux hors réquisition judiciaire (cf. Corrèze), la généralisation de l'établissement de certificats médicaux à conserver pour l'avenir (cf. CAUVA dossier conservatoire pour les victimes qui ne souhaitent pas porter plainte au moment des faits avec conservation des constatations médico-légales pendant 3 ans)...
- Se préoccuper du **suivi des femmes victimes de violences** : outre les démarches judiciaires, le suivi médical, social et psychologique d'une femme victime de violences est essentiel pour son rétablissement et sa réparation. Idéalement, aucune femme victime de violences ne devrait donc avoir été prise en charge pour violences sans que ne soient identifiées pour elle les modalités de son suivi. Le médecin traitant, qu'il ait été à l'origine de la prise en charge des violences ou non, doit pouvoir être informé et associé au suivi médical de sa patiente. Dans l'hypothèse où le médecin serait le médecin de famille, il peut être utile d'orienter la femme vers un autre professionnel, mais dans tous les cas, compte tenu des conséquences avérées sur l'état de santé général des femmes qui ont été victimes de violences, il est essentiel que le suivi médical soit organisé. Par ailleurs, les travailleurs sociaux du conseil général ou des services municipaux ainsi que les associations peuvent assurer l'accompagnement social. Le suivi psychologique est en revanche minimisé, car il est souvent d'une part freiné par des difficultés financières d'accès aux soins et d'autre part parfois insuffisamment adapté sur le plan du psychotraumatisme lié aux violences. Un suivi psychologique serait facilité par la reconnaissance d'affection de longue durée des violences faites aux femmes, en permettant ainsi une prise en charge à 100% des soins. Par ailleurs, le développement de consultations spécialisées dans les CMP serait intéressant.

- **Qui coordonne l'élaboration du protocole ?** ou *la réflexion sur la coordination et l'animation institutionnelles de ces travaux dans les territoires*

Les bonnes pratiques existantes reposent souvent à l'origine sur l'initiative de personnes investies en leur nom personnel, ce qui les rend fragiles en cas de départ de ces personnes. Si les bonnes pratiques démontrent donc qu'il est possible d'organiser les ressources et de mobiliser l'ensemble des partenaires au service d'une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences, il est indispensable d'institutionnaliser la démarche.

Les services de l'Etat qui pilotent les politiques de santé et de sécurité doivent être conjointement investis de la mission d'organiser la prise en charge. La coordination et l'animation institutionnelle des acteurs de cette prise en charge est essentielle.

La lettre de mission invitait à une modalité de coordination institutionnelle par l'intermédiaire de conventions santé/police/justice dont l'élaboration et la mise en œuvre serait coordonnée par les agences régionales de santé. Une alternative nous paraît être intéressante pour garantir une meilleure efficacité de coordination de tous les services : l'identification d'une coordination interministérielle pilotée par le Préfet de département. En effet, il existe déjà plusieurs dispositifs de concertation institutionnelle qui pourraient inspirer la coordination des acteurs de la prise en charge des femmes victimes de violences : conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et des violences faites aux femmes, dans lequel le monde sanitaire n'est pas représenté mais pourrait l'être, ou exemple plus probant de coordination entre services de l'ordre public et la santé, conseil départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

- La première option qui consiste à confier la coordination des acteurs et **la responsabilité de l'élaboration des protocoles locaux aux agences régionales de santé** est intéressante en ce qu'elle est cohérente avec l'affirmation que la santé des femmes victimes de violences est une priorité de santé publique (et ce serait une nouvelle orientation politique, inédite à ce jour, cf. II infra) et traduit donc le rééquilibrage au profit d'une prise en charge sanitaire des femmes victimes de violences. Le pilotage des protocoles peut s'envisager cependant sans la nécessité de conventions santé/police/justice dont il n'a pas été compris l'apport possible par rapport à l'établissement du protocole avec l'ensemble des partenaires (police, justice, établissements de santé, représentants des professionnels de santé, associations de victimes, services sociaux...). A noter qu'une agence régionale de santé piloterait donc l'établissement de plusieurs protocoles, puisqu'à ce stade il est apparu que le bon maillage territorial pour l'établissement de protocoles locaux était celui des grandes agglomérations ou des départements. Cependant, sur le terrain, et sous réserve d'une instruction interministérielle conjointe des ministres de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur, il n'est pas acquis que la légitimité des ARS suffise à emporter l'adhésion des services de police et de justice.
- La seconde option consistant à **placer le pilotage de l'élaboration et du suivi des protocoles à un niveau interministériel**, et ce sans préjuger de la réforme territoriale à venir, pourrait donc apporter une garantie de mobilisation plus forte de l'ensemble des partenaires. **L'exemple des CODAMUPS** (comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), dépendant conjointement des Préfets et des DGARS, qui ont la compétence par exemple pour donner un avis sur les schémas cibles de permanence des soins et réunissent des représentants des SAMU/SMUR, des médecins libéraux (représentants de l'Ordre des médecins et de l'URPS), les services d'incendie et de secours, les collectivités territoriales... pourrait inspirer

l'organisation institutionnelle destinée à valider les protocoles locaux de prévention et de prise en charge des femmes victimes de violences. Un sous-comité (à l'instar des sous-comités médicaux ou des transports sanitaires) serait dédié à **l'aide aux victimes de violences**, et auquel serait associé les services de police, de justice et sociaux. Les commissions violences des conseils départementaux de prévention de la délinquance pourraient être systématisées et jouer ce rôle mais devraient pour ce faire être élargies aux professionnels de santé.

Dans tous les cas, le rôle du réseau départemental des chargées de mission des droits des femmes régional des déléguées régionales des droits des femmes est incontournable dans la préparation du protocole. Le réseau connaît bien le secteur associatif ; placé auprès des préfets, le réseau peut donc contribuer à animer ou participer aux travaux d'élaboration des protocoles locaux.

En tout état de cause, même si le pilotage interministériel nous semble immédiatement plus efficace, pour garantir la mobilisation de chaque administration concernée, l'essentiel est d'affirmer la nécessité d'une coordination institutionnelle régulière des travaux. Le principe de réunions physiques à institutionnaliser devrait être plus efficace que la signature de conventions qui peuvent en rester au stade des engagements formels si elles ne sont pas suivies d'une dynamique d'échanges, et ne finir par lier que ceux qui les ont signées et pas leurs successeurs.

Des préalables indispensables et des compléments de réforme possibles pour accompagner la mise en œuvre de ces protocoles sur le terrain

Tout d'abord, des préalables sont indispensables pour assurer une mobilisation forte de l'ensemble des partenaires identifiés dans le protocole. Sans communication appuyée, affirmation d'une priorité politique forte ni formation, la mobilisation des acteurs sera difficile et laissée à la discrétion de personnalités individuelles investies sur le sujet.

Pour l'instant, **l'affirmation politique de la priorité de santé publique** que constituent la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes ne s'est pas traduite en instruction auprès des services chargés de porter la politique de santé, les agences régionales de santé. Le projet de loi sur la santé qui devrait être déposé prochainement au Parlement constitue une occasion de prolonger l'affirmation politique du plan 2014-2016. Le renouvellement des contrats d'objectifs et de moyens entre l'Etat et les ARS prévu fin 2014 devrait également en être le vecteur pour garantir une appropriation de ces enjeux sur le terrain.

Sans ces instructions, qui devront être nécessairement conjointes avec les autres ministères concernés, il sera plus difficile d'élaborer ces protocoles et surtout d'en garantir une réelle efficacité. La formalisation d'un protocole ou la signature d'une convention entre partenaires de la santé, de la justice et de la police, ne pourra suffire à assurer l'amélioration de la prise en charge des femmes. C'est l'animation régulière de ce réseau de partenaires qui doit être recherchée.

Par ailleurs, l'affirmation de cette priorité politique doit s'accompagner par un **effort massif de communication et de formation** pour que d'une part la sensibilisation aux violences se diffuse au sein de la société et que d'autre part les professionnels, notamment de santé, soient réellement formés au repérage des violences. Comme il l'a été proposé dans le projet de protocole (cf. supra), sur le terrain, les

unités médico-judiciaires sont positionnées au niveau de recours et d'expertise qui leur permet d'assumer ce rôle de bâtir des programmes de formation, y compris en dehors de leur propre établissement hospitalier. Cette approche est proposée car elle permet une rencontre entre la formation théorique et l'application au terrain et déjà la meilleure connaissance du réseau de partenaires et des démarches et recours possibles pour orienter une femme victime de violences.

Ensuite, nous avons également conscience que des compléments de réforme sont envisageables au-delà de la mise en œuvre de protocoles locaux qui formalisent un choix d'organisation des ressources par les acteurs de terrain. Ces pistes complémentaires pourraient accentuer l'impact des protocoles sur la prise en charge des femmes victimes de violences.

Le premier sujet porte sur la question du **signalement des violences**. Aujourd'hui, il reste une ambiguïté qui laisse à l'appréciation individuelle la responsabilité de signaler les situations de violences dans les cas les plus extrêmes et rend ces signalements exceptionnels. En effet, il n'est pas interdit de signaler les cas de violences faites aux femmes : l'article 44 du Code de déontologie médicale (art.R.4127-44 du code de santé publique) prévoit bien que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection ». Il est ajouté que « lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui *n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique*, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ». Mais dans les faits, le secret médical (article 4 du code de déontologie médicale) est systématiquement invoqué pour empêcher tout signalement en l'absence de consentement de la personne. Le risque de mise en danger qu'impliquerait le signalement d'une personne qui ne serait pas encore protégée du responsable des violences est également invoqué pour justifier la non-opportunité du signalement.

Cependant, le sujet mériterait d'être posé à nouveau, au sein d'un débat politique et d'experts médicaux-associatifs-judiciaires, pour envisager d'inverser la logique et désormais privilégier le principe du signalement, tout en acceptant des exceptions justifiées par la mise en danger supplémentaire à laquelle le signalement exposerait la victime. La protection des enfants maltraités et en danger a considérablement gagné en efficacité quand le signalement est devenu un principe et a été organisé.

Le second sujet porte sur **les réflexions sur l'évolution ou la réforme de l'ITT (incapacité totale de travail)** du fait de la place probablement excessive qui lui est faite dans l'ensemble des démarches médico-légales de prise en charge des violences. Les évolutions législatives sur les violences survenant au sein d'un couple imposent une évolution de l'ITT. En effet, ces violences, considérées désormais comme circonstances aggravantes, constituent un délit quelle que soit la durée de plus ou moins 8 jours. Au-delà de sa dénomination inappropriée, la question de la détermination ou non d'une ITT dans ce type de violences pourrait alors se poser, notamment si la généralisation des certificats médicaux ou de constats professionnels, correctement rédigés et photos à l'appui dans le cas des violences visibles, permet d'identifier clairement la nature des violences et leurs conséquences sur l'état de santé de la femme. Mais il apparaît qu'en pratique aujourd'hui l'évaluation d'une ITT est nécessaire pour traduire l'importance des blessures. Dès lors, cette évaluation, faite dans le cadre d'un certificat médical ou d'un certificat d'ITT, doit absolument s'appuyer sur un descriptif très précis et complet des blessures somatiques présentées ainsi que sur l'appréciation du retentissement psychologique.

Conclusion

La France affirme aujourd'hui sa volonté politique d'améliorer la prévention des violences faites aux femmes, priorité de santé publique désormais reconnue. En effet, la ratification récente par le gouvernement de la convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique confère une responsabilité pour améliorer sensiblement la prise en charge et le parcours de ces femmes.

Nos réflexions s'inscrivent dans la continuité de cette affirmation politique à la priorité de santé que constituent les violences faites aux femmes, au-delà de l'enjeu même de société du bien vivre ensemble. Priorité de santé qui justifie un rééquilibrage de l'action publique au profit d'une plus grande intervention et responsabilité des professionnels de santé. Ces réflexions proposent un changement de paradigme qui renverse la charge de la responsabilité, en imposant aux acteurs de la prise en charge, qu'ils soient de la santé, de la police, de la justice, de se préoccuper du parcours complet de la femme qu'ils rencontrent, et plus de faire reposer sur les femmes elles-mêmes le parcours du combattant de devoir frapper à une porte puis l'autre et une troisième et qui conduit à les perdre progressivement avec un renoncement aux soins et un maintien dans le cycle infernal des violences.

Il est possible d'affirmer ce changement de perspective, si cette affirmation de principe est prolongée par des instructions précises en ce sens aux administrations concernées ; et il est possible d'engager des actions concrètes, comme le confirment de nombreuses initiatives de terrain, si l'on impose de formaliser un choix d'organisation des ressources et le qui fait quoi sur le territoire.

Nos préconisations ont en effet le souci d'une mise en œuvre opérationnelle rapide, sans rupture avec les organisations qui fonctionnent et pour inspirer les partenaires à la recherche d'une bonne façon de faire. Il doit inciter et permettre sur l'ensemble du territoire d'avoir un parcours de la victime qui lui garantisse la qualité de sa prise en charge globale - tant médico-psycho-sociale que judiciaire. Ce parcours ne sera pas forcément le même en tout point du territoire, en fonction des ressources en place et des contextes locaux ; mais en tous cas, en tout point du territoire, une organisation des ressources doit exister, être formalisée et connue, qui garantisse un parcours de prise en charge pluri-disciplinaire et co-responsable entre des partenaires expérimentés et formés pour permettre aux victimes de se reconstruire après les violences.

Marie FONTANEL

DGA ARS Alsace

Dr Patrick PELLOUX

Médecin urgentiste

SAMU Paris

Dr Annie SOUSSY

Chef de l'UMJ du CHI

de Créteil

Juillet 2014

Annexe 1 : lettre de mission

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES DROITS DES FEMMES
PORTE-PAROLAT DU GOUVERNEMENT



Paris, le 28 MARS 2014

La ministre des affaires sociales et de la santé

La ministre des droits des femmes, porte-parole du
Gouvernement

à



Madame Marie Fontanel, directrice générale adjointe de
l'ARS Alsace

Docteur Patrick Pelloux, médecin urgentiste au SAMU de
Paris

Docteur Annie Soussy, chef du service de l'unité médico-
judiciaire du centre universitaire intercommunal de Créteil

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et que la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demi plus cher que la prise en charge d'autres femmes. Les autres comorbidités les plus couramment soulignées sont : la prématurité des nouveaux nés, l'abus de substance psychoactives, la dépression et les problèmes gynécologiques (risque multiplié par trois).

Le système de santé est le lieu de premier recours pour les femmes victimes de violences : en France, un quart des femmes victimes font appel en premier recours à un médecin (alors que 13% seulement se rendent au commissariat de police). Les urgences sont à cet égard un lieu décisif pour organiser les réponses aux violences. Les modalités de recueil des premières constatations judiciaires après un passage aux urgences constituent également une voie de progrès sur ces questions, notamment pour les violences sexuelles.

Les soins aux victimes de violences impliquent non seulement le soin des blessures corporelles mais la capacité à développer un soutien plus global aux patientes, en lien avec les structures en charge d'assurer une réponse pénale et sociale. Le rôle des professionnels de santé ne peut être efficace que s'il inscrit dans une prise en charge en réseau.

Un enjeu central est la formation des professionnels de santé de premier recours, qu'il s'agisse des médecins généralistes, des urgentistes, des sages-femmes. Les médecins français considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour faire face à des enjeux notamment les médecins de premiers recours : 60% des médecins généralistes considèrent qu'ils ne disposent pas de la formation suffisante en la matière.

Un autre enjeu est la prévention précoce et le dépistage dans certains moments clés. Il s'agit pour cela de sensibiliser les professionnels de santé afin de leur permettre de repérer le plus précocement possible les femmes victimes de violences et de les orienter vers une prise en charge appropriée. Au

Royaume Uni une expérimentation a été conduite en 2008 (IRIS) à Hackney et Bristol dans 51 cabinets médicaux. Cette expérimentation a permis une augmentation très importante du nombre de femmes repérées comme victimes de violence et une prise en charge plus précoce.

La grossesse est ainsi un moment clé pour le dépistage des violences : des violences sont constatées dans 3 à 8% des grossesses et le taux de violences est encore 3 à 4 fois supérieur en cas de grossesse non désirée selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) ; une étude longitudinale britannique a indiqué que pour un tiers des femmes qui connaîtront un acte de violence au cours de leur vie, le premier incident est intervenu pendant la grossesse, qui est donc un moment privilégié pour poser la question de la violence.

De nombreuses initiatives existent sur le plan local qui s'appuient sur ces constats, mais rien aujourd'hui ne permet de les mettre en relation et de les capitaliser. Le rôle des Agences régionales de santé doit se développer sur cette problématique majeure.

C'est pourquoi le plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes prévoit la définition d'un protocole national sur la prévention des violences faites aux femmes, la prise en charge et le suivi des femmes victimes de tels agissements. Ce protocole national sera destiné à être décliné sur le plan régional à travers des conventions santé/police/justice dont l'élaboration et la mise en œuvre sera coordonnée par les agences régionales de santé.

Nous souhaitons que vous prépariez avant la fin du mois de juin 2014 un projet de protocole. Ce document devra définir ce que les protocoles locaux devront prévoir, notamment :

- les conditions de réalisation d'un diagnostic et d'un plan d'action relatif à l'organisation des acteurs sur chaque territoire, pour repérer et prendre en charge une victime de violence ;
- la désignation de référents locaux, chargés d'améliorer la coordination des différentes entités intervenant auprès des victimes, et le rythme de leurs rencontres ;
- les modalités d'information réciproque des acteurs intervenant auprès des victimes ;
- les garanties apportées aux victimes, notamment dans l'articulation entre les Unités Médico-Judiciaires et le reste du système de soins ;
- les bonnes pratiques en France et à l'étranger et expérimentations à conduire, en lien avec les possibilités d'intervention des ARS ;
- le suivi, par le niveau national, de ces protocoles régionaux (transmission des diagnostics et plan d'action) et le soutien, apporté par ce même niveau, à l'échange de bonnes pratiques entre régions.

Nous souhaitons que vous associiez à vos travaux les associations les plus impliquées dans le soutien aux femmes victimes de violence et des professionnels de santé impliqués à tous les stades de la prise en charge. Vous associerez également à vos travaux des acteurs de la justice et des forces de sécurité.

Pour vous aider dans le déroulement de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services de nos ministères.

Marisol TOURAINE



Ministre des affaires sociales
et de la santé

Najat VALLAUD-BELKACEM



Ministre des droits des femmes,
porte-parole du gouvernement

**Annexe 2 : liste des bonnes pratiques recensées
par la MIPROF et le réseau du service des droits des femmes**

La présente annexe a pour objet de lister une partie des bonnes pratiques repérées sur le territoire et qui pourront inspirer les territoires qui souhaiteraient se doter de ces organisations et outils. Le site internet <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr> pourrait avoir cet objectif de recenser ces pratiques et de mettre en ligne les outils sous réserve de l'accord de leurs promoteurs.

- Protocoles existants de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes :
 - o DDCS de Maine et Loire
- Aide aux victimes :
 - o Unité d'accueil des victimes de violences (CHU Toulouse)
 - o Permanence d'accueil, d'orientation et de conseil en milieu hospitalier pour les femmes victimes de violences (CH d'Aubagne)
 - o Cellule d'accueil des femmes victimes de violences (CH du pays de Fougères)
 - o Centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CHU Rouen)
- Formation et sensibilisation des professionnels de santé
 - o UMJ du CHU d'Angers
 - o Maternité du CHI André Grégoire de Montreuil
 - o UMJ du CHI Créteil
 - o DDCSPP de la Creuse et CH de Guéret
 - o Réunion d'information « comment et pourquoi rédiger un certificat médical dans les situations de violences conjugales ? » (CDOM 92)
- Outils d'aide au repérage et à l'orientation des femmes victimes de violences
 - o Plaquette « violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins » de l'UMJ du CHU d'Angers
 - o Fiche réflexe pour les professionnels de santé : violences conjugales (Hauts de Seine – protocole santé de l'Escalier/Solidarité femmes, coordination par la mission départementale aux droits des femmes)
 - o Plate-forme téléphonique « Informations femmes et violences pour les professionnels » de l'UMJ d'Angers
- Faciliter le parcours médico-légal et le recueil des preuves
 - o Convention de prise en charge financière des actes médico-légaux pour les femmes de violences, hors réquisitions judiciaires : Etat-CH de Brive-la-Gaillarde, de Tulle et d'Ussel – CPAM de Corrèze –MSA et RSI du Limousin
 - o Généralisation des certificats médicaux avec ou sans plaintes : Hôtel Dieu, CHI Ballanger
 - o Protocole de prise de plainte au sein des maternités entre la FNSF, le réseau périnatalité, l'UMJ et la police nationale (département des Hauts de Seine)
- Suivi des femmes :
 - o Consultation de psychologue pour prendre en compte le psychotraumatisme des violences : CH Rober Bellanger d'Aulnay sous Bois

Annexe 3 : liste des personnes rencontrées

BRIE Françoise, fédération nationale solidarité femmes

BELLOT Françoise, Collectif féministe contre le viol

BALDECK Marilyn, Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail

BON-MAURY Gilles, Cabinet de la Ministre des droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

BUFFETEAU Sophie, Cabinet de la Ministre des droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

LATOURE Emmanuelle, service des droits des femmes et de l'égalité

LECLERC Agnès, haut fonctionnaire chargée de l'égalité des droits

MARMIER Mathilde, cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la santé

NELIAZ Laure, bureau de l'égalité dans la vie personnelle et sociale, service des droits des femmes et de l'égalité

HEMMENDINGER Françoise, déléguée régionale aux droits des femmes Alsace

REBHI Caroline, Mouvement français pour le planning familial

RODRIGUEZ-DAMIAN Emilie, bureau de l'égalité dans la vie personnelle et sociale, service des droits des femmes et de l'égalité

RONAI Ernestine, Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences

TEILLARD Jérôme, Cabinet de la Ministre des droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

TOSTIVINT Anita, Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles

SIRVENT Claude, délégation aux victimes, Ministère de l'Intérieur