



Inspection générale
des affaires sociales

La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU

Simon VANACKERE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2017 –
2017-001R

SYNTHESE

Plus de 200 000 femmes chaque année, *a minima*, sont victimes de violences : il s'agit donc d'un enjeu de société et de santé majeur qui concerne au premier chef les professionnels de santé.

L'hôpital est un lieu-clé pour la prise en charge de ces femmes, en premier lieu dans les services d'urgence et les services gynéco-obstétriques. Les urgences traitent des situations les plus aiguës ; les services gynéco-obstétriques interviennent notamment pendant la période de grossesse, identifiée comme une période « à risque ». Si la place et le rôle de l'hôpital ont été dans l'ensemble peu précisés dans les plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes successifs, des progrès ont été réalisés ces dernières années : le plan 2014-2016 a, par exemple, permis la désignation de référents « violences faites aux femmes » au sein des services d'urgence.

La mission devait « *établir une modélisation de la prise en charge en un lieu unique des femmes victimes de violences [...]* », en s'appuyant sur l'analyse d'initiatives existant sur les territoires. A cet effet, elle a rencontré les acteurs nationaux, ainsi que plusieurs structures hospitalières, à l'occasion notamment de plusieurs déplacements. Conformément à la lettre de mission, la première partie du rapport est consacrée à l'initiative particulière qui a récemment vu le jour au CH de Saint-Denis (la « Maison des femmes »)¹. Enfin, la mission a éclairé son travail par des exemples internationaux.

Au terme de ses travaux, la mission fait le constat que l'enjeu de la prise en charge sanitaire, et particulièrement à l'hôpital, des violences est encore trop peu identifié, tant au niveau national qu'au niveau des territoires. Au niveau national, les efforts portent principalement sur la formation et la sensibilisation des professionnels de santé, mais il n'existe pas à ce jour de réseau professionnel à proprement parler. De même, la dimension « pratiques professionnelles » a été peu investie, quand des pays proches (Belgique, Espagne, Royaume-Uni) ont mieux structuré ce travail. Au niveau des territoires, les ARS ne disposent que d'une vision faible sur les organisations retenues par les structures hospitalières, et ne sont donc de ce fait pas en situation de les faire évoluer selon les besoins recensés sur les territoires. Il est donc nécessaire de considérer la prise en charge en milieu hospitalier des violences faites aux femmes comme un enjeu prioritaire. En conséquence, il convient de mobiliser les acteurs dont tout particulièrement les ARS en appui des hôpitaux, et de demander à la HAS de conduire des travaux relatifs aux pratiques professionnelles.

Méconnues, les initiatives de terrain sont pourtant riches ; portées par les professionnels dans des structures de toutes tailles, leurs caractéristiques opérationnelles peuvent être parfois sensiblement différentes (« porte d'entrée » et modalités de la prise en charge, organisation administrative, moyens affectés, ...). L'analyse de ces organisations permet d'identifier quatre schémas principaux :

- les prises en charge organisées à partir d'un service de l'hôpital :

¹ Cette synthèse ne concerne que la 2^{ème} partie du travail de la mission, relative au cadre national et à sa déclinaison territoriale.

- un « point d'entrée » dans la prise en charge à partir des urgences (schéma A) ;
- un « point d'entrée » dans la prise en charge qui relève de la gynécologie-obstétrique (schéma B).
- les prises en charge reposant sur un schéma plus autonome :
 - une prise en charge large, conçue pour tous publics et/ou toutes violences (schéma C) ;
 - une prise en charge spécifique, concentrée sur certains publics et/ou certaines violences (schéma D).

La mission constate que la diversité des prises en charge et des organisations reflète la variété des besoins identifiés par les professionnels sur les territoires : de ce fait, l'idée d'un « modèle » unique, qui aurait vocation à être dupliqué partout, n'est pas adaptée. En revanche, la mission identifie que, quelles que soient les organisations retenues, trois compétences doivent être réunies pour une réponse complète et efficace : des compétences médicales incluant la santé mentale, des compétences de travail social et des compétences relatives au travail de coordination. Dans les organisations qu'elle a étudiées, ces compétences peuvent être réunies, soit par le biais de mutualisations hospitalières, soit faire l'objet de temps de travail dédiés. Ainsi que la mission l'a observé, ces compétences sont parfois plus difficilement réunies, soit que les compétences soient rares, soit que les budgets contraints ne donnent pas de marge de manœuvre suffisante.

La mission relève que les situations prises en charge, qui nécessitent la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires et se laissent difficilement standardiser, cadrent mal avec une tarification à l'activité, et génèrent de ce fait des déficits budgétaires. En réalité, selon les professionnels rencontrés, il apparaît opportun de replacer ces activités dans un cadre plus large, ainsi que de considérer tant les coûts évités pour le système de santé dans son ensemble que le gain qu'en retirent les organisations hospitalières en particulier en matière de fluidité des parcours.

Dès lors, afin de garantir une prise en charge adaptée, la mission formule 7 recommandations² visant à :

- dans un cadre hospitalier, réunir les compétences précitées (médicale dont santé mentale, travail social, temps de coordination) dans des organisations dont les contours peuvent varier en fonction des caractéristiques tant du territoire que des structures. La mission distingue ainsi entre un socle de base, et des compétences plus spécifiques dont la mobilisation doit s'étudier au cas par cas (ex : réparation des mutilations sexuelles féminines),
- inscrire ces organisations à un niveau territorial adapté, par exemple les groupements hospitaliers de territoire (GHT), ce qui permettra de mettre en commun les compétences entre structures et de garantir un maillage territorial de proximité,

² La structure de Saint-Denis faisant également l'objet de recommandations dédiées.

- donner aux structures hospitalières les moyens d'organiser ces prises en charge par l'identification de moyens budgétaires *ad hoc* : à ce titre, la mission propose l'instauration d'une enveloppe estimée de 15M€ à 20M€ annuels, se répartissant en crédits FIR et en crédits MIG, pour intervenir de façon complémentaire aux ressources qui pourront être mobilisées en interne par les structures. En l'absence de moyens financiers identifiés au niveau national, les projets portés dans les territoires risquent d'être dépendants de la situation financière des établissements de santé et de rester lettre morte.

Enfin, la mission souligne que l'organisation de la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence est nécessairement partenariale. Ainsi, les liens doivent être forts avec les autres services hospitaliers dont les UMJ, financées par le ministère de la justice, afin de garantir la qualité des orientations de patientes et de permettre le dépôt de plainte le cas échéant. Par ailleurs, ces partenariats s'inscrivent forcément sur un territoire et mobilisent les ressources de celui-ci : la prise en charge à l'hôpital est l'un des aspects d'une prise en charge globale. Il convient dès lors que les liens avec les autres acteurs (collectivités au premier rang desquelles le Conseil départemental ; autres professionnels et structures de santé ; associations, notamment d'aide aux victimes, de gestion de l'hébergement d'urgence, etc.) qui interviennent dans le parcours de ces femmes soient un axe prioritaire en tant que tel de ces projets.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| SYNTHESE | 3 |
| INTRODUCTION | 10 |
| 1 La Maison des femmes de l’hôpital de Saint-Denis : un projet innovant de prise en charge pluridisciplinaire qui doit trouver les conditions de sa pérennité | 11 |
| 1.1 La Maison des femmes prend en charge les situations de violences subies par les patientes du CH de Saint-Denis | 11 |
| 1.1.1 Le CH de Saint-Denis accueille une forte proportion de femmes vulnérables et précaires..... | 11 |
| 1.1.2 Des patientes victimes de violences en nombre croissant, insuffisamment ou imparfaitement prises en charge | 12 |
| 1.2 La création de la Maison des femmes : un projet et un bâtiment devenus indissociables .. | 13 |
| 1.2.1 La construction d’un bâtiment distinct de l’hôpital pour réformer l’accueil des femmes | 13 |
| 1.2.2 Dans l’hôpital, la Maison des femmes cherche encore sa place administrative | 14 |
| 1.3 Une organisation des prises en charge pluridisciplinaire et dans la durée | 15 |
| 1.3.1 Deux supports administratifs pour une équipe pluridisciplinaire | 16 |
| 1.3.2 Des prises en charge personnalisées, autour de parcours diversifiés | 18 |
| 1.4 Un pilotage et un fonctionnement opérationnel complexes et en recherche de stabilité.... | 22 |
| 1.4.1 Un équilibre à trouver pour un pilotage durable du projet..... | 22 |
| 1.4.2 Des ajustements en cours pour assurer un fonctionnement quotidien durable et fluide | 24 |
| 1.5 Un financement mixte pour une structure hospitalière..... | 25 |
| 1.5.1 Le financement de l’investissement a été largement assuré par des fonds privés | 25 |
| 1.5.2 Les voies d’un financement pérenne du fonctionnement ne sont pas encore stabilisées | 26 |
| 1.6 Prématurée à ce stade, l’évaluation du projet est un enjeu important..... | 31 |
| 1.6.1 L’activité peut aujourd’hui être appréhendée de façon descriptive par des données générales | 31 |
| 1.6.2 La construction des outils d’une évaluation..... | 34 |
| 2 Des pistes pour une prise en charge systématique et adaptée des femmes victimes de violences en milieu hospitalier | 36 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1 | Si l'enjeu de la prise en charge à l'hôpital se développe progressivement, des initiatives existent, mais elles sont mal connues et peu pilotées..... | 36 |
| 2.1.1 | L'enjeu de la prise en charge, à l'hôpital, des femmes victimes de violences, émerge progressivement..... | 36 |
| 2.1.2 | Tant le positionnement que les ressources de l'hôpital lui confèrent une valeur ajoutée spécifique dans la prise en charge des femmes victimes de violence | 39 |
| 2.1.3 | Les initiatives de terrain restent mal connues et peu pilotées..... | 40 |
| 2.2 | Des initiatives très différentes mais dont les pratiques convergent largement | 44 |
| 2.2.1 | Les différentes « entrées » dans la prise en charge..... | 45 |
| 2.2.2 | Différentes modalités d'organisation..... | 57 |
| 2.2.3 | Des initiatives qui s'appuient sur les ressources hospitalières et territoriales | 58 |
| 2.3 | A partir d'un socle commun, adapter les organisations aux territoires..... | 60 |
| 2.3.1 | Continuer de sensibiliser et former les professionnels au sein des hôpitaux..... | 60 |
| 2.3.2 | Conçue à l'échelle d'un territoire, la prise en charge à l'hôpital doit s'articuler autour d'un triptyque de compétences | 60 |
| 2.3.3 | Synthèse de la construction possible des prises en charge | 63 |
| 2.4 | La problématique du financement de ces prises en charge est posée | 63 |
| 2.4.1 | Le financement des projets dans leur phase de lancement..... | 64 |
| 2.4.2 | Le financement durable de l'exploitation..... | 64 |
| 2.4.3 | Estimation des besoins de financement | 65 |
| 2.4.4 | Synthèse : du lancement de projet à sa pérennisation | 66 |
| 2.4.5 | La question des financements extrahospitaliers..... | 66 |
| | RECOMMANDATIONS DE LA MISSION | 69 |
| 1 | Recommandations relatives à la Maison des femmes du centre hospitalier de Saint-Denis | 69 |
| 2 | Recommandations relatives à la stratégie de prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences | 70 |
| | LETTRE DE MISSION | 71 |
| | LISTE DES PERSONNES RENCONTREES | 73 |
| | ANNEXE 1 : Illustration de parcours de femmes accueillies à la Mdf..... | 81 |
| 1 | Parcours « centre de planification » | 81 |
| 2 | Accueil des femmes en lien avec des violences | 82 |
| 3 | Demandes des femmes liées aux mutilations sexuelles féminines | 82 |
| | ANNEXE 2 : Principales compétences recensées au sein des organisations étudiées..... | 83 |
| | ANNEXE 3 : Etat des lieux de la prise en charge en établissements hospitaliers des femmes victimes de violence (Région Pays-de-La-Loire)..... | 87 |

PIECES JOINTES : Prise en charge sanitaire des violences faites aux femmes – exemples étrangers 93
SIGLES UTILISES..... 137

INTRODUCTION

Par une lettre de mission datée du 25 novembre 2016, la Ministre en charge des affaires sociales et de la santé a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission relative à la Maison des femmes (ci-après Mdf) du centre hospitalier de Saint Denis³ (département de Seine-Saint-Denis) et aux conditions d'une « modélisation de la prise en charge des femmes victimes de violence en un lieu unique pour duplication sur le territoire ». Le chef de l'IGAS a désigné Christine Branchu et Simon Vanackere pour la réalisation de ce travail.

La lettre de mission mentionne la « Maison des femmes » de Saint-Denis comme un « lieu unique » dans lequel sont prises en charge « toutes les problématiques auxquelles sont confrontées les femmes victimes [de violence] ». Il est par ailleurs précisé que « ce projet s'inscrit pleinement dans les orientations [du ministère] en matière de prise en charge, notamment sur le volet du psycho-traumatisme ».

Le premier objectif de la mission est ainsi de procéder à une première évaluation de ce projet afin d'en tirer, dans la mesure du possible, une « modélisation de la prise en charge en un lieu unique, incluant la prise en charge psychologique mais également la coordination avec les services de police et de justice ». Par ailleurs, la question des modalités de financement est explicitement soulevée.

La période de montée en charge de la Mdf n'est pas achevée et les activités se mettent en place par étapes successives, notamment selon les moyens qui peuvent être mobilisés. La mission n'a donc pas été en mesure de conduire une évaluation de l'impact ou de l'efficacité du projet, mais s'est attachée à recueillir des éléments et des données administratives et financières relatifs à sa mise en œuvre, afin d'asseoir des appréciations et des recommandations susceptibles de consolider son fonctionnement. Les travaux de la mission ne portent pas sur les aspects spécifiquement médicaux des prises en charge.

La deuxième partie du rapport propose des analyses et recommandations à visée nationale, sur la place de l'hôpital dans la prise en charge des femmes victimes de violences. Considérant la diversité des prises en charge hospitalières existant actuellement, la mission a mis en perspective l'organisation retenue au centre hospitalier de Saint-Denis avec d'autres schémas d'organisation, situés tant en Ile-de-France que dans d'autres régions. Il en résulte un exercice de comparaison dont il est possible de tirer des recommandations, bien qu'il ne soit pas exhaustif.

La mission s'est déroulée à compter du mois de janvier 2017. Elle a rencontré les acteurs nationaux et locaux concernés. Elle s'est rendue à plusieurs reprises au CH Saint Denis, où elle a pu s'entretenir tant avec la direction administrative qu'avec l'ensemble de l'équipe de la Maison des femmes. Elle a également échangé avec les partenaires de la Maison des femmes. Par ailleurs, afin de mieux repérer et analyser la diversité des pratiques en lien

³ www.lamaisondesfemmes.fr

avec le milieu hospitalier, la mission a saisi les ARS⁴ pour recueillir les informations disponibles à leur niveau. Elle s'est rendue à Angers, Bordeaux, Gonesse, Montreuil et Nantes, et s'est entretenue par téléphone avec les responsables de plusieurs structures hospitalières (Agen-Nérac, Angers, Armentières, Bondy, Brest, Nantes, Rouen, Saint-Malo).

Enfin, la mission a sollicité, dans le souci de proposer un éclairage international, le réseau des conseillers sociaux du ministère des affaires sociales (Allemagne, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Suède), s'est rendue à Bruxelles (CHU Saint-Pierre – structure CÉMAVIE) et a échangé avec plusieurs structures étrangères (Royaume-Uni ; Suisse).

La liste complète des interlocuteurs de la mission est précisée à la fin du rapport.

1 LA MAISON DES FEMMES DE L'HOPITAL DE SAINT-DENIS : UN PROJET INNOVANT DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE QUI DOIT TROUVER LES CONDITIONS DE SA PERENNITE

La Maison des femmes du Centre Hospitalier (CH) de Saint-Denis est le fruit d'une initiative d'un praticien hospitalier, alors cheffe de service de la Maternité de l'Hôpital Delafontaine à Saint Denis (93) et qui, depuis 2015, est adjointe du chef de service et Médecin-Chef de la Maison des Femmes. Les analyses de la mission ont été conduites au regard des données disponibles au premier trimestre 2017.

1.1 La Maison des femmes prend en charge les situations de violences subies par les patientes du CH de Saint-Denis

Avec une forte proportion de femmes en situation de vulnérabilité et de grande - voire d'extrême - précarité, les problématiques de violence recouvrent à la fois des situations d'ores et déjà prises en charge, et d'autres qui nécessitent de nouvelles réponses, compte-tenu de leur complexité, de l'enchevêtrement des problèmes et, par ailleurs, de leur fréquence parmi les patientes du centre hospitalier.

1.1.1 Le CH de Saint-Denis accueille une forte proportion de femmes vulnérables et précaires

Sur deux sites⁵, le Centre hospitalier de Saint Denis (CHSD) couvre un bassin de population de 400 000 habitants : 75% de sa patientèle se situe dans un rayon de 5 km autour de l'hôpital. Sur le site de Delafontaine, la maternité assure plus de 4 000 accouchements par an, chiffre qui a connu une forte croissance ces dernières années, à la suite de la rénovation des bâtiments et secondairement, de la fermeture d'une structure privée à proximité. La maternité est classée en niveau 3⁶ pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

⁴ En ce qui concerne la question des violences faites aux femmes outre-mer, la mission renvoie aux récents travaux du CESE : D. Rivière et E. Ronai, *Combattre les violences faites aux femmes dans les outre-mer*, 2017.

⁵ Le CHSD rassemble les hôpitaux Delafontaine et Casanova, sur deux sites. La Maison des femmes est située sur le site Delafontaine.

⁶ Les établissements de niveau 3 permettent, au-delà des prises en charge habituelles, le suivi des grossesses à haut risque et sont donc dotées d'un plateau technique adapté.

Une proportion très importante des femmes accueillies au CHSD est confrontée à la précarité, voire à la très grande précarité : pour 58% d'entre elles, selon une étude du CHSD qui croise une étude des publics et l'approche sociodémographique de l'INSEE (indicateurs « IRIS » ⁷). Dans l'ensemble, la patientèle de CHSD est deux fois plus précaire que la moyenne départementale et cinq fois plus qu'en Ile-de-France, selon cette même étude. Les données de la protection maternelle infantile (PMI) confirment cette analyse : dans la circonscription de Saint Denis, 22,4% des femmes enceintes accueillies en centre de PMI n'ont pas de couverture sociale ; 9,6% relèvent de l'aide médicale d'Etat (AME) ; 5,8% des femmes suivies débutent tardivement leur suivi de grossesse (après le premier trimestre). 30% ont un logement précaire. L'étude REMI⁸ apporte des éléments concordants.

1.1.2 Des patientes victimes de violences en nombre croissant, insuffisamment ou imparfaitement prises en charge

Les situations et actes de violence subis par les patientes du CHSD sont, selon l'analyse des professionnels, nombreux : faute d'études précises et d'indicateurs construits, les violences, déclarées par la patiente ou repérées au cours des prises en charge, ne sont pas quantifiées ou objectivées au sens strict, mais l'importance du phénomène est fortement ressentie par l'ensemble des équipes de l'hôpital et, plus généralement, de façon concordante par l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission. Dès 2002, sous l'impulsion de professionnels, la Seine-Saint-Denis s'est doté d'un observatoire départemental des violences envers les femmes⁹.

Les types de violences observés sont multiples, et souvent se cumulent : violences physiques ou psychologiques ; violences intrafamiliales ou conjugales ; viols, incestes et agressions sexuelles, commis récemment ou non ; mutilations sexuelles féminines (dont les excisions et les infibulations). En ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines, une étude interne au CHSD, à partir d'un questionnaire réalisé à la maternité sur une période donnée, a établi que 14% des femmes étaient concernées¹⁰.

Dans tous les cas de violence, les soins qui peuvent être apportés - les actes médicaux ou chirurgicaux - sont une étape essentielle, mais le long chemin de la résilience des femmes ne peut se résumer à cette prise en charge. Les violences laissent des traces douloureuses sur tout le corps, elles blessent également et durablement le psychisme des femmes, déstructurent la vie sexuelle, familiale, sociale, professionnelle. Une proposition de soins post-traumatiques est donc aussi nécessaire que celle des soins somatiques. Les accompagnements sociaux et médico-sociaux apportent des soutiens de première importance, parfois absolument indispensables, aux femmes qui doivent reprendre leur vie en main, après des actes et des situations de violence.

⁷ <http://www.ch-stdenis.fr/media-files/entrenous-n-13-mars-2016,232.pdf>

⁸ Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine Saint Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux. Rapport final. INSERM et Centre de recherche épidémiologie et statistiques Sorbonne Paris Cité, UMR 1153. (Étude 2014). Voir le site : <http://www.perinat-nef.org/remi/>

⁹ <http://www.seine-saint-denis.fr/-Observatoire-des-violences-envers-les-femmes-.html>

¹⁰ Etude réalisée par le CHSD en 2014.

Constatant la détresse et la souffrance de ces femmes, ainsi que la difficulté d'apporter les réponses appropriées, les professionnels du CHSD dans son ensemble et de la Mdf en particulier, ont voulu surmonter le sentiment d'impuissance, en construisant un nouveau mode d'organisation d'une prise en charge adéquate et systématique de toutes les femmes qui se présentent à l'hôpital, sans exclusive.

1.2 La création de la Maison des femmes : un projet et un bâtiment devenus indissociables

Directement fondé sur « l'expérience quotidienne des médecins et des équipes soignantes » du CHSD, le projet d'une « Maison des femmes »¹¹ (ci-après Mdf) a été conçu, à l'initiative du médecin cheffe du service de gynécologie obstétrique, de façon à disposer « d'un lieu ressource pour mieux accueillir et orienter ces femmes » qui connaissent « des situations complexes qui comportent plusieurs facteurs de vulnérabilité »¹². Les locaux de cette nouvelle structure ont été inaugurés en juillet 2016.

Le projet de la Mdf, développé avant même la publication du 5^{ème} « plan national de lutte contre toutes les violences faites aux femmes »¹³, est cohérent avec ce dernier. Il s'inscrit ainsi dans les orientations de politiques publiques, visant à une meilleure prise en charge des femmes victimes de violence, notamment l'action 24 « améliorer la prise en charge des soins psycho-traumatiques des femmes victimes de violence ». Cette action, en particulier, prévoit que « les femmes victimes de violences doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge s'effectuant par un.e professionnel.le formé.e à la spécificité de ce type de psycho-traumatisme et privilégiant l'unité de lieu avec la prise en charge somatique ».

1.2.1 La construction d'un bâtiment distinct de l'hôpital pour réformer l'accueil des femmes

Située dans le développement du pôle mère-enfant, la construction de la « Maison d'accueil, d'écoute et d'orientation des femmes », devenue « Maison des femmes », a été lancée en 2015¹⁴.

La décision de construire un nouveau bâtiment tient, au départ, largement à des considérations pratiques. En effet, bien que rénovés en 2011, les locaux de la maternité ne répondaient pas aux besoins des professionnels et ne permettaient de garantir à un accueil différencié selon le motif des consultations (suivi de grossesse, Interruption volontaire de grossesse (IVG), etc.). Notamment, l'espace réservé au centre de planification est apparu mal commode et étroit. Au cours de la réflexion sur ce point, le projet s'est rapidement élargi aux questions de l'accueil, de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes victimes de violence. Le projet de la Mdf ne se limite donc pas à la transposition d'une offre de soins d'un lieu à un autre.

¹¹ <http://www.lamaisondesfemmes.fr>

¹² Note de présentation du projet, CHSD.

¹³ Plan publié le 28 novembre 2016, couvrant la période 2017-2019 – voir 2^{ème} partie du rapport.

¹⁴ http://www.ch-stdenis.fr/media-files/443/rapport-activite-2015_web.pdf

A partir de cette double approche, architecturale et de soins, l'équipe s'est mobilisée pour que la construction d'un nouvel espace soit l'expression et l'occasion de développer un projet innovant de promotion de la santé des femmes victimes de violences, qui pose la question du périmètre d'intervention de l'hôpital et, en tout état de cause élargit la conception habituelle des soins.

Quatre objectifs, à partir d'un lieu unique, ont été définis¹⁵ par l'équipe:

- mieux répondre aux besoins de prise en charge des patientes vulnérables ;
- garantir l'accès aux soins des patientes précaires ;
- organiser un parcours de soins coordonné pour les femmes victimes de violences ;
- sensibiliser aux violences faites aux femmes les professionnels de santé, mais aussi les élèves des collèges et lycée du département, et le grand public.

La construction d'une maison, sur le terrain même de l'hôpital, ouverte sur la rue, a voulu concrétiser ce projet et signifier l'accueil, bienveillant et inconditionnel, des femmes. Le bâtiment, a pris la forme d'une maison indépendante, disposant de plusieurs salles de consultations et de réunion, sur deux niveaux, à partir d'une pièce d'entrée et d'accueil. La Mdf est accessible, soit depuis l'hôpital pour les professionnels, soit par une petite entrée, distincte, depuis la rue. Les deux entrées sont sécurisées par des badges ou des interphones.

1.2.2 Dans l'hôpital, la Maison des femmes cherche encore sa place administrative

Bien que fortement identifiée par les médias et par ses partenaires, la Mdf, qui est partie intégrante de l'hôpital, ne dispose pas en tant que telle de personnalité morale. Son identité administrative paraît encore en cours de consolidation ; plusieurs entités se juxtaposent, sans lien juridique vraiment ou définitivement stabilisé.

En pratique, le fonctionnement de la Mdf réunit, sur un même lieu, deux unités fonctionnelles (UF) de l'hôpital et mobilise également deux associations, supports juridiques et financiers d'une partie des activités.

Les deux UF relèvent de missions et de compétences administratives différentes (l'organisation et le financement de ces UF sont détaillés ci-après) :

- une unité fonctionnelle correspond au centre de planification (ci-après « UF-CP »), financée par une subvention du conseil départemental (CD) de Seine-Saint-Denis ;
- une unité fonctionnelle rassemble les activités liées aux violences faites aux femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines, appelée « Maison des femmes » (ci-après : « UF-Mdf »).

A ces deux UF, retracées en comptabilité analytique dans le FICOM (fichier commun de structure) et dépendant du centre de responsabilité « Gynécologie-obstétrique » du Pôle Femme-enfant, s'ajoutent deux associations qui relèvent de la loi de 1901, « Naître à

¹⁵ Note de présentation du projet « Maison des femmes », CHSD.

Delafontaine » (NAD) et « La Maison des femmes de Saint-Denis ». Ces deux associations ont un rôle de soutien en matière administrative et financière. Présidées l'une et l'autre par le médecin cheffe de la Mdf, elles ont des objets sociaux et des histoires différentes.

L'association NAD est une association ancienne, dont on retrouve fréquemment l'équivalent dans les maternités. Elle reçoit notamment des dons en faveur des œuvres et activités sociales ou de la formation du personnel de la maternité. Dans le cadre du projet « Maison des femmes », cette association intervient dans le financement, sur ses fonds propres et par ailleurs, comme support pour des fonds privés reversés, *in fine*, au CHSD.

L'association « Maison des femmes de Saint-Denis », dont la création était projetée au moment des travaux de la mission¹⁶, se centre quant à elle sur le projet éponyme. Les statuts sont formellement proches de ceux de l'association NAD. L'association a pour objet « d'améliorer la santé de l'ensemble des femmes vulnérables ou victimes de violences prises en charge à la Maison des Femmes, unité fonctionnelle de l'hôpital Delafontaine, à Saint-Denis ». Dans ce cadre, elle poursuit les missions suivantes :

- « améliorer la qualité et la sécurité des soins dans toutes ses dimensions, physique, psychique, reproductive et sexuelle ;
- prendre en charge les vulnérabilités et les violences grâce à la mise en place de trois unités distinctes : le planning familial, l'unité de soins pour les femmes victimes de violences et l'unité de soins pour les femmes excisées ».

Au même titre que l'association NAD, les ressources de l'association « Maison des femmes de Saint-Denis » comprennent « le montant des droits d'entrée et des cotisations, les subventions de l'Etat, des départements, des communes et des laboratoires et industries pharmaceutiques, et les dons des Fondations privées ou de particuliers. S'y ajoutent enfin les bénéfices des formations professionnelles dispensées par les professionnels de la Mdf ».

Bien que ces associations concourent, directement ou indirectement, aux activités qui se déroulent dans les locaux de la Mdf, et sont toutes deux formellement domiciliées au CHSD, aucune convention ne les lie, à ce jour, au CHSD.

Recommandation n°1 : Clarifier les relations entre le CHSD et les associations intervenant, directement ou indirectement, dans le projet et préciser le rôle et le périmètre d'intervention de chacun, par l'intermédiaire de conventions *ad hoc*.

1.3 Une organisation des prises en charge pluridisciplinaire et dans la durée

L'objectif général assigné à la Mdf, à savoir organiser différemment les prises en charge sur son territoire des femmes victimes de violence, est large, ambitieux, et suppose la mobilisation efficace d'un réseau de partenaires internes comme externes au CHSD. S'il est prématuré d'évaluer l'impact et les résultats du projet, la mission s'est efforcée d'analyser les moyens mis en œuvre, tant en terme d'organisation administrative que de parcours de soins, afin d'en vérifier l'adéquation.

¹⁶ A cette date, il était par ailleurs envisagé de confier la vice-présidence de cette association à une personne occupant par ailleurs des fonctions de direction dans un hôpital d'un département francilien limitrophe.

1.3.1 Deux supports administratifs pour une équipe pluridisciplinaire

L'équipe de la Mdf est constituée de celle du Centre de planification et de conseil familial, présente de longue date dans le CHSD et qui a emménagé dans ces nouveaux locaux et, par ailleurs, d'une équipe constituée progressivement, à l'initiative du médecin-chef de la Mdf et de la sage-femme coordinatrice de la structure, embauchée en 2016. Ces deux équipes correspondent aux deux UF précédemment évoquées.

1.3.1.1 Une équipe dédiée, très majoritairement sous contrat avec le CHSD

Si les statuts des personnels sont diversifiés, à ce jour la quasi-totalité des professionnels intervenant au sein de la Mdf est salariée par le CHSD. Les exceptions tiennent à l'intervention, au sein de la Mdf, de professionnels salariés par des partenaires (SOS Femmes 93, par exemple).

► Des professionnels sous contrat avec le CHSD : les équipes des deux UF.

L'équipe du centre de planification est composée de personnel médical et non médical, représentant au total 6,7 ETP dont notamment 1,4 ETP de médecins, 2,5 ETP de conseillères conjugales, 0,8 ETP d'infirmière et 1 ETP d'aide-soignante. Le Conseil départemental finance également 0,5 ETP de travail social, précédemment affecté au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et dont l'affectation au sein de la Mdf était en cours au moment de la mission (recrutement complémentaire de 0,5 ETP, au titre de la Mdf, permettant ainsi de mobiliser au total 1 ETP plein à court terme)

L'équipe de l'UF-Mdf réunit quant à elle des compétences de personnels salariés, dont des médecins (0,8 ETP environ, dont une composante de médecin sexologue), de psychologue (0,4 à 0,5 ETP) et de sage-femme (1,3 ETP dont 0,8 pour la sage-femme en charge de la coordination d'ensemble). Des personnels de santé bénévoles interviennent, pour un temps de travail qui reste marginal (moins de 0,5 ETP au total). Enfin, l'équipe de l'UF s'appuie sur des personnels non-médicaux salariés du CHSD (agent d'accueil et recrutement en cours, évoqué ci-avant, de 0,5 ETP de travail social).

Cet état des effectifs présents correspond à une montée en charge progressive entre 2016 (année incomplète en raison d'une ouverture effective en septembre) et 2017 (première année pleine de fonctionnement). Ainsi, 2017 voit par exemple l'affectation à l'UF-Mdf de 0,1 ETP de médecin supplémentaire, ainsi que le développement d'une compétence médicale en sexologie (0,4 ETP à compter de mars 2017, assuré par un médecin exerçant au CHSD). Au moment où s'est déroulé la mission, la mise en place d'une permanence / antenne délocalisée de l'UMJ de l'hôpital Jean Verdier de Bondy était en cours de formalisation, sous la forme d'une quote-part de temps de travail qu'un médecin effectuerait au CH de Saint-Denis¹⁷.

Il ressort, enfin, de cette présentation que, parmi les effectifs présents au sein de la Mdf, plusieurs catégories doivent être distinguées :

¹⁷ Ce qui implique d'envisager la question de son positionnement : au sein des urgences ou de la Mdf, par exemple.

- **Des personnels, médicaux comme non médicaux, rémunérés par le CHSD**, qui représentent la majorité des intervenants ;
- **Des professionnels de santé non rémunérés** : la Mdf mobilise des médecins retraités en gynécologie et en psychiatrie. Intervenant au titre de leur compétence médicale, ces professionnels sont enregistrés en comptabilité analytique à 0 ETP, leurs assurances sont prises en charge par le CHSD et leur activité s'exerce donc dans un cadre hospitalier classique tant en ce qui concerne le codage de l'activité, que les prescriptions médicales ;
- Les **personnes employées par une autre entité que le CHSD** : l'association NAD est le support d'accueil d'un poste d'adulte-relais, financé par la préfecture de Seine-Saint-Denis ; elle envisage par ailleurs d'engager et de rémunérer une personne qui, outre des fonctions d'accueil, contribuerait à la mise en place d'outils de connaissance des personnes reçues et de leurs besoins. Si ce type d'intervention existe dans des structures hospitalières, la mission recommande de les encadrer et de les sécuriser par des conventions entre les associations domiciliées au CHSD et ce dernier (cf. recommandation n°1 ci-avant).

Il faut par ailleurs noter la mise en place chaque mois d'une analyse des pratiques professionnelles des équipes des deux UF, sous la conduite d'un intervenant extérieur afin d'échanger sur des situations difficiles, de les soumettre à d'autres approches et de les analyser avec distance.

1.3.1.2 Des partenariats et des bénévoles en croissance

► **Les partenariats organisés dans les locaux de la Mdf**

L'association « SOS Femmes 93 » assure l'animation de groupes de parole hebdomadaires, qui prennent la forme chaque mois de 3 heures sur trois matinées et deux après midi. L'ensemble de ces interventions mobilise 0,2 ETP de travail social spécialisé sur les problématiques des violences faites aux femmes. L'action est financée par la Direction régionale des droits des femmes et de l'égalité d'Ile-de-France. A ce jour, il n'existe pas de convention avec la Mdf, notamment pour l'occupation des locaux. Par ailleurs, l'articulation de ces groupes de parole, aux techniques spécifiques et bien établies, avec les prises en charge de la Mdf, est encore en cours.

L'enjeu de ce partenariat est important pour apprécier si et comment la Mdf, structure hospitalière, peut et doit accueillir en son sein l'approche que SOS Femmes 93 déploie, dans un cadre d'intervention qui lui est propre.

Une permanence d'un délégué à la cohésion « police-population » (policier retraité ayant une expérience du territoire) est également organisée pour conseiller et de soutenir les femmes qui souhaitent ou envisagent de porter plainte. Le financement de ce temps d'agent de médiation et de prévention est pris en charge par la police nationale.

La mission estime nécessaire d'adosser, aussi systématiquement que possible, ces partenariats à des conventions entre les structures partenaires et l'hôpital.

➤ **Le bénévolat, une ressource de compétences et de dynamisme**

Les intervenants bénévoles, qui ont une place reconnue à la Mdf, signent une convention avec le CHSD, qui permet de couvrir et d'assurer leurs activités dans les locaux de l'hôpital. Les bénévoles exercent des activités aussi différentes que le conseil juridique, de l'ostéopathie, l'improvisation théâtrale, ou bien encore des tâches administratives (par exemple, les relations institutionnelles / la recherche de mécénat). Au total, plus d'une quinzaine de bénévoles intervient à ce jour à la Mdf.

1.3.2 Des prises en charge personnalisées, autour de parcours diversifiés

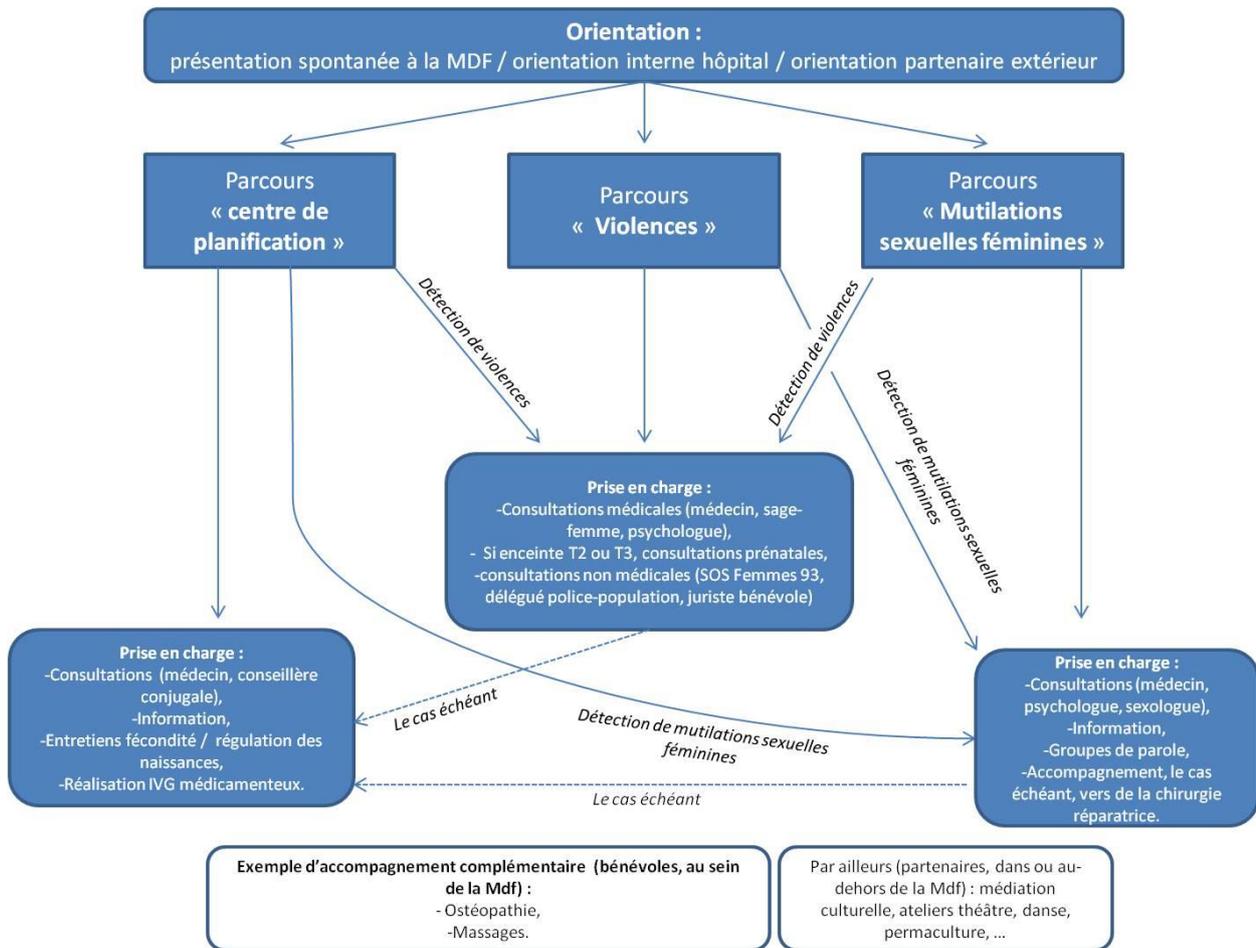
1.3.2.1 Un lieu ouvert aux femmes, du premier accueil à la prise en charge des violences

Si la prise en charge des femmes victimes de violence est le cœur des activités de la Mdf, la présence d'un centre de planification ouvre plus largement l'accueil tout en préservant la cohérence des prises en charge. Les missions du centre de planification intègrent le dépistage systématique des violences subies par les femmes, quelle que soit la date de celles-ci.

Selon les professionnels rencontrés par la mission, s'il n'est pas fait de pointage précis, environ la moitié des consultations orientées vers le centre de planification ont un lien avec des actes ou des situations de violence. Ainsi, cette consultation généraliste sur la contraception et les IVG permet de prolonger, si besoin, la prise en charge et de proposer un rendez-vous spécialisé avec des professionnels de la Mdf pour mettre en place un parcours coordonné et plus large pour les femmes.

Parallèlement, à partir de problématiques liées explicitement à la violence comme l'excision, les viols et les incestes, la Mdf accueille des femmes aux situations personnelles et familiales complexes et aux besoins multiples, notamment en matière de logement et de régularisation des titres de séjour.

Graphique 1 : Type de parcours au sein de la « maison des femmes » : points d'entrée et complémentarité(s)



Source : Mission

La Mdf associe une équipe de professionnels qui concourent :

- au primo-accueil et à l'orientation des femmes vulnérables et victimes de violences ;
- à l'orientation et le cas échéant à la préparation à la chirurgie réparatrice pour les femmes excisées, au planning familial et à l'IVG médicamenteuse ;
- à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, intrafamiliales, d'agressions sexuelles, ayant besoin d'un suivi post traumatique.

Au titre de cette approche, conçue comme globale et bienveillante de la santé des femmes, la Mdf a reçu le label de la chaire « santé sexuelle & droits humains » de l'UNESCO.

Les différentes compétences présentes dans la Mdf tendent à créer une synergie pour améliorer l'accès aux soins et leur suivi. La spécificité du lieu tient aussi à l'inconditionnalité du premier accueil : avant toute chose, les femmes sont écoutées et leur parole est systématiquement prise au sérieux. Si les différentes prises en charge sanitaires de la Mdf demeurent très liées aux activités du CHSD, la Mdf assure l'articulation et le suivi des parcours dans la durée. L'unité de lieu et la mobilisation sur place d'une équipe pluridisciplinaire simplifient, et pour de nombreux cas, créent les conditions de l'effectivité

de la prise en charge en réduisant au maximum les difficultés administratives et de compréhension et en apportant un soutien bienveillant aux femmes. Bien qu'assurant des missions distinctes, les deux UF réunies au sein de la Mdf sont, au quotidien, complémentaires. L'unité de lieu favorise l'échange entre les professionnels qui, de plus, se réunissent une fois par mois pour une « analyse des pratiques », animée par un intervenant extérieur (deux personnes se relayent en alternance).

Afin d'illustrer un parcours, la mission retrace, ci-dessous, son échange avec une femme accompagnée pour une mutilation sexuelle, ayant abouti à une réparation. D'autres exemples de parcours de femmes, prises en charge par la Mdf, sont présentés dans l'annexe 1.

La multiplicité des voies et des motifs pour entrer à la Mdf et la diversité des compétences professionnelles mobilisées, sont l'élément principal de la valeur ajoutée de la Mdf. La cohérence du projet tient aux caractéristiques des besoins de soins, au sens le plus large, des femmes accueillies. Au regard du caractère, parfois complexe, des problématiques rencontrées par les femmes accompagnées, la question du périmètre des réponses et des prises en charge possibles est posée aux responsables et aux financeurs de la Mdf.

► **Le témoignage d'Astou, 34 ans, de nationalité sénégalaise**

Ayant entendu parler de la possibilité de « réparer » une excision à la Mdf, Astou, qui est hébergée à Paris chez une proche, est venue spontanément à la Mdf.

L'accueil et l'accompagnement qu'elle a reçus l'ont mise en confiance. Elle a demandé à être opérée. Le jour de l'intervention, à son réveil, une professionnelle de la Mdf était auprès d'elle pour la rassurer et la conseiller pour les suites de l'opération.

Astou dit aimer revenir à la Mdf où elle est accueillie avec chaleur dans les groupes de parole.

A court terme, Astou, dont la situation administrative de résidence en France n'est pas stabilisée, mais qui est très à l'aise dans la société et la culture française, rencontre un problème de logement et de travail.

1.3.2.1 Des prises en charge qui ne sont pas comprises dans l'offre de soins de l'assurance maladie

La Mdf mobilise l'intervention de psychologues à hauteur de 0,4 à 0,5 ETP : il s'agit de l'une des compétences dont la montée en puissance devrait se produire à compter de 2017, au travers d'un recrutement permettant de disposer d'une ressource plus pérenne (à temps partiel). Le développement de cette offre correspond à la fois à un besoin identifié chez les femmes reçues, et au constat de la grande difficulté d'accéder à des soins hors cadre de l'hôpital.

Par ailleurs, la Mdf accueille et organise plusieurs groupes de parole :

- des groupes de parole pour les femmes excisées sont organisés directement par la Mdf. Ils s'adressent également à des femmes qui souhaitent s'informer, échanger avec des personnes ayant connu les mêmes épreuves, qu'elles soient ou non engagées dans une démarche de reconstruction. Animées par la médecin-chef et la sage-femme coordinatrice, ces groupes de parole permettent également aux femmes ayant été opérées de venir échanger dans un cadre collectif ;

- par ailleurs, l'association SOS Femmes 93, qui intervient à la Mdf, articule son intervention autour d'ateliers généralistes pour les femmes qui vivent des situations de violence.

1.3.2.2 Le périmètre des prises en charge en question : face à de multiples problèmes, jusqu'où aller ?

A ce moment de la montée en charge de ses activités et de l'objectivation des besoins de financement, et compte-tenu du caractère très multidimensionnel des violences faites aux femmes, la Mdf est confrontée à la question de son périmètre, qui amène à s'interroger sur ce qui relève ou peut relever directement de la Mdf, et ce qui doit relever du développement de partenariats locaux.

Ces partenariats relèvent en premier lieu des liens avec d'autres services et professionnels du CHSD, qui gagneront à être développés au cours des prochains mois. C'est tout particulièrement le cas avec la maternité Angélique-du-Coudray du CHSD, au sein du même pôle femme-enfant, ainsi qu'avec le service des urgences. La médecin-chef de la Mdf est également référente « violences faites aux femmes » au service des urgences. En tout état de cause, la construction des relations professionnelles intra-CH doit désormais s'intensifier dans l'intérêt de tous les services : fluidité accrue des parcours des patientes ; orientation facilitée vers la Mdf pour les services du CHSD ; capacité accrue de la Mdf à mobiliser les compétences présentes dans d'autres services du CHSD.

Par ailleurs, en ce qui concerne les partenariats extérieurs, le déploiement d'activités, au-delà des missions sanitaires, somatiques et psychiques, qui sont au centre des pratiques hospitalières, doit être en cohérence avec le fil directeur du projet. Si l'aval et l'amont ont toute leur importance, leur mise en œuvre doit également prendre en compte, de façon pragmatique, les financements acquis et le calendrier.

Ainsi, par exemple, de la question de l'accès à l'hébergement, qui est un point central dans la vie des femmes victimes de violence et qui bien souvent conditionne, en tout ou en partie, la possibilité de les accompagner. Face à ce problème, l'intervention de la Mdf s'inscrit dans un contexte territorial difficile et très contraint¹⁸, ce qui rend très aléatoire l'internalisation de la problématique dans une structure hospitalière. Il en va de même d'enjeux tels que, par exemple, la formation et l'insertion professionnelle des femmes quittant le domicile d'un conjoint violent.

La spécificité et la complexité de ces problèmes excèdent largement le champ d'intervention d'une structure qui demeure hospitalière, dans sa conception comme dans son fonctionnement. Aussi, au-delà du primo-accueil et du primo-accompagnement, les réponses doivent être élaborées par des partenariats avec d'autres acteurs du territoire : les femmes doivent être accompagnées, à leur rythme, mais résolument, vers les dispositifs de droit commun et vers une plus grande autonomie.

¹⁸ Le CHSD estime que parmi l'ensemble des accouchements réalisés chaque année, autour de 200 concerne des personnes vivant en situation de rue. Plus largement, le territoire départemental est très fortement sollicité en matière d'hébergement d'urgence, à la fois pour les besoins des séquanais-dionysiens, mais plus largement pour l'ensemble des publics franciliens : voir DRIHL, « Le logement et l'hébergement en Seine-Saint-Denis en 2015, *Repères*, 2016.

A cet égard, la mission a pu constater que les conditions semblent réunies pour des partenariats solides et efficaces : les acteurs du territoire identifient clairement la Mdf, et les professionnels de la Mdf ont initié un réseau de contacts en externe, en particulier avec la Ville de Saint-Denis et le Conseil départemental. Après quelques mois de vie du projet, il importe désormais de faire monter en puissance ces partenariats, et ce d'autant que le territoire de Saint-Denis dispose de ressources qui apparaissent pouvoir également répondre aux besoins des femmes prises en charge (par exemple : offre de consultation en psychotraumatologie¹⁹).

Recommandation n°2 : Confirmer l'ancrage hospitalier de la Mdf, afin d'en préserver la cohérence et d'en assurer la pérennité ; développer les relations professionnelles entre les services du CHSD ainsi que les partenariats extérieurs ; tout projet de développement ou d'extension doit être réfléchi et étudié dans le cadre d'une gouvernance et d'un pilotage rénovés, tels que présentés ci-dessous.

1.4 Un pilotage et un fonctionnement opérationnel complexes et en recherche de stabilité

L'inauguration du bâtiment a eu lieu le 11 juillet 2016 et les activités ont commencé progressivement, à partir de septembre 2016. De manière générale, le pilotage s'est caractérisé, de sa conception à l'inauguration, d'une part par des relations inégales avec les différents partenaires publics et, d'autre part par une association forte des partenaires privés intervenant au titre du financement.

1.4.1 Un équilibre à trouver pour un pilotage durable du projet

S'agissant d'un projet innovant tant sur le fond que sur les modalités de financement, le pilotage du projet est assuré via un comité, présidé par le médecin-chef de la Mdf. Ce comité réunit régulièrement²⁰ des partenaires publics (les mairies dont celle de Saint-Denis, le Conseil départemental) comme privés (fondations, etc.), mais aussi des bénévoles, des associations partenaires (SOS Femmes 93).

1.4.1.1 La place du CHSD

Les relations de la direction de la Mdf avec la direction générale du CHSD ont varié, selon les périodes ; des malentendus ont pu apparaître avec la question du financement des dépenses d'exploitation. Il importe de noter que l'équipe de direction du CHSD a été fortement renouvelée ces dernières années. Les personnes qui ont accompagné l'élaboration et le lancement du projet ont quitté le CHSD avant son aboutissement.

Partie intégrante de l'hôpital, sans autonomie juridique, le bon fonctionnement de la Mdf dépend, en premier lieu, de sa pleine intégration dans les services du CHSD. A ce stade, les

¹⁹ Quatre consultations sur la ville de Saint-Denis même, au sein des centres municipaux de santé.

²⁰ 5 fois depuis la première réunion de janvier 2015.

relations sont encore peu formalisées : les réunions des comités de pilotage²¹ ne sont pas préparées conjointement par la direction administrative du CHSD et les responsables de la Mdf, qui ne peuvent donc échanger en amont et élaborer des positions coordonnées. La mission estime nécessaire de mettre en place les fondements d'un pilotage opérationnel du projet, d'abord interne au CHSD, condition nécessaire pour en assurer la pérennité. Le calendrier est propice à une redéfinition du pilotage de la Mdf, puisqu'il s'agit de basculer d'une phase de « faisabilité / lancement » à une phase de fonctionnement à moyen et long terme.

1.4.1.2 Du côté des partenaires publics

Des relations suivies existent avec le Conseil départemental, compte-tenu, en premier lieu, de la décision, approuvée par le président du CD de déménager le centre de planification et de participer au financement de cette opération, et en second lieu, du fait que le CD délègue ses missions de planification à l'hôpital.

De leur côté, les liens avec l'ARS Ile-de-France et la DT 93 de l'ARS ont été, jusqu'à maintenant, réduits à l'échange d'éléments d'information. A l'avenir, l'ARS doit être un interlocuteur de première importance pour le projet, afin de consolider les voies et moyens de sa pérennisation et trouver des synergies sur le territoire.

Avec la ville de Saint-Denis, le partenariat noué est réel : outre le contrat local de santé (CLS)²², qui est un support utile pour articuler les interventions respectives des différents acteurs, les relations de travail entre la Mairie et les équipes de la Mdf prennent la forme d'une invitation régulière à l'instance de pilotage, la réunion au sein de la Mdf du réseau des correspondants violence de la ville de Saint-Denis, ainsi que par la réalisation d'actions telles que des visites culturelles.

Enfin, les échanges avec le Conseil régional ont porté sur la partie « investissement », au titre du financement prévu par cette collectivité pour les opérations de construction / travaux des centres de planification, contraception et IVG²³.

1.4.1.3 La place des partenaires privés

Un des points structurants du projet est la mobilisation de fonds privés, rendue nécessaire par les faibles marges financières du CHSD, et la volonté des promoteurs du projet d'assurer un financement dynamique, et en partie autonome, dans la phase initiale (tout particulièrement concernant les dépenses d'investissement). La recherche de ces financements privés a, jusqu'ici, été *de facto* assumée par le médecin-chef de la Mdf, même si l'administration de l'hôpital est associée lorsque le financement donne lieu à une convention avec l'hôpital (cf. ci-après).

Les relations avec les partenaires privés apparaissent fluides ; des comptes rendus leur sont adressés annuellement, selon les termes des conventions signées avec le CHSD ou

²¹ Les COPIL se sont tenus en 2015, le 15 janvier et le 16 juin ; en 2016, le 14 janvier, le 9 juin et le 15 novembre 2016.

²² Le CLS actuel, qui couvre la période 2015-2017 et dont le CHSD est signataire, a été rédigé alors que la Mdf n'avait pas encore débuté son activité. Le projet est toutefois évoqué à plusieurs reprises (fiche n°18 : santé des femmes et fiche n°23 : conforter le travail en réseau autour de la périnatalité).

²³ Article 22 de la délibération CR03-2012 du 27 septembre 2012.

NAD, et les échanges sont réguliers et substantiels. Les partenaires avec lesquels la mission a pu s'entretenir manifestent un fort soutien au projet, et un intérêt qui se prolonge au delà du soutien financier. Ainsi, manifestant son implication dans le projet, une fondation partenaire a eu l'occasion, en janvier dernier, de tenir son conseil d'administration dans les locaux de la Mdf.

*

L'une des forces du projet, dont le mérite revient à ses promoteurs, a été de réussir à mobiliser et fédérer des énergies et compétences très différentes. Il importe, à ce stade, de prioriser chacun des enjeux et d'identifier, par subsidiarité, l'interlocuteur pertinent pour chacun d'entre eux (enjeu-métier ; enjeu budgétaire interne ; enjeu budgétaire externe – tour de table des financeurs ; etc.) : à cet égard, la désignation d'un référent au sein de la direction et en charge du suivi du projet est un moyen possible.

Recommandation n°3 : Définir des modalités de pilotage ajustées aux enjeux et associant largement les partenaires. Notamment :

- Distinguer pilotage opérationnel (métier) et pilotage stratégique. L'enjeu budgétaire est transversal à ces deux catégories ;
- Distinguer une instance interne et une instance associant l'ensemble des partenaires et les financiers ;
- Elargir le champ des partenaires extérieurs pour associer l'ARS (siège régional et DT 93) ;
- Organiser l'insertion de la Mdf sur son territoire, par l'intermédiaire du CLS, par exemple.

1.4.2 Des ajustements en cours pour assurer un fonctionnement quotidien durable et fluide

La construction d'une maison séparée du bâtiment central du CHSD et, concomitamment en 2015, le changement du chef de service gynéco-obstétrique conduisent de fait à poser la question de son articulation avec les services de l'hôpital.

Si le déménagement dans un bâtiment autonome est salué par les acteurs qui ont obtenu des espaces supplémentaires, le fonctionnement quotidien de la Mdf reste pleinement hospitalier, ce qui peut soulever des questions pratiques et d'organisation.

Afin de faciliter la complétude des dossiers administratifs et de limiter les risques d'impayés, le service social du CHSD a décidé d'adapter l'organisation de la PASS, en mettant à la disposition de la Mdf, un ETP de travail social ainsi construit : le ½ ETP du centre de planification, pris en charge par le CD 93, est transféré à la Mdf et complété par ½ ETP sur un contrat de l'hôpital et compensé par un financement privé obtenu par la Mdf.

La vie quotidienne des équipes de la Mdf peut se trouver compliquée, depuis le déménagement, sur des tâches qui étaient auparavant entièrement internalisées dans le fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique, et qui, depuis, demandent de la

manutention et des allées-et-venues (dossiers des patientes, prélèvements sanguins). Les discussions se poursuivent avec la direction du CH sur ce point, qui pèse sur l'organisation d'une petite équipe.

1.5 Un financement mixte pour une structure hospitalière

Le projet « Maison des femmes » associe, tant en investissement qu'en exploitation, différents types de financements, publics comme privés. L'économie générale du projet, à ses différentes étapes, repose donc sur un mode de financement mixte.

1.5.1 Le financement de l'investissement a été largement assuré par des fonds privés

1.5.1.1 Un projet initié et porté par le CHSD

Dans la mesure où la Mdf fait partie des services de l'hôpital, la maîtrise d'ouvrage de la construction d'un nouveau local sur une parcelle dans l'enceinte de l'hôpital est revenue au CHSD : les directions en charge des finances, des affaires juridiques et des travaux et services ont engagé et suivi la totalité de la procédure.

Le chantier a mis au jour des sols pollués, ainsi que le besoin de travaux de remblais. Ces deux difficultés ont contribué à renchérir le coût total de la construction, initialement évalué autour de 600K€ et qui devrait finalement s'établir autour de 920K€. La procédure mise en œuvre a été celle du marché adapté. Au total, entre la pose symbolique de la première pierre en mars 2014 et la réception des travaux et l'inauguration en juillet 2016. La phase de construction a duré un peu plus de deux ans.

1.5.1.2 Le tour de table pour le financement de l'investissement ménage une place substantielle à des fonds privés

Le bouclage des financements nécessaires à la construction de ce nouveau bâtiment a, dès le départ, fortement reposé sur la recherche de partenaires, notamment privés.

Le renchérissement progressif des travaux a conduit le CHSD à avancer les sommes correspondantes, une partie de la conduite de projet consistant toutefois à poursuivre la recherche de fonds afin que le reste à charge final de l'hôpital soit nul. Dans l'hypothèse contraire, tout écart entre le coût réel et les financements collectés serait *de facto* à la charge de l'hôpital. Ce fonctionnement explique que des mouvements sont encore prévus, à horizon 2017, au titre de l'investissement immobilier, alors même que la Mdf a débuté son activité dans des locaux achevés, en septembre 2016 : les démarches engagées, soit afin de concrétiser encore quelques promesses de dons, soit d'identifier de nouveaux partenaires, sont encore en cours.

Parmi les partenaires sollicités pour financer l'investissement, on peut distinguer deux grandes catégories :

- les collectivités territoriales ;
- les partenaires privés, quasi exclusivement des fondations d'entreprise.

En ce qui concerne les collectivités territoriales, l'intervention du Conseil régional d'Ile-de-France est particulièrement notable : elle représente près du tiers de l'investissement total, et plus de 70% des contributions publiques²⁴. Les autres collectivités ayant accordé un soutien à l'investissement sont la commune de Saint-Denis et plusieurs communes avoisinantes.

Des fondations d'entreprise, dont les modalités d'intervention ne prévoyaient pas des dons à des structures publiques, ont conventionné avec l'association « NAD » (association regroupant les personnels des services de la maternité, de gynécologie et de néonatalogie²⁵), celle-ci opérant ensuite un reversement à l'hôpital (le reversement prend la forme d'un don, qui fait l'objet d'une décision d'acceptation de la part du CH).

Le tableau ci-dessous récapitule les flux afférents aux dépenses d'investissement :

Tableau 2 : Dépenses d'investissement – récapitulatif des partenaires et des flux (à mars 2017)

| | Entité | Destinataire | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2014-2017 | Total | % du total |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|------------|
| Collectivités terr. et fonds publics | Conseil régional ²⁶ | CHSD | | | | 327 087€ | 327 087 € | 447 087 € | 55,9% |
| | Conseil départemental (93) | CHSD | | | 35 000 € | 15 000 € | 50 000 € | | |
| | Communes ²⁷ | CHSD | 20 000€ | 5 000 € | 35 000 € | | 60 000 € | | |
| | Autres | CHSD | 10 000 € | | | | 10 000 € | | |
| Partenaires privés | Fondations privées ²⁸ | CHSD ou NAD ²⁹ (selon les cas) | 40 000€ | 20 000 € | 207 500 € | | 267 500 € | 352 500 € | 44,1% |
| | Contribution Naitre à Delafontaine | CHSD | | | 77 300 € | | 77 300 € | | |
| | Levée de fonds | NAD ³⁰ | | | 7 700 € | | 7 700 € | | |

Source : Mission d'après CHSD

1.5.2 Les voies d'un financement pérenne du fonctionnement ne sont pas encore stabilisées

1.5.2.1 Le financement du fonctionnement courant est mixte

Le financement de ces deux unités fonctionnelles (UF-CP et UF-MDF) relève de logiques différentes, récapitulées dans les tableaux ci-dessous.

²⁴ Le conseil régional est intervenu en trois temps: la construction, l'équipement de la structure et enfin un échographe.

²⁵ Au titre de l'article 2 de ses statuts révisés en date du 1^{er} octobre 2016, l'objet de cette association est défini ainsi : « La principale mission de l'association est l'amélioration de la santé de l'ensemble des femmes et de leurs nouveau-nés pris en charge dans le Centre Périnatal, dans toutes ses dimensions, physique, psychique reproductive et sexuelle ».

²⁶ Dont travaux (273 915€), équipement (25 000€) et échographe (28 172€).

²⁷ Dont communes de Saint-Denis, Stains, Bobigny, la Courneuve, Pierrefitte.

²⁸ Dont fondations Kering, Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France, L'Oréal, Roche, Elle, RAJA – Danièle Marcovici, Ponticelli, Terres Plurielles (Bouygues), Ventes Privées, Air France, Aéroports de Paris.

²⁹ Avec mécanisme de reversement au CHSD.

³⁰ Idem.

L'UF-CP relève des compétences du CD, qui les délègue au CHSD selon une convention-type mise à jour au mois de décembre 2016, qui précise les conditions dans lesquelles s'opère cette délégation, ainsi que les moyens affectés par la collectivité. Cette implantation au sein d'une structure hospitalière est classique (au niveau national, où environ 25% des centres de planification sont ainsi situés dans des hôpitaux³¹, comme en Seine-Saint-Denis³²). Si, de fait, les missions sont assurées par des personnels relevant de l'hôpital et sous la responsabilité du chef de service gynécologie-obstétrique³³, qui les délègue à la médecin-chef de la Mdf³⁴, elles sont financées par le CD.

Les modalités de cette délégation de mission sont globalement stables au cours des dernières années, et la création de la Mdf n'a pas eu d'incidence notable à cet égard. Aussi, par convention, on peut considérer que cette partie du financement est quasiment équilibrée. Si la réalité est plus nuancée³⁵, elle préexistait à la création de la « maison des femmes », et est donc neutre.

Tableau 3 : Tableau de financement de l'UF « centre de planification »

| Recettes (financement Conseil départemental) | |
|---|--|
| Postes | Montant |
| ETP | 860h annuelle de médecin 1 ETP d'assistant médico-administratif 1 ETP d'infirmière 1 ETP d'aide-soignante 2,5 ETP de conseillère conjugale 0,5 ETP d'assistante sociale |
| Fonctionnement | 26 770€ |

Source : Convention Conseil départemental – CHSD

Le financement de l'UF-MDF relève d'une logique différente : s'agissant d'une activité assumée directement par l'hôpital, l'équilibre du tableau de financement est directement de sa responsabilité. En l'espèce, le financement de l'UF-MDF repose sur les recettes d'activité tirées soit de l'assurance-maladie (consultations, à titre principal), soit de la

³¹ Voir IGAS RM2011-088P, *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*, 2011 (p15 et suivantes).

³² Outre le CHSD, de tels centres sont présents dans les centres hospitaliers d'Aulnay-sous-Bois, de Montfermeil, de Montreuil-sous-Bois, Bobigny, Bondy, ...

³³ L'article 4-3 de la convention entre le Conseil départemental et le centre hospitalier de Saint-Denis précise : « le Centre hospitalier assure l'autorité hiérarchique sur le centre de protection maternelle et de planification familiale, le chef de service de gynécologie-obstétrique assure la responsabilité médicale du centre ».

³⁴ PV du directoire du 15 novembre 2016.

³⁵ Par exemple : évolution du taux directeur fixé par le Conseil départemental pour les dépenses de structure ; compensation d'une fraction des ETP supportée par les recettes d'activité que l'hôpital tire de la localisation en son sein des missions déléguées par le Conseil départemental,...

mobilisation de partenaires privés. Tout écart entre ces recettes et les dépenses exposées (personnel, fonctionnement courant), qui viendrait constituer un déficit pour l'unité fonctionnelle, est à la charge de l'hôpital. Les contributions directes de particuliers, collectées par l'association « Naître à Delafontaine » à la suite d'opérations de levées de fond, représentent un montant marginal et ponctuel par rapport au budget total.

Le ministère en charge de la santé, sollicité en 2016, a pour sa part accordé un financement annuel de 160K€ sur deux ans, qui présente un caractère « exceptionnel ». Ce financement par des crédits MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) vient s'ajouter aux recettes d'activités évoquées précédemment.

Tableau 4 : Tableau de financement de l'UF-MDF (année 2017) – ressources externes (à mars 2017)

| Recettes | |
|--|-----------------------------|
| Source | Montant |
| Ministère de la santé | 160 000€ ³⁶ |
| Fondations ³⁷ | 164 650 € |
| Total | 324 650€ |
| <i>Pour mémoire, recettes prévisionnelles d'activité</i> | <i>23 000€³⁸</i> |

Source : Mission d'après CHSD

1.5.2.2 Les déterminants de l'équilibre financier de l'UF-MDF

La question de l'équilibre financier de l'UF-MDF s'inscrit dans le cadre des règles de comptabilité analytique du CHSD.

► Les dépenses :

Ainsi, la quote-part des charges de fonctionnement courant (chauffage, par exemple) ou l'imputation des amortissements (plus simple, dans la mesure où la Mdf est physiquement distincte du corps de bâtiment principal) représentent des charges importantes, déterminées par convention comptable (retraitement).

L'affectation de dépenses de personnels, calculée au regard d'une quote-part de temps passé par chaque professionnel au sein de la « maison des femmes », est également un enjeu important. Une complexité complémentaire repose sur la nécessité de distinguer entre les ressources qui font l'objet d'une réallocation en interne à l'hôpital (déjà présents

³⁶ Une somme équivalente est accordée au titre de 2018 (MIGAC).

³⁷ Dont fondation Kering, fondation Sanofi Espoir et fondation de France.

³⁸ Voir paragraphes suivants, notamment el paragraphe 1.5.2.3.

auparavant, les personnels relèvent désormais d'une autre unité fonctionnelle que celle à laquelle ils étaient rattachés) et les ressources *créées* nouvellement en vue du fonctionnement de « la maison des femmes ». Au surplus, cette problématique peut encore être affinée, si l'on considère que les personnels déjà présents avant la construction de la « maison des femmes » ont pu voir leur activité modifiée.

Au total, sur l'ensemble des ETP mobilisés au sein de la maison des femmes, on peut considérer que les charges de personnel nouvelles représentent entre la moitié et deux tiers des ETP totaux, selon les clés de répartition retenues (sur un total d'ETP inférieur à 10).

► Les recettes :

En symétrie, les recettes générées par l'activité imputée à l'UF sont également affectées au budget de celle-ci. A cet égard, l'étendue des recettes intégrées dans le budget de l'UF a varié au fur et à mesure que les documents budgétaires ont été affinés. Ainsi, alors qu'était initialement prévue l'intégration de recettes issues d'actes de chirurgie (chirurgie de réparation des mutilations sexuelles féminines), le choix a finalement été fait de les laisser en dehors du budget de l'UF, à l'issue d'un calcul coût / avantage. Leur intégration aurait en effet supposé l'intégration symétrique de charges d'amortissement du bloc opératoire, qui auraient pu déséquilibrer le budget de l'UF.

1.5.2.3 Une double problématique d'équilibre financier de l'activité et de pérennité des financements

La mobilisation de recettes de fonctionnement en provenance de partenaires extérieurs à l'hôpital, qu'ils soient publics ou privés, s'inscrit à ce jour dans un cadre de court ou moyen-terme (à horizon 3 ans, par exemple, pour plusieurs fondations).

Les recettes d'activité, quand bien même elles monteraient singulièrement en puissance, ne seraient pas de nature à compenser les recettes tirées de la mobilisation de partenaires privés³⁹. Au regard de l'activité déployée, les recettes d'activité (consultations) ne peuvent équilibrer les charges correspondantes, conduisant mécaniquement, hors ressources complémentaires, à un déficit de l'UF. En d'autres termes, la structuration même de l'activité et des moyens mobilisés (humains, fonctionnement) ne permet pas d'envisager que le budget de l'UF puisse s'auto-équilibrer. La sollicitation du ministère en charge de la santé, en 2016, s'est d'ailleurs appuyée sur ce raisonnement.

A l'échelle du budget global de l'hôpital, l'enjeu peut apparaître relativement modeste (le budget d'exploitation total de l'hôpital s'élève à 180M€ environ en 2015⁴⁰). De plus, dans ce même cadre, la création de la « maison de femmes » relève tant d'une nouvelle organisation du travail que de la création *ex-nihilo* d'une activité nouvelle : dès lors, les dépenses réellement nouvelles à assumer peuvent également être relativisées.

³⁹ Dans le budget prévisionnel, les recettes d'activité étaient estimées à 23K€ en année pleine (1 000 consultations), sur le fondement de l'activité constatée en novembre 2016. La progression de l'activité de la Mdf permet d'estimer que ces recettes pourraient *in fine* être supérieures. Mais même dans cette hypothèse, elles resteraient faibles dans le budget de l'UF. A titre indicatif, 23K€ représentaient ainsi autour de 5% des recettes prévisionnelles.

⁴⁰ Les charges totales estimées de l'UF-MDF représentent donc environ 0,2% du budget d'exploitation de l'hôpital.

Par ailleurs, et surtout s'il devait être envisagé de faire monter en puissance ce mode de prise en charge des violences faites aux femmes dans un cadre hospitalier (cf. partie 2 du rapport), il faut constater que ce type de missions s'ajuste mal à la tarification à l'activité, et paraît donc voué à être déficitaire. Dès lors, le risque serait en effet de faire élarger ces dépenses sur des lignes budgétaires conçues pour répondre à d'autres besoins (MIG Précarité par exemple : voir ci-après).

Si ces questions se posent pour la « maison des femmes » du CHSD, elles ne lui sont toutefois pas spécifiques : la mission formule donc également des recommandations dans la seconde partie de son travail. En ce qui concerne en particulier la Mdf, la question du déficit de l'UF n'est pas anodine sans être pour autant insurmontable : si le projet, en l'état actuel des financements, est équilibré à horizon 2018, la mission souligne l'importance d'anticiper la fin prévisible de certains financements. Dès lors, il importe que les équipes administrative et médicale développent une approche et une stratégie communes autour de cette question, tant en ce qui concerne l'objectivation de la situation budgétaire actuelle⁴¹ que les leviers d'action possibles.

Recommandation n°4 : Anticiper, dès à présent, l'extinction de certains crédits d'exploitation (cf. ensemble de recommandations de la 2^{ème} partie du rapport) en distinguant les dépenses « cœur de métier » qui relèvent du champ hospitalier, de celles qui apparaissent complémentaires et peuvent relever de financement extérieurs.

1.5.2.4 Une structure de financement complexe

Selon les mêmes modalités que celles présentées pour le financement de l'investissement, certaines recettes en provenance de partenaires privées transitent par l'association « Naître à Delafontaine » avant d'être reversées par celle-ci à l'hôpital. C'est notamment le cas du soutien accordé par certaines fondations.

Outre qu'il complexifie le tableau de financement en multipliant les flux, ce système signifie que les engagements contractuels au titre de la subvention accordée (ex : comptes-rendus d'activité, mais aussi conditions d'utilisation de l'image) reposent sur l'association cocontractante, et non sur l'hôpital, qui porte l'activité.

De plus, la mission estime nécessaire de mettre à plat et de définir les missions et périmètres d'action de chacun des acteurs impliqués. En effet, outre le CHSD en tant que tel, interviennent également les deux associations mentionnées précédemment : l'association « NAD » l'association et « la maison des femmes de Saint-Denis ». Le fait que se développent, dans une période récente, des liens de mise à disposition de personnel (de NAD vers le CHSD, par exemple), est un facteur de complexité complémentaire, évoqué ci-avant, en ce qu'il peut impliquer des relations financières (ex : mise à disposition contre remboursement ou embauche d'un personnel par l'hôpital contre compensation à due proportion des charges).

Il faut ajouter la création récente d'un fonds de dotation du CHSD qui, ainsi que le déterminent ses statuts, a vocation à centraliser les financements externes (privés) qui ne

⁴¹ Etat actualisé des recettes et dépenses ; dépenses réellement nouvelles imputables à la Mdf, etc.

peuvent être versés directement au CHSD ; le champ d'intervention de ce fonds et celui des deux associations se recoupent donc potentiellement, au moins en partie.

Aussi, la mission estime nécessaire de clarifier le schéma de financement du projet, les champs d'intervention et rôles de chacun des acteurs (CHSD, fonds de dotation, associations). Cette clarification est le complément de la formalisation des relations évoquées précédemment, par exemple au travers de l'établissement de conventions entre ces associations et le CHSD (voir recommandation n°1).

Recommandation n°5 : Clarifier, dans le schéma de financement, les rôles et attributions des acteurs publics, privés et associatifs.

1.6 Prématurée à ce stade, l'évaluation du projet est un enjeu important

1.6.1 L'activité peut aujourd'hui être appréhendée de façon descriptive par des données générales

Le caractère encore très récent de l'activité de la « maison des femmes » ne permet pas de proposer, d'ores et déjà, une évaluation du service médical rendu ou des gains d'efficience relatifs à l'amélioration du parcours de soins des personnes suivies. De plus, il faut noter que le codage de l'activité a été progressif, ce qui peut affecter l'interprétation des données : celles-ci n'ont pas fait l'objet de retraitements par la mission. Enfin, la mission n'a pas pu procéder à une mesure précise de l'évolution de l'activité, étant entendu que celle-ci peut intervenir soit au sein de la « maison des femmes » en tant que telle (surcroît de visibilité, meilleure identification par les partenaires internes comme externes, ...), soit au sein des autres services de l'hôpital (sous l'effet potentiellement conjugué de l'orientation de patients accueillis en premier lieu à la « maison des femmes » d'une part ; d'une capacité accrue par la réorganisation de locaux à l'issue de la mise en service de la « maison des femmes » d'autre part).

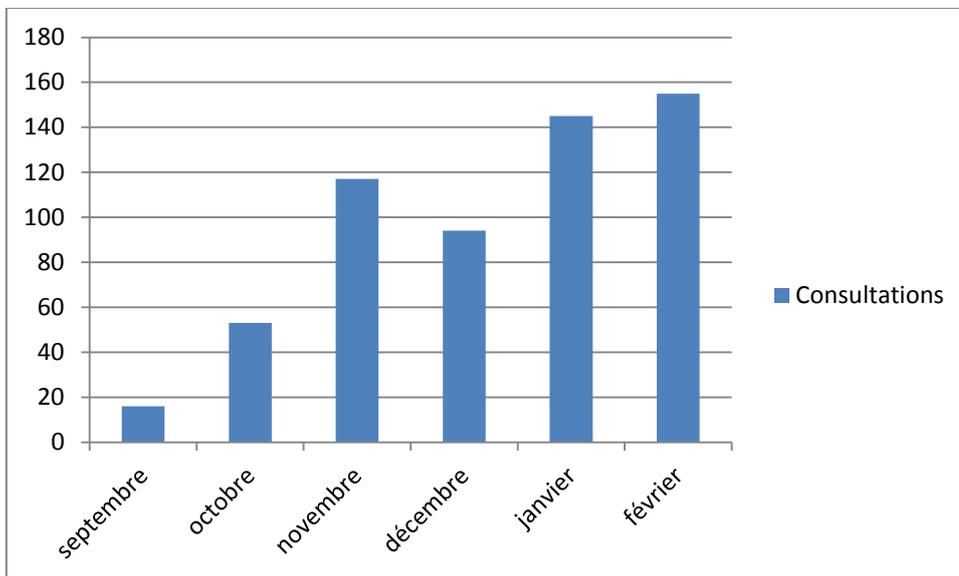
Sous ces réserves, la mission peut proposer un premier état de l'activité de la structure, et rendre compte de constats moins systémiques : ils font notamment apparaître que la « Maison des femmes » est principalement fréquentée par des personnes en situation de grande ou de très grande précarité, ce qui permet de penser que le dispositif rencontre son public.

De manière générale, depuis l'ouverture effective début septembre 2016 jusqu'au 8 février 2017, 478 femmes ont été reçues au sein de la « maison des femmes », certaines d'entre elles se présentant à plusieurs reprises (ainsi, pour 478 femmes, la comptabilité analytique de l'hôpital dénombre « 747 passages »). Ces chiffres ne tiennent pas compte des présentations spontanées à la Maison des femmes, qui ne donnent pas lieu à enregistrement, ni des activités en libre fréquentation (ex : groupes de parole).

Au total, de septembre 2016 à février 2017 inclus, 580 consultations ont été enregistrées. Le profil d'activité mensuel dénote une montée en puissance de l'activité, sans que l'on puisse en donner une interprétation certaine: elle peut relever soit d'un meilleur codage (manifeste pour le passage de la période septembre-octobre aux mois suivants, l'activité doublant par exemple entre octobre et novembre), soit d'une augmentation effective de l'activité (possible à compter de janvier), ou encore d'une conjonction de ces deux facteurs.

L'activité des deux premiers mois de l'année 2017 est d'ores et déjà supérieure aux quatre derniers mois de l'année 2016, depuis l'ouverture effective en septembre jusqu'au mois de décembre. Le nombre moyen de consultations par jour ouvrable est également nettement croissant.

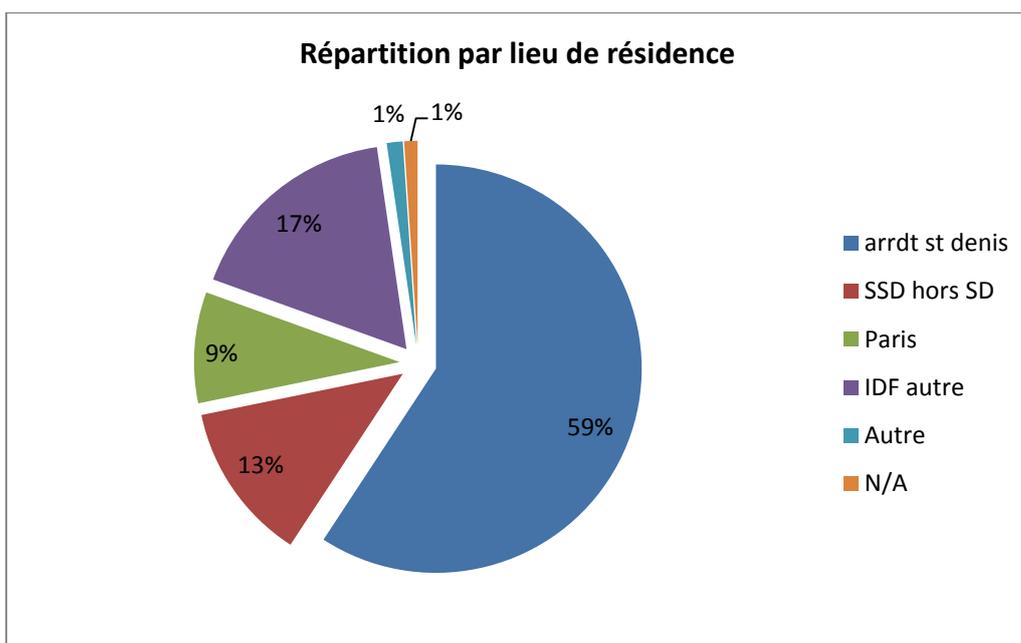
Graphique 1 : Nombre de consultations au sein de l'UF-Mdf de septembre 2016 à février 2017 (inclus)



Source : Mission d'après CHSD

L'analyse de la commune de résidence des 478 personnes ayant été enregistrées au sein de la « Maison des femmes » démontre un fort ancrage territorial de cette structure, souligné par le graphique ci-après.

Graphique 2 : Lieu de résidence des personnes ayant fréquenté la « maison des femmes » jusqu'au 8 février 2017



Source : Mission (sur les 478 personnes enregistrées)

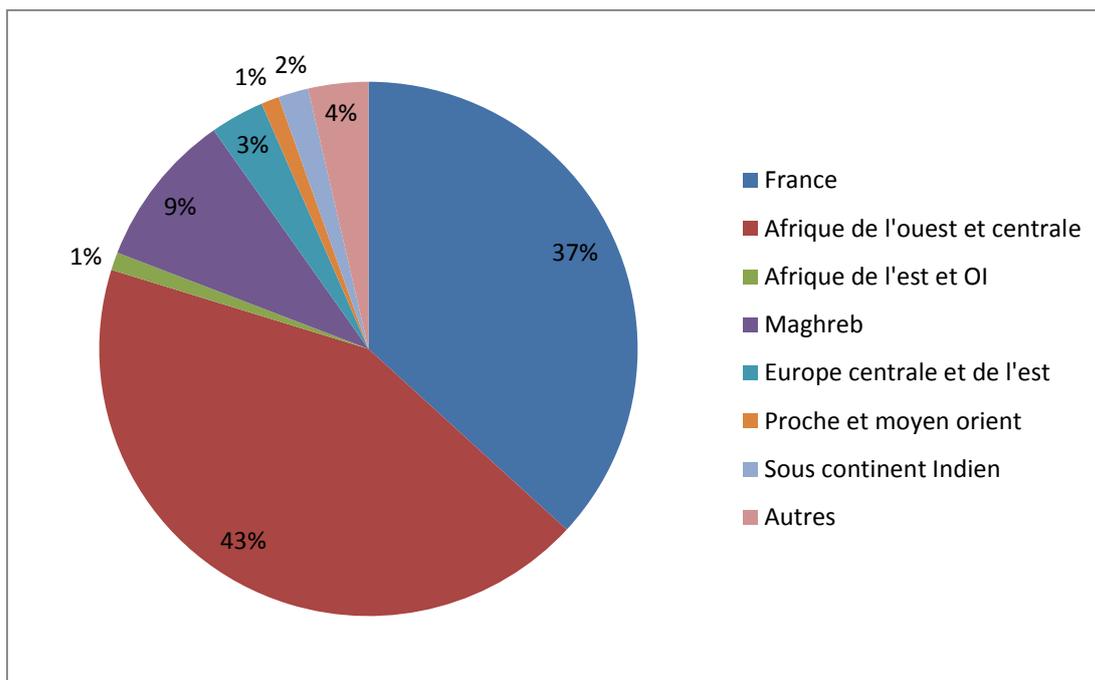
Lecture : « arrdt st denis » = arrondissement de Saint-Denis ; « SSD hors SD » = Seine-Saint-Denis hors arrondissement de Saint-Denis ; « IDF autre » = toute autre commune en Île-de-France

Cette analyse est confirmée, si l'on considère l'arrondissement de Saint-Denis et les communes qui lui sont limitrophes : ce périmètre représente le lieu de résidence de près de trois quarts des femmes ayant fréquenté la « maison des femmes ».

Les profils des ces personnes correspondent aux caractéristiques générales, évoquées plus haut, du public fréquentant le centre hospitalier de Saint-Denis, à savoir des situations de précarité très marquées. En particulier, l'analyse des 747 « passages » recensés⁴² en comptabilité analytique fait apparaître que si 56% des personnes disposent de droits à la sécurité sociale, il s'agit pour près d'un tiers de droits à la CMU. De plus, 7,5% des personnes disposent de droits à l'AME, 19% sont sans couverture sociale et 15% sans débiteur.

De plus, les données relatives au pays d'origine de naissance des personnes soulignent une forte fréquentation par des femmes nées à l'étranger, ce constat étant cohérent avec le profil démographique du département dans son ensemble (en 2013, l'INSEE estime à un peu moins de 30% la population immigrée en Seine-Saint-Denis et à un peu moins de 40% pour la commune de Saint-Denis⁴³).

Graphique 3 : Lieu de naissance des personnes fréquentant la « Maison des femmes »



Source : Mission

Note de lecture : calculs effectués uniquement sur les origines renseignées, soit 277 personnes.

⁴² Ce recensement à partir des « passages » induisant de fait un biais statistique.

⁴³ INSEE, 2016 sur chiffres du recensement 2013 : la population immigrée représente 449 557 personnes sur une population totale de 1 552 482 habitants dans le département. Les chiffres supérieurs pour la commune de Saint-Denis : 41 301 immigrés représentent 38% de la population.

Au total, le croisement de l'ensemble de ces données permet d'illustrer que « la Maison des femmes » constitue une offre de soins qui cible effectivement des personnes en situation de grande ou de très grande précarité, cette dernière étant multidimensionnelle (accès aux droits, situation administrative sur le territoire, maîtrise de la langue française⁴⁴, ...) ⁴⁵. Pour ces personnes, l'hôpital constitue un lieu de premiers recours en matière de santé, dans certains cas le seul.

1.6.2 La construction des outils d'une évaluation

A ce jour, la Mdf, comme l'ensemble des services du CHSD, procède à un codage de son activité qui permet de disposer d'informations quantitatives (mesure de l'activité) et relatives aux profils des personnes (âge ; lieu de naissance ; droits ; ...). Comme souligné précédemment, cette pratique du codage n'a pas nécessairement été systématique dès le départ.

L'équipe de la Mdf souhaite engager un travail évaluatif et qualitatif, qui répond d'ailleurs, au titre de plusieurs conventions de financement conclues avec des fondations privées, à une obligation contractuelle. Sans que les contours de ce travail ne soient encore totalement définis, les acteurs du projet ont arrêté le principe d'un questionnaire, qui serait, sur une période donnée proposé aux personnes se présentant à la « Maison des femmes », et permettrait notamment de mieux connaître :

- le profil des personnes ;
- les caractéristiques de leur relation à la « Maison des femmes » (mode d'orientation, raisons de la venue, etc.) ;
- leur situation au regard des violences.

Cette démarche, qui vise à rendre compte de l'activité engagée et à mesurer l'adéquation de l'offre de soins construite aux besoins des personnes, et compléterait en cela les données d'activités classiques, s'appuie sur l'engagement bénévole d'une chercheuse aujourd'hui retraitée. Afin de conserver un caractère statistiquement exploitable aux données qui seront recueillies, il importe de ne pas sous-estimer les difficultés d'administration puis d'exploitation du questionnaire, compte tenu de la charge des personnels de la Mdf.

Néanmoins, si l'évaluation doit être promue et encouragée, il importe que son format soit proportionné aux moyens disponibles : il importe à cet égard de distinguer le recueil d'informations et les indicateurs d'activité, d'un travail plus approfondi. Pour ce dernier, le recours à des partenariats et/ ou financements, soit dans le domaine privé (fondations par exemple), soit publics (Etat, collectivités territoriales), est une piste à étudier.

Recommandation n°6 : Consolider le codage de l'activité de la Mdf et, au cours des prochains mois, mieux cerner les profils des publics et leurs besoins pour, le cas échéant, adapter l'offre de soins, l'organisation et les moyens.

⁴⁴ Cet aspect a pu être vérifié par la mission à l'occasion de différentes visites sur place.

⁴⁵ Il faut toutefois noter que certaines personnes issues de milieux favorisés ont également pu fréquenter la « Maison des femmes », cette fréquentation semblant alors plutôt résulter d'une « auto-orientation ».

Recommandation n°7: Adosser une éventuelle montée en gamme de l'évaluation à la conclusion de partenariats extérieurs.

*

* *

Au terme des analyses que la mission a pu conduire, et à ce stade du déroulement du projet, la Maison des femmes de Saint-Denis est une initiative innovante qui correspond à des besoins de santé réels sur un territoire tout particulièrement marqué par la précarité. Pour assurer la pérennité des services rendus aux femmes, la structure doit et peut maintenant s'insérer dans une organisation administrative et des règles de fonctionnement stabilisées, de même que le financement du cœur de métier doit trouver les voies de sa pérennité.

*

* *

2 DES PISTES POUR UNE PRISE EN CHARGE SYSTEMATIQUE ET ADAPTEE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES EN MILIEU HOSPITALIER

Cette deuxième partie du rapport s'attache à comparer les différentes organisations et modalités de prise en charge que la mission a pu étudier, et à formuler des pistes possibles pour l'action publique.

Afin de repérer les initiatives existantes, la mission a sollicité l'ensemble des ARS hors les outre-mers, qui ont pu, dans certains cas, l'informer sur l'organisation retenue dans des structures hospitalières de leur territoire. Par ailleurs, la mission propose également un éclairage international, qu'elle a consolidé à partir de questionnaires adressés aux conseillers sociaux de plusieurs pays européens, d'un déplacement à Bruxelles ainsi que d'échanges avec des structures londonienne et genevoise.

Il importe de préciser que ce travail relève du repérage qualitatif et non d'un exercice de cartographie : les acteurs interrogés ne disposent pas, dans la plupart des cas, de vision exhaustive et/ou précise de l'offre existante sur leur territoire. Au final, à partir de ces observations et échanges, la mission dégage quatre schémas-types de prise en charge sanitaire des violences faites aux femmes, autour desquels se regroupent les initiatives repérées.

A partir de leur analyse comparée, la mission formule des pistes d'évolution, relatives d'une part au cadre et au pilotage national comme territorial de cette politique publique, et portant d'autre part sur les enjeux plus opérationnels de l'action publique.

2.1 Si l'enjeu de la prise en charge à l'hôpital se développe progressivement, des initiatives existent, mais elles sont mal connues et peu pilotées

2.1.1 L'enjeu de la prise en charge, à l'hôpital, des femmes victimes de violences, émerge progressivement

Depuis le début des années 2000, la prise de conscience du rôle des acteurs du système de santé en matière de détection et de prise en charge des violences faites aux femmes, a été progressive⁴⁶. Général, ce constat vaut *a fortiori* pour l'hôpital, dont la présence apparaît plus en filigrane que nettement affirmée, au fil des cinq plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes.

Ainsi, le **1^{er} plan (2005-2007)** traite cet enjeu sous l'angle du repérage, et sans mentionner spécifiquement l'hôpital, hors cas des unités médico-judiciaires⁴⁷.

Le **2^{ème} plan (2008-2010)** marque une première inflexion en prévoyant⁴⁸ de tirer les conséquences d'une étude-action alors engagée sur 8 sites hospitaliers, visant à « une meilleure prise en charge de la victime » au travers d'une « meilleure coordination entre les services d'urgence, les médecins légistes des unités médico-judiciaires ou les médecins de

⁴⁶ MIPROF, *Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. N°6-mai2015. Voir également le récent rapport d'information sénatorial relatif à *L'évaluation des dispositifs de lutte contre les violences au sein des couples* (2016).

⁴⁷ Fiche n°5 du plan.

⁴⁸ Objectif 9, « Mobiliser les professionnels sur le repérage des violences faites aux femmes ».

ville »⁴⁹ ainsi qu'une cartographie générale « des acteurs et dispositifs amenés dans chaque département à intervenir dans la prise en charge des femmes »⁵⁰. De manière générale, les professionnels de santé restent alors très associés au repérage, et peu à la prise en charge ou au parcours des personnes.

Le **3^{ème} plan (2011-2014)** crée une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF - décret du 3 janvier 2013), dont l'objectif est de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes et de contribuer à l'évaluation des dispositifs nationaux et locaux et à l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes.

De plus, l'action 22 préconisait de « développer la mise en place de réseaux d'accueil et de prise en charge des victimes mobilisant notamment le système de soins » : dans ce cadre, l'un des leviers identifiés reposait sur « l'engagement, par voie de convention, du secteur hospitalier à l'accueil des femmes victimes de violences au sein du système de soins » (à partir d'une UMJ ou d'une autre structure interne).

Par ailleurs, ce 3^{ème} plan comporte des actions de sensibilisation et de formation des professionnels (actions 9, 10, 11 et 12). Enfin, dans le cadre de ce plan, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié le 29 novembre 2011 des recommandations destinées à guider les médecins dans la rédaction d'un certificat médical initial pour les victimes de violences (action 14 du plan).

Le **4^{ème} plan (2014-2016)** consacre une mesure à la prise en charge au sein du système de santé, en insistant notamment sur la dimension de réponse à l'urgence⁵¹, en cohérence avec la logique de parcours alors retenue par la stratégie nationale de santé, mais sans que l'hôpital n'émerge directement comme un lieu de prise en charge comme tel : l'approche demeure plus large. Le rapport Fontanel-Pelloux-Soussy⁵², qui concrétise cette mesure, recommandera la mise en place de protocoles locaux afin d'assurer un repérage et un suivi systématique des femmes victimes de violences, et aboutira également à la désignation de référents « femmes victimes de violences » au sein des services d'urgence⁵³.

Dans l'optique de mieux former les professionnels de santé, la loi du 4 août 2014⁵⁴ prévoit quant à elle d'inclure ce thème dans la formation initiale et continue des médecins, et des personnels médicaux et paramédicaux (entre autres). En revanche, il faut noter que la cartographie produite dans le cadre du plan⁵⁵, visant à identifier sur chaque territoire les acteurs intervenant dans la cadre de la prise en charge des violences faites aux femmes, ne recensait pas les initiatives hospitalières spécifiques alors existantes.

⁴⁹ Credes, *Etude-action « Améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de violence à l'hôpital*, mai 2008.

⁵⁰ Mesure 6-1 du plan au sein de l'objectif 6 « S'assurer du maillage du territoire pour apporter dans la durée une réponse globale aux femmes victimes de violences ».

⁵¹ Mesure 1-4, « consolider la réponse sanitaire et assurer la coordination des politiques publiques ».

⁵² Marie Fontanel, Patrick Pelloux et Annie Soussy, *Définition d'un protocole national pour l'amélioration et la prise en charge des femmes victimes de violences*, 2014.

⁵³ Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes.

⁵⁴ Article 51.

⁵⁵ <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>

Enfin, le 5^{ème} plan (2017-2019), outre l'action 24⁵⁶ précédemment évoquée et à laquelle contribue partiellement le présent rapport, prévoit de « consolider le dispositif des référents 'violences faites aux femmes' au sein des services d'urgence » (action n°6)⁵⁷. Les mesures relatives à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines concernent, dans le 5^{ème} plan⁵⁸, l'ensemble des professionnels de santé, sans mention spécifique de l'hôpital.

La succession de ces différents plans a désormais permis de clairement identifier comme un enjeu à part entière la lutte contre les violences faites aux femmes. La connaissance du phénomène s'appuie notamment sur des travaux comme l'enquête VIRAGE, conduite par l'INED. Chaque année, au minimum 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire intime (mari, concubin, pacsé, petit-ami...)⁵⁹. De plus, une étude publiée en 2016⁶⁰ a permis d'estimer le coût des violences au sein du couple en 2012 (y compris les incidences sur les enfants) à 3,6MM€ environ : sur ce total, plus de 280M€ correspondaient à des coûts médicaux directs (8% du total).

Si la prise de conscience du rôle que l'hôpital doit jouer dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violence, n'est pas achevée, elle a incontestablement progressé au cours des dernières années. D'un point de vue opérationnel, le déploiement des actions dans les services continue de se heurter à l'absence de réponses protocolisées mises à la disposition des professionnels qui repèrent des situations complexes.

► **Exemples de pratiques à l'étranger pour faciliter la mobilisation du système hospitalier⁶¹**

En Belgique, un travail engagé, il y a plusieurs années, à partir des travaux pilotes conduits par le CHU de Bruxelles et l'hôpital universitaire de Gand (UZ Gent) a pris la forme d'une action de sensibilisation et de formation des services hospitaliers. Ces travaux ont permis la formalisation d'outils à destination des professionnels⁶² ainsi que la réalisation d'un programme de formations.

En Espagne, la lutte contre les « violences de genre » a rang de priorité nationale. Une « Commission contre la violence de genre », au sein du conseil interterritorial du système national de santé, produit chaque année un rapport recensant les cas de violence détectés

⁵⁶ « Améliorer la prise en charge des soins psycho-traumatiques des femmes victimes de violences ». Il est à noter que cette action 24 est amplifiée par l'action 42, qui vise à « mieux mobiliser la connaissance en cours d'élaboration concernant le psycho-trauma » pour améliorer la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles.

⁵⁷ Actuellement, sur une cible de 649 établissements de santé autorisés en médecine d'urgence, 609 référents ont été désignés au sein de 507 établissements (taux de couverture des établissements : 78%). Sur les référents désignés, un peu plus de 300 ont été formés par la MIPROF (prochaine session de formation prévue en octobre 2017, à destination des professionnels non encore formés).

⁵⁸ La Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) se concentre quant à elle sur des aspects de prévention.

⁵⁹ Source : enquête « Cadre de vie et sécurité » 2010-2015 - INSEE-ONDRP. Ces chiffres sont des moyennes obtenues à partir des résultats des enquêtes de 2010 à 2015.

⁶⁰ Catherine Cavallin et al. « Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en 2012 » (3^{ème} étude de chiffrage).

⁶¹ Sur l'ensemble de ces points, voir en pièce jointe les réponses faites, par les conseillers sociaux, au questionnaire que la mission leur avait fait parvenir.

⁶² On peut à cet égard citer les deux documents suivants : *Manuel de formation de base sur la violence intrafamiliale et sexuelle, destiné au personnel soignant des hôpitaux belges* (2015) et la *Checklist de la prise en charge optimale des victimes de violence sexuelle au sein des hôpitaux belges* (2015).

(en distinguant ceux qui le sont à l'hôpital et ceux qui le sont dans les centres de soins primaires), faisant état des formations proposées, et relevant les défis auxquels le système de santé doit faire face. De plus, un « protocole commun d'action sanitaire contre la violence de genre » a été élaboré dès avril 2007, puis mis à jour en 2012 en tenant compte des retours d'expérience de terrain. Il constitue, à ce jour, le document de référence pour les professionnels de santé. Enfin, on peut également signaler l'existence d'un site internet recensant les initiatives et bonnes pratiques en matière sanitaire (« *buscador de buenas prácticas en actuación sanitaria ante la violencia de género* »⁶³) : on peut y identifier un certain nombre d'actions qui se déploient dans, ou en lien, avec des structures hospitalières.

Au Royaume-Uni, le même système de partage de bonnes pratiques au sein du système de santé existe, au travers de deux documents, édités par le *Department of health : Responding to domestic abuse. A handbook for health professionals* (2005) et, à vocation à la fois plus large et pour un public plus circonscrit (enfants), *Improving safety, reducing harm. Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line practitioners* (2009).

2.1.2 Tant le positionnement que les ressources de l'hôpital lui confèrent une valeur ajoutée spécifique dans la prise en charge des femmes victimes de violence

L'importance du système de santé pour les femmes victimes de violence est documentée : en France, les professionnels de santé sont les premiers consultés par les femmes victimes de violence (parmi les 152 000 femmes en situation de cohabitation au moment des violences, 23% ont consulté un médecin suite à l'agression et 19% ont consulté un psychiatre ou un psychologue⁶⁴). Il en va de même à l'étranger⁶⁵. Par ailleurs, l'impact des violences sur la santé des femmes est bien connu⁶⁶.

Dans ces conditions, le système hospitalier a un rôle décisif à jouer.

La détection des violences à l'hôpital est un enjeu de première importance dans tous les services : les services d'urgence reçoivent les femmes victimes des violences les plus aiguës, mais les services de gynéco-obstétrique, d'orthopédie, d'ORL et de gériatrie, ...reçoivent également des femmes victimes de violence, que cette situation soit affichée ou plus ou moins cachée.

Après le dépistage, le diagnostic et la première prise en charge médicale, l'hôpital a également une mission dans la construction de la réponse, au-delà du séjour hospitalier. L'hôpital présente le grand avantage de réunir des compétences médicales, paramédicales et sociales, différentes et complémentaires, en vue de la prise en charge des violences.

⁶³ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/buscadorBBPPVG.do>

⁶⁴ Enquête INSEE-ONDRP 2010-2015. Voir la lettre de l'ONVF, n°8, novembre 2015.

⁶⁵ Les constats sont en effet largement partagés d'un pays à l'autre : en Belgique, par exemple, 33% des victimes se tournent d'abord vers leur médecin ou un centre de soins, 18% vers l'hôpital (enquête de l'Agence européenne des droits fondamentaux, *Violence against women : an EU-wide survey*, 2014.

⁶⁶ Voir par exemple Marie Mesnil et François Bourdillon (dir.), *Violences faites aux femmes et santé*, Editions de santé et presses de Sciences-Po, collection « Séminaires », 2014.

Par ailleurs, l'exemple de la Seine-Saint-Denis souligne que l'hôpital est, pour de nombreuses personnes, le seul point de contact avec le système de santé, ce qui rend nécessaire et légitime la conception d'une prise en charge sanitaire *à partir* de lui. De plus, les acteurs rencontrés par la mission relaient l'idée que l'hôpital est un lieu ouvert à tous où les femmes hésiteraient moins à se rendre.

En ce qui concerne la problématique plus spécifique des mutilations sexuelles féminines (MSF), il faut noter que la prévalence est certes plus limitée : selon les chiffres de la dernière enquête d'ampleur sur ce thème (INED, *Enquête Excision et handicap*, 2004), les femmes ayant subi un acte de mutilation seraient environ 50 000 en France. Pour les femmes qui envisagent de recourir à un acte de chirurgie réparatrice⁶⁷, les démarches qui aboutissent effectivement à un acte chirurgical sont minoritaires (autour de 15% à 20% environ des femmes venant consulter seront finalement opérées, selon les professionnels rencontrés par la mission). Il faut également souligner que le système hospitalier public n'a pas de compétence exclusive pour la réalisation de ces actes (contrairement à la Belgique, par exemple, qui a réservé cette prise en charge à des centres de référence dûment identifiés et habilités⁶⁸). Néanmoins, il est vraisemblable que le niveau des besoins *a minima* se stabilise, voire progresse, au cours des années à venir : notamment, une meilleure détection concourra à une hausse des besoins ; en outre, une part importante des femmes primo-arrivantes en France est originaire de pays dans lesquels la prévalence des mutilations est forte, etc.

Pour l'ensemble de ces raisons, il convient de poursuivre le développement de réponses adaptées, à partir de l'hôpital, en faveur de la prise en charge des femmes victimes de violences.

2.1.3 Les initiatives de terrain restent mal connues et peu pilotées

2.1.3.1 Le pilotage national actuel ne tient pas suffisamment compte de la dimension hospitalière de la prise en charge des violences

Le pilotage national des prises en charge des femmes, qui implique trois ministères, en charge respectivement de la Santé, des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, et enfin de la Justice, intègre insuffisamment les aspects sanitaires.

En ce qui concerne le ministère en charge de la santé, les récentes décisions prises au niveau national, pertinentes, comme la désignation d'un référent « violences faites aux femmes », doivent être promues et accompagnées dans la durée par la diffusion d'outils et la formation des professionnels. La généralisation des désignations du médecin référent dans les services des urgences des hôpitaux, à qui incombe une mission de sensibilisation et de formation, doit s'accompagner de la construction des protocoles de réponses intra et extra hospitalières qui créent un cercle vertueux entre dépistage et réponses mises en œuvre. Ainsi que l'indique le rapport Fontanel-Pelloux-Soussy, qui propose une trame de protocole, la construction des réponses doit s'adapter à chaque territoire : un partage des

⁶⁷ L'enquête INED de 2009 établissait que 5% des femmes mutilées enquêtées avaient engagé une démarche de ce type, 20% des femmes au total des femmes se déclarant intéressées.

⁶⁸ Situés à Bruxelles et Gand.

travaux conduits par les professionnels serait toutefois de nature à conforter les démarches entreprises.

De manière plus générale, malgré les efforts déployés en ce sens notamment par la MIPROF, il n'existe pas encore, à ce jour, réellement de réseau, national ou territorial, qui permettrait aux structures hospitalières de mettre en commun leurs expériences et pratiques en matière de prise en charge des patients victimes de violences, et particulièrement des femmes. La tête de ce réseau réunirait utilement le service des droits des femmes de la DGCS, à qui incombe une tâche générale de suivi du plan, et les acteurs relevant du champ de la santé : ce travail doit donc pouvoir mobiliser les ARS.

Pour formaliser ce pilotage et donner une impulsion vers les services, une circulaire DGS-DGOS-DGCS à l'attention des ARS serait nécessaire, et préciserait les voies et les moyens de la mise en œuvre du Plan.

Recommandation n°1 : Organiser le pilotage national de la dimension hospitalière de la prise en charge des violences faites aux femmes, en lien avec la MIPROF.

En ce qui concerne les pratiques professionnelles des soignants, il revient à la HAS de poursuivre et d'amplifier le travail amorcé en 2011 avec la publication du modèle des certificats qui est une première étape. Le plan 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes (axe 1 ; mesure 1.4) prévoyait l'élaboration d'un « protocole national de prise en charge pour les victimes de violences sexuelles » : cette mesure n'a pas abouti. Aussi, cette démarche doit être reprise pour proposer un cadre de référence et des outils aux soignants, afin d'accompagner et sécuriser leurs pratiques, dont la mission a pu constater qu'elles ne sont pas toujours homogènes sur le territoire. Ce travail porterait utilement sur deux aspects complémentaires :

- De manière générale⁶⁹, il serait intéressant, notamment en s'appuyant sur l'expérience des professionnels déjà mobilisés, de mettre en lumière les bonnes pratiques en matière d'accueil et de prise en charge des femmes victimes de violence. Les différences existant entre les initiatives actuellement déployées, ainsi que la disponibilité déclarée des professionnels à prendre part à ce travail, justifient certainement de l'engager. A titre d'exemple, l'enjeu du questionnement systématique et des modalités de son déploiement pourrait être examiné (exemple : modalités variables selon le service de rattachement ? etc.),
- De façon plus spécifique, un tel travail pourrait concerner la prise en charge des mutilations sexuelles féminines dans l'optique d'un éventuel acte de chirurgie réparatrice (identification des profils, bonnes pratiques médicales et

⁶⁹ A l'instar de la recommandation de bonnes pratiques élaborée en octobre 2011, à la demande de la DGS et de la « collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires », qui visait à améliorer et harmoniser les constatations médicales, améliorer la détermination de l'incapacité totale de travail, et rappeler les enjeux d'une orientation pertinente.

d'accompagnement psychologique et psycho-traumatique pré et post opératoire, etc.)⁷⁰.

Enfin, il apparaîtrait utile d'intégrer dans ce travail une comparaison avec les documents de même nature élaborés ces dernières années dans des pays comparables à la France (cf. encadré ci-avant).

La mission suggère que ce travail soit articulé avec le calendrier de mise en œuvre du plan national de lutte contre les violences faites aux femmes. La mise en œuvre de cette recommandation suppose une saisine ministérielle de la HAS.

Recommandation n°2 : Confier à la HAS un travail d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé.

2.1.3.2 Le pilotage au niveau territorial d'actions hospitalières et extrahospitalières

La mission fait le constat que les ARS connaissent peu, voire très peu les modalités des prises en charge hospitalières des violences faites aux femmes. Dans la majorité des cas, la déclinaison du Plan de lutte contre les violences faites aux femmes est suivie par la direction des politiques de Prévention et de santé publique alors que la direction de l'offre de soins est peu, et le plus souvent, pas impliquée sur ce sujet qui la concerne directement. Aussi, hors dispositifs existant de longue date, la thématique « prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences » paraît peu identifiée et elle risque de se trouver dans un « angle mort » entre les directions de la santé publique et de la prévention, celle de l'offre de soins, les unités territoriales de l'ARS ou encore le service des droits des femmes qui est rattaché aux DDSC (PP).

Pourtant, les initiatives de terrain existent, dans des structures hospitalières de toutes tailles : ce constat, qui avait déjà été dressé par le rapport Fontanel-Pelloux-Soussy précité⁷¹, se confirme. La mission relaie également pour sa part, le dynamisme des équipes professionnelles qu'elle a pu constater au cours de ses échanges et déplacements dans les hôpitaux.

Les ARS doivent prendre toutes leurs responsabilités dans l'organisation de cette politique publique au plus près du terrain. Elles doivent accompagner les projets (leur élaboration, leur émergence, etc.), veiller à la couverture cohérente du territoire en lien avec la création des 135 groupes hospitaliers de territoires (GHT)⁷², ainsi qu'à leur articulation avec les réseaux professionnels déjà existant (ex : les réseaux périnatalité qui visent à favoriser l'accès aux soins, la coordination des acteurs et le travail interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge des mères et des nouveaux nés). S'il apparaît nécessaire d'intégrer dans les priorités de la stratégie nationale de santé la prise en charge des violences faites aux femmes⁷³, il est en tout état de cause important que cet enjeu soit

⁷⁰ On peut souligner l'effort entrepris par le Ministère de la santé et la MIPROF, qui a abouti à l'élaboration du guide *LeLla praticien(ne) face aux mutilations sexuelles* (février 2016). La mission suggère d'étendre la réflexion aux conditions pratiques des prises en charge, en insistant notamment sur d'éventuels points-clés incontournables.

⁷¹ L'annexe 2 de ce rapport propose un recensement, néanmoins partiel, des initiatives qui avaient alors été repérées par la MIPROF et le réseau des délégué(e)s aux droits des femmes et à l'égalité.

⁷² Dont 13 en psychiatrie (hors outre-mer).

⁷³ Ce qui se traduirait alors par la mention explicite du plan national de lutte contre les violences faites aux femmes dans l'article R4111-3-1 du code de la santé publique, issu du décret n°2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie

abordé directement dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle génération des projets régionaux de santé (PRS). Ces évolutions affirmeraient une prise de conscience des enjeux proprement sanitaires des violences faites aux femmes.

Dans le cadre de l'application de la circulaire précitée (cf. recommandation n°1), les ARS ont à conduire un travail de recension et de cartographie auprès des hôpitaux de leur ressort territorial : ce travail permettrait d'identifier les ressources existantes et de préciser les besoins à couvrir, et constitue donc une étape préalable indispensable à partir de laquelle des réponses pourront être calibrées et mises en œuvre progressivement. A l'instar du volet « santé » du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes du Lot-et-Garonne (voir encadré ci-après) ou encore du recensement conduit, pour la mission, par l'ARS de la région Pays-de-la-Loire (voir annexe), ce travail doit inclure les établissements privés.

Le pilotage par les ARS des prises en charge hospitalières doit nécessairement s'articuler avec les autres types de prises en charge sanitaires présentes sur les territoires, en amont, en aval ou en dehors des aspects hospitaliers, publiques comme privées, ainsi qu'ambulatoires (médical ; paramédical). C'est la raison pour laquelle les DT-ARS doivent prendre toute leur place dans les instances de coordination locales, tout particulièrement les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes⁷⁴ qui doivent également être ouvertes aux représentants des établissements de santé concernés (cf. *infra*).

► **Exemple de fonctionnement en réseau dans le département du Lot-et-Garonne**

Dans le cadre des orientations ministérielles, les acteurs du département du Lot-et-Garonne se sont mobilisés pour élaborer un « protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes », comportant un volet santé substantiel⁷⁵.

Conduit sous l'égide de la DT ARS et de la DDFE, ce travail a permis la signature du protocole le 1^{er} février 2017. Les objectifs poursuivis couvrent un champ large, incluant la prévention, l'information-communication, etc. En ce qui a trait à l'amélioration des prises en charge, les acteurs hospitaliers s'engagent en particulier à mettre en place « une coordination au sein des établissements, une réflexion sur la rédaction des constatations et des certificats médicaux avec des outils pour harmoniser les documents produits, la mise en œuvre de l'archivage des pièces [...]. L'accent est mis sur la nécessaire pluridisciplinarité qui doit présider à la construction des réponses, ainsi que sur l'importance de « fiches de procédure » dans chaque établissement afin « qu'aucune violence déclarée ne reste sans réponse ». De même, est prévue une « proposition de rendez-vous pour une prise en charge et accompagnement psychologique par l'équipe psychiatrique dans un délai de cinq jours » et un nouveau contact avec la victime, « dans

nationale de santé, cette disposition rassemblant l'ensemble des plans qui sont pris en compte dans l'élaboration de la SNS (exemple : santé mentale, prévention des risques liés à l'environnement, lutte contre les inégalités sociales et territoriales, ...).

⁷⁴ Désormais rattachées aux Conseils Départementaux de prévention de la Délinquance, d'Aide aux victimes et de lutte contre les violences faites aux femmes.

⁷⁵ *Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, 2017-2021.*

un délai de 5 jours, pour faire le point sur son accompagnement psychologique et social ». Le protocole détaille enfin les tâches qui peuvent être assumées par chacun des partenaires, à la fois au sein de l'hôpital et, plus largement, sur le territoire (la police nationale est signataire du protocole).

Cette intégration des acteurs de santé, issus d'établissements publics comme privés et de différents services (urgences, maternité, pédiatrie, psychiatrie : cinq structures au total) et associant également le réseau de médecine libérale (conseils départementaux de l'ordre des médecins et des sages-femmes), la médecine du travail, le réseau de périnatalité, etc., constitue une bonne pratique, non seulement par l'amélioration de prise en charge qu'elle permet, mais également car elle génère de la transversalité entre acteurs, qui peuvent ainsi nouer des relations de travail.

Recommandation n°3 : Organiser l'accompagnement opérationnel des prises en charge hospitalière des violences faites aux femmes avec les ARS, afin d'assurer une montée en puissance des dispositifs hospitaliers et la bonne articulation avec les dispositifs extrahospitaliers.

2.2 Des initiatives très différentes mais dont les pratiques convergent largement

Au delà de la réelle diversité des prises en charge, présentée ci-après, trois points saillants sont communs aux différentes organisations existantes :

- la pluridisciplinarité des équipes ;
- la consolidation des liens intra-hospitaliers et la recherche de partenariats ;
- une régulation de l'offre de services, selon les atouts et les contraintes locales (personnels présents, population desservie, situation financière de l'hôpital...)

Les travaux de la mission font apparaître quatre schémas-types d'organisation des prises en charge :

- les prises en charge organisées à partir d'un service de l'hôpital :
 - o un « point d'entrée » dans la prise en charge à partir des urgences (schéma A) ;
 - o un « point d'entrée » dans la prise en charge qui relève de la gynéco-obstétrique (schéma B),
- les prises en charge conçues de façon plus autonome.
 - o une prise en charge large, conçue pour tous publics et/ou toutes violences (schéma C) ;
 - o une prise en charge spécifique, concentrée sur certains publics et/ou certaines violences (schéma D).

2.2.1 Les différentes « entrées » dans la prise en charge

2.2.1.1 Les services « urgences » et « maternité » : les deux entrées les plus fréquentes de prise en charge (schémas A et B)

Les urgences, générales ou gynéco-obstétriques, sont un point d'entrée fréquent pour la prise en charge. La désignation de référents violences dans ces services, centré sur la sensibilisation et la formation des professionnels, a contribué à ce que se structurent des prises en charge, qui ne s'arrêtent pas à la situation aiguë mais qui se préoccupent du relais dans la durée.

C'est le cas de l'organisation retenue par le CH de Saint-Malo, qui a mis en place une consultation « violences » aux Urgences, qui mobilise à tour de rôle plusieurs professionnels volontaires. Avec la signature d'un protocole local partenarial (voir encadré ci-avant : le protocole ne se limite pas à la prise en charge de l'urgence), c'est également l'organisation retenue dans le Lot-et-Garonne : au sein du CH d'Agen-Nérac, la prise en charge des femmes mobilise, au-delà de la phase aiguë, un infirmier psychiatrique et un travailleur social, pour permettre en particulier d'appeler au téléphone la personne victime de violences dans les cinq jours suivant la consultation.

➤ **L'organisation mise en place à Saint-Malo et à Agen (schéma A)**

➤ *La consultation « violences » au sein des urgences du Groupe Hospitalier Rance Émeraude (CH de Saint-Malo)*

Le GHT Rance Émeraude (1 740 lits ; 40 000 patients annuels en MCO ; 60 000 passages annuels aux urgences ; 2 500 naissances annuelles) regroupe les centres hospitaliers de Saint Malo, Dinan et Cancale. Le dispositif de lutte contre les violences faites aux femmes au centre hospitalier de Saint-Malo s'organise depuis mars 2015 à partir des urgences, sous l'impulsion d'un médecin urgentiste (par ailleurs « référent violences ») et d'un médecin pédopsychiatre. Poursuivant l'objectif général de coordonner les actions, de simplifier le parcours des victimes (logique de bienveillance) et d'assurer une meilleure visibilité pour les intervenants extérieurs, la consultation « violences » se décline autour de 3 axes complémentaires :

- des consultations médico-sociales, afin de mieux aider les victimes de violences conjugales : cinq médecins urgentistes et trois assistantes sociales participent à ce dispositif et coopèrent avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs du secteur. Ces consultations, anonymes et gratuites, sont organisées dans les locaux de l'UHTCD de l'établissement, et sur rendez-vous. Elles sont, dans la mesure du possible, conduites à deux, afin de favoriser une identification croisée des besoins (approche médicale *et* sociale) ;

- une convention de partenariat avec une association (AIS 35, association d'aide aux victimes d'infraction pénale), pour compléter ce dispositif (aide juridique et suivi du dossier auprès des tribunaux). Une permanence bimensuelle de l'AIS 35 est ouverte depuis novembre au sein de l'établissement hospitalier de St Malo ;

- un lien avec le pôle pédopsychiatrique du centre hospitalier est assuré pour porter une attention spécifique aux enfants exposés à ces violences intrafamiliales, afin de repérer précocement et/ou prendre en charge les éventuels syndromes de stress post traumatique.

Un comité de pilotage de lutte contre les violences familiales a été constitué au sein du centre hospitalier (direction, urgences, services social hospitalier et pédopsychiatrie). Le projet ne bénéficie pas de financement particulier à ce jour, mais il en recherche.

Depuis mars 2015, la consultation violences a permis de donner 158 rendez-vous de consultation post-urgence, dont 2/3 ont été honorés (38 femmes reçues en 2015 pour 39 plages de consultation dégagées ; 63 en 2016 pour 42 plages de consultation dégagées⁷⁶). Dans la mesure du possible et des moyens disponibles, les acteurs du projet s'efforcent de rappeler la personne quelques jours après le rendez-vous, puis à six mois. Les femmes reçues sont majoritairement adressées par les urgences

➤ *L'organisation retenue en Lot-et-Garonne – CH d'Agen-Nérac*

L'action du CH d'Agen-Nérac se déploie dans le cadre préalablement décrit du volet santé du protocole départemental de Lot-et-Garonne.

Le CH d'Agen-Nérac (700 lits et 989 naissances annuelles) organise la prise en charge à partir des urgences (32 724 passages en 2015). Cette prise en charge mobilise les médecins (20 dans le service), un infirmier psychiatrique présent 24h/24h et un travailleur social en journée, qui n'a pas accès au dossier médical. Environ dix cas de violence par mois sont repérés et pris en charge. Le plus souvent, les femmes cumulent les difficultés. Un infirmier psychiatrique rappelle la victime dans les cinq jours. Si des enfants ont été témoins, une information préoccupante est transmise au Procureur.

Par ailleurs, des efforts sont déployés pour généraliser le questionnement systématique par les soignants, former l'ensemble du personnel (ex : infirmières d'accueil), porter les informations à la connaissance des femmes (affichage des informations et mise à disposition de prospectus dans les toilettes, à l'abri des regards⁷⁷), etc. ; formation des infirmières d'accueil ; insertion du modèle de certificats dans la base de données (les données conservées permettent de rédiger ex post).

Aucun budget dédié n'est fléché sur ces actions de prise en charge des violences.

Une autre « porte d'entrée » des prises en charge est la maternité : la grossesse est repérée à la fois comme un moment « à risques »⁷⁸ et un moment privilégié pour la détection de ces violences⁷⁹. Dès lors, ces prises en charge s'articulent largement autour de la compétence gynécologique-obstétrique. L'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale du

⁷⁶ Un nombre bien plus limité d'hommes, autour de cinq, a également été reçu dans ce cadre.

⁷⁷ Ce point est moins anodin qu'il y paraît : l'équipe du CH d'Agen fait part du constat que ces prospectus étaient très peu pris, alors qu'ils sont fréquemment épuisés depuis qu'ils sont mis à disposition dans les toilettes.

⁷⁸ Muriel Salmona, « La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique », dans R. Coutanceau et M. Salmona (dir.), *Violences conjugales et familles*, Dunod, 2016.

⁷⁹ Les raisons sont multiples et peuvent se cumuler : suivi plus rapproché, relation plus étroite avec le personnel médical, volonté de protéger l'enfant à naître, ...

CHU de Nantes (UGOMPS), l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité du CHU d'Angers (UMPSP), ou encore le projet en cours de création d'une Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP) à la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) André Grégoire de Montreuil participent de ce schéma-type.

➤ **L'organisation retenue à Nantes, Angers et Montreuil (schéma B)**

➤ *L'UGOMPS (CHU de Nantes)⁸⁰*

Au CHU de Nantes, l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) a été créée en 2004 pour assurer l'accueil et la prise en charge des femmes en difficulté sociale psychologique et médicale. L'objectif de l'UGOMPS est d'œuvrer à la « sécurité médicale, sociale et émotionnelle des parents, lorsqu'une grossesse survient, ou bien en cas de violence intrafamiliale, en offrant aux familles vulnérables un environnement professionnel pluridisciplinaire ».

Unité fonctionnelle du CHU, l'UGOMPS est rattachée au pôle femme-enfant-adolescent et réunit des compétences différentes au sein d'une équipe pluridisciplinaire : médicales (gynécologues, généralistes, psychologues, sages-femmes), sociales (assistantes sociales), administratives. Elle dispose de locaux dédiés au sein du CHU.

Les femmes prises en charge à l'UGOMPS sont repérées comme « vulnérables » par les professionnels. Les situations de violence sont l'un des critères de vulnérabilité, mais il n'est pas le seul (situation de dénuement social, de migration, d'addictions, de pathologies psychiatriques, etc.).

L'UGOMPS réalise directement des consultations médicales (notamment en gynécologie-obstétrique ; au total 3 700 à 3 800 rendez-vous sont proposés chaque année, dont environ les trois-quarts sont honorés), de même que des entretiens et rendez-vous avec des psychologues d'une part, des assistantes sociales d'autre part. L'ensemble s'inscrit sous la thématique de la périnatalité. Une psychologue se consacre particulièrement aux situations de violence.

L'UGOMPS travaille étroitement avec les professionnels de la maternité, mais également avec les autres services de l'hôpital ayant à connaître de situations de violences (unité médico-judiciaire, urgences, etc.). De plus, depuis sa création, l'UGOMPS a pu nouer des relations nourries avec les acteurs du territoire, publics (conseil départemental – notamment PMI, ville de Nantes) comme associatifs, acteurs sanitaires (médecins de ville, par exemple) ou des secteurs social et médico-social.

En termes de moyens, l'UGOMPS représente environ 6 ETP, pour des dépenses de personnel équivalent à environ 330K€. Une convention lie le CHU et le Conseil départemental de Loire-Atlantique pour le financement de 2,5 ETP au total (se répartissant entre des compétences médicales – sage-femme, psychologue – sociales et administratives).

⁸⁰<http://www.chu-nantes.fr/unite-de-gynecologie-obstetrique-medico-psycho-sociale-ugomps--457.kjsp?RF=1224599175276>

► *L'UMPSP (CHU d'Angers)⁸¹*

Au CHU d'Angers, l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité (UMPSP) existe depuis 2007. Unité fonctionnelle rattachée au pôle femme-mère-enfant du CHU, elle réunit une équipe constituée de médecins (autour d'un obstétricien coordinateur), d'une psychologue de liaison, d'une sage femme et d'une secrétaire. Elle mobilise, par ailleurs, des compétences en pédiatrie, pédopsychiatrie ainsi qu'un échographiste référent. L'UMPSP ne dispose pas, volontairement, de locaux spécifiques : elle est pleinement intégrée à la vie du pôle.

L'UMPSP se fixe une triple mission d'accueil, d'orientation et de mise en lien avec les professionnels compétents, et de prise en charge pré comme post natale. Une sage-femme est particulièrement chargée de la liaison avec les partenaires intra et extra hospitaliers.

L'entrée dans le dispositif est, en règle générale, la grossesse. La création de l'UMPSP est née de la difficulté de concevoir des réponses, dans le cadre du fonctionnement normal des services, pour des situations dont la complexité demandait une expertise professionnelle particulière et du temps supplémentaire. Elle prend en charge des « dossiers complexes, à la marge », ne relevant d'aucune unité spécifique et/ou présentant un haut risque médical et/ou psychologique et/ou psychiatrique, et/ou caractérisés par une forte précarité sociale.

La prise en charge proposée est bien ancrée dans le soin, mais s'articule avec les autres problématiques que la personne peut rencontrer. Les situations suivies sont priorisées à partir de huit critères⁸², pouvant présenter des situations de violences. La file active représente 50 à 60 personnes suivies (soit 1% à 1,5% des accouchements réalisés chaque année), à partir d'un premier repérage d'environ 100 à 120 dossiers.

L'UMPSP entretient des partenariats avec les acteurs extérieurs, sans convention formelle, mais avec des échanges (ASE, PMI, Justice, TS...).

Il est à noter qu'au sein du CHU, des relations fortes existent avec le CAVAS (voir encadré *ad hoc*), qui prend en charge les violences dans un cadre médico-judiciaire.

En ce qui concerne les excisions, un chirurgien membre de l'UMPSP, formé par le Dr Foldès, est référent, il réalise les réparations et assure, en lien une psychologue, une vingtaine d'opérations chaque année (environ 1/3 des femmes venant consulter sont opérées).

► *L'UAP (CHI de Montreuil)*

Au Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (CHI André Grégoire) de Montreuil, l'Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP) de la maternité se met en œuvre.

Au sein de la maternité (niveau 3 – environ 4 000 naissances en 2015), l'UAP, qui dispose de locaux spécifiques, prend en charge des femmes enceintes vulnérables, dont celles qui vivent des situations de violence (les autres facteurs de vulnérabilité étant la minorité, la grande précarité sociale et les addictions). Construit concomitamment à des travaux

⁸¹ Voir Gillard P, Boudier S, Boudier C, et al (2009), « L'unité médicopsychosociale en périnatalogie (UMPSP) au CHU d'Angers », Revue de médecine périnatale, mars 2011, p37-44.

⁸² Troubles psychiatriques, antécédents d'enfants placés, de psychose puerpérale, déficience intellectuelle, mineures non soutenues, accouchement sous X ou projet de confier son enfant, addictions, situations de handicap.

régionaux sur la périnatalité (enquête REMI), le projet identifie fortement le besoin de coordination autour de certains dossiers complexes : il s'agit pour le service de se doter des moyens adaptés pour des prises en charge qui nécessitent du temps avec la patiente et une réponse coordonnée entre plusieurs professionnels.

Alors que l'UAP est opérationnelle depuis janvier 2017, sa file active monte en charge selon un rythme conforme aux objectifs fixés avec l'ARS (400 à 500 femmes suivies chaque année – soit 10 à 15% du total des accouchements).

Le financement accordé par l'ARS (30K€) correspond à un temps total de 0,7ETP dédié à la coordination (0,4ETP de sage-femme ; 0,3ETP d'assistante sociale). Par ailleurs, l'UAP mobilise des compétences médicales (0,2 ETP de gynécologue-obstétricien ; 0,25 ETP de psychologue ; 0,1ETP d'addictologue ; 0,8ETP de sage-femme au total) et sociales (0,3ETP d'assistance sociale).

Il peut être noté que, pour les femmes ayant subi des mutilations sexuelles, le CHI dispose d'une offre de prise en charge (chirurgienne en binôme avec une psychologue). Selon les données communiquées par l'UAP, environ 30% des femmes ainsi suivies sont excisées.

La mission observe que, pour les initiatives qui relèvent de ce schéma, le champ d'intervention s'inscrit dans la prise en charge, plus générale, de la « vulnérabilité ». Les violences ne sont qu'un des critères pris en compte et, de plus, chaque équipe détermine les critères d'inclusion dans la file active en fonction de la situation de la patiente, de son projet et des moyens dont l'hôpital dispose.

*

Dans ces deux schémas (urgences / gynéco-obstétrique), la prise en charge se trouve encadrée dans le temps hospitalier. En ce qui concerne les services d'urgence, la prise en charge aigue peut être prolongée avec d'autres professionnels de santé (ex : médecin généraliste ; prise en charge psychologique, ...), par une orientation sociale (ex : hébergement), une orientation vers une aide aux démarches, association d'aide aux victimes, des permanences juridiques, ... Dans le cas des maternités, la prise en charge est alignée sur le « temps obstétrical », soit une durée inférieure à un an, y compris le suivi en suites de couche. Les équipes rencontrées sont conscientes du nécessaire « passage de relais » à d'autres partenaires, intra ou extra hospitaliers.

2.2.1.2 Une entrée « violences » autonome repose sur une identification non seulement au sein de l'hôpital (schéma C et D), mais également par les acteurs extérieurs et le grand public

Les violences peuvent aussi être prises en charge à partir d'une entrée plus autonome, identifiée comme telle, à la fois en interne (pour que les autres services puissent adresser des patientes), mais surtout à l'extérieur pour être connues des femmes, et des partenaires qui orientent (associations, professionnels de santé libéraux, autres structures hospitalières). On peut, dans cette approche, distinguer des schémas « généralistes » (tous

types de publics et/ou de violences – schéma C) et des schémas plus spécialisés (prise en charge d'un type particulier de violence – schéma D)

Parmi les initiatives qui entendent ainsi proposer une approche « large » des violences faites aux femmes, la Maison des femmes de Saint-Denis n'exclut a priori aucun type de violence subie par les femmes. De même, la mission s'est entretenue avec le médecin-urgentiste qui, à Armentières, construit un projet de ce type. A l'étranger, l'exemple de l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), rattachée au Département de médecine communautaire⁸³, de premier recours et des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (voir encadré), participe de ce schéma et l'élargit encore en s'adressant tant aux victimes qu'aux auteurs. Dans ces schémas-types, qui définissent leur mission de façon large, la question du temps de la prise en charge à l'hôpital se pose, puisqu'elle n'est pas définie médicalement : que peut faire l'hôpital ? doit-il le faire seul, ou en lien avec des partenaires ? A quel moment, et vers qui organiser le relais de la prise en charge?

➤ **L'UIMPV des Hôpitaux universitaires de Genève⁸⁴ (schéma C)**

Existant depuis 20 ans, l'UIMPV prend en charge tous types de violences, ainsi que les victimes comme les auteurs. Toutefois, avant 16 ans, une orientation spécifique est prévue.

Aucune entrée « femmes » n'est prévue, l'UIMPV s'adressant à tous sans distinction de genre. De même, les entretiens peuvent être individuels ou collectifs (couple, famille) en fonction des situations. La durée des prises en charge n'est pas bordée *a priori*.

L'activité de l'UIMPV distingue deux consultations, l'une relative aux violences domestiques, l'autre aux violences de guerre. Bien que s'adressant à des publics différents, les deux consultations relèvent d'un même protocole de prise en charge, visant notamment à évaluer globalement les facteurs de vulnérabilité et les ressources de la personne.

La consultation « violences domestiques » s'appuie sur 6 à 7 ETP, pour la prise en charge de 500 personnes/an environ (soit autour de 2 500 consultations). Parmi les professionnels mobilisés se trouvent notamment des médecins (2 ETP), infirmières (1,4 ETP), psychologues (2,2 ETP) ainsi qu'un socio thérapeute (0,8 ETP). Chaque situation est suivie dans une logique de *case-management* par un professionnel, qui en est le référent. Un tiers des personnes sont adressées par d'autres services de l'hôpital (ambulatoire, urgences adultes, maternité), un tiers par le réseau médico-psycho-social du canton, et un tiers relève d'une auto-orientation.

Les professionnels de l'unité, au-delà des missions cliniques, assurent par ailleurs des fonctions d'enseignement, de recherche et de coordination.

⁸³ Hans Stalder, ancien responsable du département de médecine communautaire des hôpitaux universitaires de Genève, la définit comme le fait de « s'adresser aux besoins de santé et aux maladies de patients, ou de groupes de patients, par une approche synthétique, c'est-à-dire dans la globalité et la continuité. L'axe principal d'activité est la médecine de premier recours [...] qui englobe la médecine générale et la médecine interne générale [et] sous la désignation [de la quelle] on entend une prise en charge globale et contextuelle de patients aussi bien en urgence qu'en suivi longitudinal en *case management* » (« La médecine communautaire, à quoi ça sert », 1997). Voir également Stalder, « L'expérience genevoise : le département de médecine communautaire », *Revue française de santé publique*, 2003/HS vol15, p147-150.

⁸⁴ http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/uimpv_0.pdf

Les structures articulées autour de l'exercice de la médecine légale représentent une variante de cette prise en charge « autonome » des violences. C'est par exemple le cas d'organisations comme celles du CHU de Bordeaux (CAUVA), du CHRU de Brest (Unité d'Assistance aux Victimes – UAV) et du CHU d'Angers (Centre d'Accueil des Victimes d'Aggression Sexuelle et UMJ). A cet égard, il faut noter que les compétences que doivent réunir les UMJ sont précisées par la circulaire du 25 avril 2012 (voir annexe 2). C'est un mode de prise en charge particulier qui se dessine : dans ces cas, la structure ne remplit pas à titre principal un office de soin, sa mission relève de la constatation médico-légale et aussi de l'orientation. Il faut signaler que ces unités peuvent recevoir, sans réquisition, des victimes, sans que cela ne modifie les modalités de la prise en charge : comme dans le cas du CAUVA, il s'agit d'accompagner la victime, si elle l'accepte, vers un dépôt de plainte, et de collecter les éléments qui nourriront la procédure. Enfin, cette prise en charge des violences, dans un cadre médico-légal, se distingue également par le fait qu'il ne s'adresse pas exclusivement aux femmes, mais bien à l'ensemble des victimes de violence. Toutefois, des parcours « femmes » peuvent être identifiés, comme à Angers. De manière générale, les femmes sont majoritaires dans le public pris en charge⁸⁵.

➤ **Éléments de synthèse sur l'organisation de Bordeaux (CAUVA), Brest (UAV) et Angers (CAVAS) – Schéma C**

➤ *Le CAUVA de Bordeaux*⁸⁶

Au CHU de Bordeaux, la prise en charge médico-légale des victimes d'agressions relève du centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA), conventionné depuis 1999 (justice, santé, intérieur, défense)⁸⁷. A partir d'une entrée médico-légale (unité fonctionnelle du service de médecine légale du CHU de Bordeaux), le CAUVA, afin de simplifier le parcours souvent pénible des victimes, assure une prise en charge des victimes d'agression sur un plan pluridisciplinaire en une unité de lieu et de temps (médical et soins infirmiers, psychologique, social et judiciaire) ». L'une des spécificités du CAUVA est la constitution d'un dossier conservatoire (3 ans), pour le cas où la victime ne souhaite pas déposer plainte dans l'immédiat.

L'équipe du CAUVA, fonctionnant 24h/24h, réunit notamment des médecins légistes (8,5 ETP, dont un psychiatre), des psychologues (3,5 ETP), des infirmières (4 ETP dont 2 puéricultrices), des assistantes socio-éducatives (2 ETP), s'appuie sur un cadre de santé (0,5 ETP), et dispose d'une équipe administrative (2 ETP). Les protocoles de travail du CAUVA, solidement établis, érigent les agressions sexuelles en priorité.

Au total, entre 5 et 6 000 personnes, font l'objet d'une prise en charge au CAUVA chaque année, dont environ 55% de femmes. Les victimes sont vues sur réquisition judiciaire, ou

⁸⁵ Sur 116 personnes reçues, l'UAV du CHRU de Brest recensait ainsi 103 femmes, soit 89% (rapport d'activité 2015). Le CAUVA, dont le travail sur réquisition représente environ 80% de l'activité, accueille environ 55% de femmes.

⁸⁶ [http://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agression-\(CAUVA\)/](http://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agression-(CAUVA)/)

⁸⁷ L'unité fonctionnelle a été créée en 1997 (unité de médecine légale du vivant) avant de prendre sa forme actuelle en 1999.

dans le cas de violences sexuelles ou intrafamiliales peuvent être adressées par des partenaires extérieurs (consultation des professionnels médico-sociaux) et du CHU (services d'urgence et d'hospitalisation), ou venir de leur propre initiative. L'activité liée à des réquisitions est très majoritaire (autour de 85%).

Une étude menée par le CAUVA sur les femmes victimes de violence prises en charge entre 2003 et 2013 (près de 15 500 dossiers) permet de caractériser leur profil : dans 45% des cas, les violences sont exercées par le partenaire intime, 10% des femmes ont consulté le CAUVA plus d'une fois sur la période.

Le financement relève du cadre règlementaire, du FIR, et de l'hôpital.

➤ *L'UAV de Brest*

L'Unité d'Accueil des Victimes de violences (UAV) du CHRU de Brest est le point d'entrée, sur l'agglomération, pour la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences intrafamiliales. L'unité, positionnée au sein de l'institut médico-légal, reçoit les victimes âgées de plus de 15 ans. Les femmes représentent la majorité des personnes prises en charge : sur les 150 personnes reçues en 2016 (297 actes), les femmes représentaient une très forte majorité (90% en 2015). Au total, près de 100 consultations relevaient de violences intrafamiliales et 30 de violences sexuelles. Depuis 2011, entre 130 et 150 personnes environ sont reçues chaque année.

L'UAV se positionne comme une ressource pour les autres services du CHRU : si la majorité des consultations a lieu dans les locaux de l'unité, les professionnels peuvent, dans certains cas, se déplacer dans l'hôpital.

L'équipe se compose d'un infirmier (1 ETP à terme), d'une psychologue (0,5ETP) et d'une assistante sociale (0,5 ETP). Le financement des ETP, qui a un temps associé les collectivités territoriales, dépend aujourd'hui du ministère de la Justice.

➤ *Le CAVAS et l'UMJ du CHU d'Angers⁸⁸*

Le centre d'accueil des victimes d'agression sexuelles (CAVAS) d'Angers est installé dans les locaux du CHU. Son activité, reliée à celle de l'UMJ (unité fonctionnelle du service de médecine légale et pénitentiaire), est par définition imprévisible puisqu'il n'intervient que sur les urgences les plus aigües, qui nécessitent une coordination particulière (21 cas en 2015). En règle générale, les prises en charge sont lourdes en temps et spécifiques : un double regard médical, gynécologique et médico-légal, est ainsi assuré.

L'UMJ, quant à elle, reçoit sur réquisition des ses locaux et met également en place des consultations ambulatoires au sein du CHU. L'UMJ s'appuie au total sur 10 ETP (médecins, psychologue, infirmières, assistantes sociales, cadre de santé et équipe administrative).

Dans le cas du CAVAS comme de l'UMJ, les professionnels du CHU portent une attention particulière aux conditions d'accueil (le premier entretien assuré à l'UMJ par une infirmière

⁸⁸<http://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/vous-etes-une-femme-victime-de-violences-54946.kjsp>

ou un binôme infirmière psychologue : au-delà des explications relatives à l'intervention, il doit permettre une première évaluation et détection de signaux d'alerte ; un entretien psychologique qui peut être sollicité ou être proposé, il permet, selon les cas, un suivi à j+10 et j+30 ; un entretien post-consultation et un entretien téléphonique de suivi permettent d'envisager un relais vers les partenaires ; un courrier est systématiquement envoyé, avec l'accord de la victime, au médecin traitant).

A l'étranger, avec une organisation proche des UMJ sans y être totalement assimilable, les *Sexual Assault Referral Centres*⁸⁹ proposent une prise en charge spécifiquement conçue pour les victimes d'agressions sexuelles. La différence majeure avec les UMJ, avec qui ces SARC partagent notamment un cœur de mission médico-légal, tient à un ancrage plus affirmé de la prise en charge dans la durée (voir encadré pour le SARC *The Havens* de Londres). Les centres de prise en charge des victimes de violences sexuelles (CPVS) en projet en Belgique entrent également dans cette catégorie⁹⁰.

► ***The Havens*, trois centres dédiés à la prise en charge des agressions sexuelles à Londres⁹¹ (Schéma D)**

Le réseau des *sexual assault referral centres* s'est structuré au début des années 2000. Fort d'une quarantaine d'entités au total, le réseau est directement rattaché au *Department of health*. Si ces structures jouissent d'une relative autonomie fonctionnelle, leurs liens avec les hôpitaux sont forts : les contrats de travail sont hospitaliers. Les grands principes d'organisation de ces structures sont précisés dans un document de *guidelines* nationales, élaboré en 2005 et révisé en 2009⁹².

La mission des SARC est de prendre en charge en urgence (pour Londres, délai-cible de réponse fixé à une heure, dans le cadre d'un fonctionnement 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) les hommes, femmes et enfants (à compter de 12 ans) victimes d'agressions sexuelles, via un examen médico-légal, le dépistage de maladies sexuellement transmissibles et un suivi psychologique. Si les deux premières missions les rapprochent des UMJ françaises, ce n'est pas le cas de l'offre proposée en matière de suivi psychologique.

En effet, ce suivi se déploie sur le moyen, voire le long terme, en distinguant le suivi de type « *counselling* » (suivi léger) qui peut aller jusqu'à six consultations, d'un suivi renforcé jusqu'à 20 rendez-vous. Les rendez-vous individuels sont complétés par des groupes de parole.

L'enjeu général est d'éviter la multiplication des lieux et des interlocuteurs : les SARC fonctionnent selon une logique de « lieu unique » et, pour le cas où une orientation vers un

⁸⁹ Voir par exemple le centre *The Havens Paddington*, à Londres (<https://www.thehavens.org.uk>).

⁹⁰ Il est toutefois prévu d'intégrer le CPVS bruxellois dans un réseau étroit avec CéMAVIE (voir ci-après) et les structures de planification familiale. L'ensemble ainsi formé pourrait alors être rapproché d'une organisation de type « maison des femmes » (Saint-Denis).

⁹¹ <https://www.thehavens.org.uk/>

⁹² Home Office, Department of Health, Association of Chief-Police officers, *Revised National ServiceGuide. A resource for developinf sexual assault referral centres* (http://www.ccrm.org.uk/images/docs/7.9b_sarc.pdf).

autre professionnel s'avère nécessaire, un dossier unique de la victime a été mis en place pour favoriser le partage d'informations entre professionnels.

Le site de Paddington (SARC *The Havens*, Londres) mobilise au total 16 médecins (dont trois à temps plein), deux travailleurs de « soutien aux adultes » à temps plein (un travailleur social, un thérapeute) et 0,8 ETP de « soutien aux adolescents », 12 *crisis workers*, ainsi qu'un psychologue à temps plein et 0,8 ETP complémentaires mobilisés sur des problématiques de santé mentale (sans compter les compétences administratives).

Le modèle de financement mobilise à 50% le *national health service* et à 50% la police londonienne.

Enfin, les violences peuvent être abordées spécifiquement, au travers d'une prise en charge autour d'un type de violence. Ainsi, entrent dans cette catégorie les structures qui se spécialisent autour des mutilations sexuelles féminines, comme le CHU Saint-Pierre de Bruxelles (CÉMAVIE – voir encadré). En France, l'Institut de Santé Génésique (ISG), fondé par le Dr Pierre Foldès⁹³, propose une prise en charge plus large des violences, qui tend à le rapprocher plutôt du schéma précédent. Si son activité est *de facto* plus large, la pratique et l'expérience du fondateur de l'ISG associent cette structure à la prise en charge des mutilations, qui sont une composante importante de son activité.

► **Une structure belge axée sur la prise en charge des mutilations sexuelles : CÉMAVIE⁹⁴ (schéma D)**

Le nombre de femmes excisées en Belgique est estimé à près de 15 000 et les femmes en risque d'être excisées à environ 4 000 (ministère fédéral de la santé, 2012).

A Bruxelles, depuis le 1er avril 2014, le CHU Saint Pierre accueille des femmes concernées par les mutilations féminines au Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision (CeMAVIE). Dans le cadre d'une prise en charge définie au niveau national, le CéMAVIE dispose du statut de « centre de référence » pour la prise en charge des mutilations sexuelles féminines : un centre similaire existe à Gand (*Multidisciplinair centrum genitale mutilatie uz Gent*⁹⁵). Ces centres sont seuls compétents pour procéder à des actes de chirurgie réparatrice⁹⁶.

Le CeMAVIE assure, dans un cadre pluridisciplinaire une prise en charge médicale, psychologique et sexologique. L'équipe est composée d'un gynécologue, d'une sage-femme accueillante, d'une sexologue et d'une psychologue.

Les femmes qui entrent dans un parcours au CéMAVIE bénéficient d'une tarification « au parcours », définie spécifiquement, permettant de valoriser à la fois les compétences

⁹³ L'ISG, ouvert en janvier 2014, est situé au sein du CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, où il occupe des locaux. Il prend en charge environ 30 nouvelles situations chaque mois, qui ne se limitent pas à l'Île-de-France : au total, 402 femmes ont été vues en 2015 au sein de cette structure (source : rapport d'activité 2015).

Voir <http://www.institutensantegenesique.org/>

⁹⁴ <http://www.stpierre-bru.be/fr/services-medicaux/gynecologie-obstetrique/cemavie-mutilations-genitales-feminines/en-bref-9>

⁹⁵ <http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20patienteninformatiefolders/MCGM-pati%C3%ABnten.pdf>

⁹⁶ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_centre_reeducation_conventionne_7761_fr.pdf

médicales, paramédicales et sociales, et laissant à la charge de la patiente ou de sa mutuelle le « ticket modérateur » de droit commun⁹⁷. Chaque parcours se compose de quinze consultations (au maximum), dont le détail est ajusté aux besoins des femmes par l'équipe du centre. Un acte chirurgical de reconstruction ne peut lui-même intervenir qu'à l'issue de 5 consultations. Ce schéma permet de déployer un accompagnement pré et post opératoire. Tant le « capital » de 15 séances que l'opération elle-même doivent faire l'objet d'une autorisation *ad hoc* de la part de l'assurance-maladie.

Depuis 2014 et à date de la mission, un peu plus de 650 patientes ont été reçues au CéMAVIE, dont 40% dans le cadre d'une problématique médico-psycho-sexuelle⁹⁸ (incluant les demandes de reconstruction). 15% à 20% des femmes qui se sont présentées en demandant une reconstruction ont effectivement bénéficié d'un tel acte chirurgical, après la prise en charge préopératoire d'évaluation.

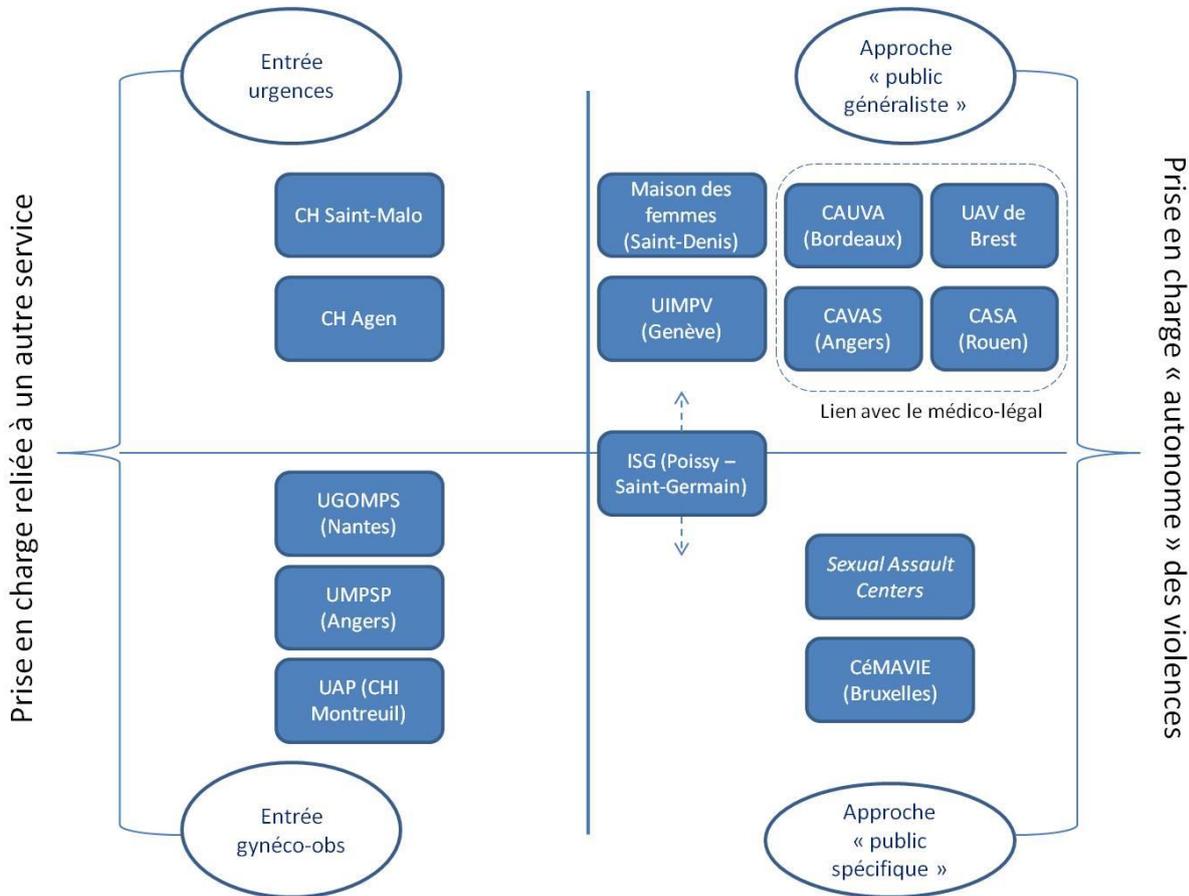
⁹⁷

http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_accompagnement_sequelles_mutilations_genitales_feminiens.pdf

⁹⁸ Le CéMAVIE reçoit également, hors convention, des femmes pour des activités telles que des certificats de non-excision.

2.2.1.3 Des approches qui peuvent se combiner et supposent toutes des liens avec les autres services de la structure hospitalière

Graphique 4 : Synthèse



Source : Mission

Le cas d'Angers illustre le fait que plusieurs prises en charge peuvent se combiner sur un même site, permettant alors un élargissement des offres, mais supposant dans le même temps un travail de coopération étroit entre les services impliqués. Ainsi le CHU d'Angers déploie son offre de soin sur un triptyque UMPSP-CAVAS-UMJ, le CAVAS étant structurellement proche de l'UMJ et assurant également une offre de soins en matière de mutilations sexuelles féminines.

De manière générale, les organisations mentionnées ci-avant, quels que soient les schémas-types auxquels elles se rattachent, sont conduites à travailler avec de nombreux acteurs, hospitaliers ou non. En effet, la complexité des situations rencontrées rend impossible la construction d'une réponse complète au sein d'une seule entité : les liens avec d'autres professionnels sont essentiels. C'est tout particulièrement le cas des unités articulées autour de la médecine légale.

Il faut enfin observer que ces relations de coopération sont réciproques : les personnels ou la structure en charge des femmes victimes de violence doivent être identifiés par les autres services, qui orientent les cas qu'ils détectent ; inversement, ces services ne

disposant pas de l'ensemble des compétences en interne, doivent pouvoir également orienter les femmes vers d'autres professionnels.

2.2.2 Différentes modalités d'organisation

Dans la quasi-totalité des initiatives analysées par la mission, la prise en charge s'effectue directement dans un service hospitalier.

2.2.2.1 Très majoritairement, une prise en charge assumée directement par l'hôpital

Les modalités pratiques se divisent en ce cas en deux grands pôles :

- soit la prise en charge des patientes est confiée à une unité fonctionnelle de l'hôpital qui se rattache à un pôle ou un service mais bénéficie d'une autonomie plus ou moins forte d'organisation (Maison des femmes, UGOMPS, UMPSP, CAUVA, UAV de Brest⁹⁹),
- soit elle est assumée directement par un service existant, au travers de l'identification d'un ou plusieurs référents ou de quotités de temps de travail dédiées (UAP au sein de la maternité du CHI de Montreuil, service des urgences de Saint-Malo).

Une prise en charge confiée à un service de l'hôpital présente l'avantage de s'insérer directement dans les processus de travail existant, et de ne pas être trop lourde à mettre en place. En revanche, elle peut être difficile à assurer au long cours, si aucun temps dédié, notamment de coordination, n'est prévu. Par ailleurs, une telle modalité peut rendre plus difficile l'identification par les partenaires, internes comme externes, de la prise en charge proposée.

A l'inverse, une autonomisation de la prise en charge des femmes victimes de violence, par exemple au sein d'une unité fonctionnelle, permet de faire clairement « exister » ce sujet au sein de l'hôpital et d'y dédier du personnel, et contribue donc à une forte identification en interne comme avec les partenaires extérieurs. Mais peut alors se poser la question des compétences et ressources qu'il faut accorder en propre à cette unité, dans un contexte toujours contraint. De plus, l'autonomisation, plus ou moins forte, de la prise en charge des violences, requiert alors une vigilance particulière pour que soient élaborés des liens de travail réciproquement efficaces avec les autres services.

2.2.2.2 Plus rarement, une partie des missions confiée à un autre partenaire, mais toujours en lien avec une structure hospitalière

A Saint-Germain-en-Laye (78), l'Institut en santé génésique (ISG), qui fonctionne sous forme associative, est hébergé dans des locaux et dans l'enceinte du centre hospitalier, lequel est par ailleurs contigu d'une structure hospitalière privée. Une convention entre le CH et l'association a été signée. L'ISG organise ainsi le premier accueil et l'accompagnement, en amont puis en aval des actes médicaux, qui se déroulent au CH ou à la clinique.

⁹⁹ Le cas de l'UAV est légèrement différent de par le rattachement de cette unité à l'institut médico-légal (IML).

Au Royaume-Uni, les *sexual assault referral centres*, bien qu'autonomes, ont un lien direct avec le *National Health System*. C'est par exemple le cas du SARC « *The Havens* », lié à l'hôpital universitaire de *King's College* (voir encadré ci-avant).

2.2.3 Des initiatives qui s'appuient sur les ressources hospitalières et territoriales

Dans les organisations étudiées par la mission, les modalités retenues sont très dépendantes du contexte hospitalier et sont le fruit des initiatives des professionnels.

Sachant qu'aucune initiative n'est conçue à partir d'une « page blanche », tout exercice de modélisation qui ignorerait les spécificités du contexte et des réalités locales serait inopérant.

2.2.3.1 Les synergies à rechercher entre les services présents dans l'hôpital

La détermination d'un mode de prise en charge des femmes victimes de violence tient d'abord naturellement compte, dans un premier temps, des compétences disponibles au sein de la structure hospitalière, ainsi que de la présence d'un centre de planification, d'un service de psychiatrie ou d'une UMJ.

Dans plusieurs des structures visitées, la présence d'un centre de planification et d'éducation familiale est ainsi un atout, dans la mesure où leurs compétences sont complémentaires au projet de prise en charge des violences : à Saint-Denis, la construction de la Mdf a eu pour objectif de réunir, sur un lieu unique, les équipes du centre de planification et les équipes dédiées à la prise en charge des violences. Au CHU de Nantes, le centre de planification et l'UGOMPS sont actuellement situés à deux étages différents, mais il est significatif que leur rapprochement soit recherché, à la faveur d'une réorganisation immobilière plus large¹⁰⁰.

Par ailleurs, les compétences de psychiatrie et de pédopsychiatrie, lorsqu'elles sont présentes dans les structures hospitalières, sont un point d'appui important dans la prise en charge du psycho traumatisme des femmes victimes de violences (et, le cas échéant, de leurs enfants). La mobilisation de compétence en psycho traumatisme est une nécessité dans la mise en œuvre d'un parcours complet de soins des femmes et des enfants concernés. Enfin, les liens existant avec les UMJ peuvent également être forts, que l'UMJ soit directement localisée au sein de la structure (Nantes- Angers- Rouen) ou qu'elle s'y délocalise partiellement (projet en cours à Saint-Denis au moment de la mission)¹⁰¹.

2.2.3.2 Les partenariats avec le territoire peuvent être multiples

La présence de partenaires associatifs dans les locaux de l'hôpital est très variable. Inexistante dans un certain nombre de cas (y compris de façon délibérée, soit que la configuration des locaux ne permette pas leur présence, soit que les acteurs de l'hôpital aient souhaité privilégier la construction d'un réseau extérieur à l'hôpital, soit encore que

¹⁰⁰ L'équipe de l'UGOMPS compte également en son sein une sage-femme de PMI à temps partiel, déléguée par le Conseil départemental de Loire-Atlantique.

¹⁰¹ Cf. sur les UMJ les deux circulaires interministérielles du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012 ainsi que la circulaire du garde des Sceaux à l'ensemble des juridictions du 28 décembre 2010. On peut aussi consulter le rapport inter-inspections n°RM2013-186P (IGAS), *Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale*, déc. 2013.

les associations d'aide aux victimes, de l'accompagnement social ou encore du conseil juridique ne souhaitent pas agir dans les locaux : elles rencontrent des difficultés, compte-tenu notamment des règles de partage des informations concernant les patients.

En dehors de l'hôpital, les actions de prévention et de prise en charge des femmes victimes de violences, rassemblent des partenaires très divers : professionnels et structures de santé, communes, conseil départemental, CAF, etc. Un outil comme les contrats locaux de santé (CLS), mobilisé en Seine-Saint-Denis par exemple, permet d'organiser les partenariats. La coordination avec les aspects police-justice apparaît essentielle. Pour garder toute leur efficacité, les partenariats doivent être limités en nombre et bien encadrés par des conventions.

Sur ces enjeux, les conclusions du rapport Fontanel-Pelloux-Soussy restent donc pleinement valables : dans la mesure où l'hôpital ne peut apporter à lui seul l'ensemble des réponses, il s'agit de « permettre d'avoir, sur l'ensemble du territoire, un parcours de la victime qui garantisse la qualité de sa prise en charge globale – tant médico-psycho-sociale que judiciaire. Ce 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 pluridisciplinaire [...] »¹⁰².

2.2.3.3 Les contraintes pratiques revêtent une importance réelle

La question de l'intégration de la prise en charge des femmes victimes de violence dans les locaux de l'hôpital ou dans un espace dédié, est évidemment hautement dépendante de la configuration des bâtiments. Parmi les initiatives étudiées par la mission, seule la Maison des femmes de Saint-Denis dispose de locaux construits et dédiés (cf. partie 1). La Maison des femmes est également la seule initiative identifiée par la mission à disposer d'un double accès : depuis l'hôpital et depuis la rue, sans passage par l'entrée de l'hôpital. Si le CAUVA de Bordeaux s'installera prochainement dans des nouveaux locaux, dans un bâtiment à part de l'accueil principal du site Pellegrin, cela résulte de circonstances particulières plus que d'une recherche délibérée (depuis sa création en 1999, le CAUVA s'est en effet considérablement agrandi, mais plus par adjonction de locaux au sein du bâtiment principal).

A l'inverse, dans la majorité des cas, le dispositif s'insère dans les locaux et services existants. Le choix retenu, fréquemment, consiste à ne pas rendre particulièrement visible ou identifiable visuellement la prise en charge (l'orientation vers l'UGOMPS, à Nantes, se fait l'accueil général ; l'UMPSP d'Angers, de même que l'UAP de Montreuil mobilisent les salles du service de gynéco-obstétrique).

Quelle que soit la décision prise, les structures soulignent de façon convergente deux enjeux :

- la sécurisation des lieux pour les femmes comme pour les professionnels ;

¹⁰² Op. cit. p12

- le caractère accueillant (« cocon ») du lieu : il faut tenir compte de la barrière psychologique qui représente un obstacle qu'il convient de surmonter. L'organisation retenue doit donc intégrer cette problématique.

2.3 A partir d'un socle commun, adapter les organisations aux territoires

Considérant que les territoires et leurs besoins varient, ainsi que le reflète la diversité actuelle des initiatives, un schéma unique, défini au niveau national et diffusé selon une logique descendante, serait inopérant.

A l'inverse, la mission a privilégié une réflexion par « modules », distinguant un socle commun, déjà présent notamment dans les structures visitées par la mission et qui doit continuer de monter en puissance, et des modes de prises en charge renforcés qui varient selon les territoires et qui impliquent nécessairement la mobilisation d'un réseau de partenaires, relevant notamment du champ de la santé mais ne s'y limitant pas (police, justice, travail social,...).

2.3.1 Continuer de sensibiliser et former les professionnels au sein des hôpitaux

L'efficacité de la prise en charge des femmes victimes de violences repose, en premier lieu, sur la capacité des professionnels à détecter ces situations et à apporter les premières réponses. C'est pourquoi la formation des professionnels continue d'être un pré-requis incontournable : elle relève à la fois d'un cadre national (formation de référents), territorial (animation d'un réseau) et local (formation par les pairs au sein d'une structure).

Dans cette même optique, la désignation de référents au sein des services d'urgence est également une condition préalable.

Ce socle fondamental pourrait être enrichi par la généralisation de pratiques professionnelles, telles que le questionnement systématique, des femmes sur d'éventuelles violences subies, lors des consultations dans les services des urgences et en gynécologie notamment. Les professionnels rencontrés par la mission jugent utile la généralisation de cette pratique. Il faut par ailleurs noter que plusieurs études soulignent que les femmes acceptent facilement cette pratique¹⁰³.

La mission recommande donc, comme évoqué précédemment, de mettre ces sujets à l'ordre du jour des travaux de la HAS (voir recommandation sur ce sujet).

2.3.2 Conçue à l'échelle d'un territoire, la prise en charge à l'hôpital doit s'articuler autour d'un triptyque de compétences

2.3.2.1 Trois compétences clés doivent venir s'ajouter à la compétence médicale

L'annexe 2 détaille les principales compétences recensées au sein des organisations analysées par la mission

¹⁰³ Ainsi l'étude précitée de l'Agence européenne des droits fondamentaux (2014) : « 87% des femmes consentiraient à ce que les médecins posent, systématiquement et dans le cadre de leur travail, des questions sur la violence aux femmes présentant certaines blessures ».

Au-delà des différences qui existent entre les modalités de prise en charge analysées par la mission, toutes ces organisations mettent en évidence la nécessité de réunir trois compétences spécifiques :

- une compétence médicale, par principe présente au sein de l'hôpital, qui doit inclure la dimension santé mentale. Pour cette dernière, une formation en victimologie ou psychotraumatologie apparaît à privilégier ;
- une compétence infirmière ou sage-femme (selon que la prise en charge est reliée à une maternité / un service gynéco-obstétrique), à qui incombe généralement une fonction de coordination, qui est cruciale ;
- une compétence en travail social.

La mission observe que, dans les organisations qu'elle a étudiées, ces compétences peuvent être mobilisées soit directement (temps de travail dédié), soit indirectement, par le biais de relations de travail au sein de chaque structure (« adressage » prioritaire de situations). Dans une majorité de cas, pour les compétences en santé mentale notamment, les temps de travail mobilisés correspondent à moins d'un ETP.

Pour une couverture optimale et compte-tenu des moyens effectivement disponibles, les prises en charge doivent être conçues à l'échelle des territoires, en lien avec les ARS, comme précédemment évoqué :

- chaque structure doit être à même d'identifier les situations de violence, grâce à la sensibilisation et à la formation des professionnels, et par l'intermédiaire des notamment au sein des services d'urgence ;
- si la structure n'est pas en situation de prendre elle-même en charge la situation, elle doit alors accompagner la femme vers la structure qui la recevra ;
- sur chaque territoire, une structure doit pouvoir disposer des compétences préalablement évoquées : l'échelle du GHT paraît à cet égard pertinente (voir ci-après). La cohérence du maillage territorial proposé est de la responsabilité de l'ARS.

Il apparaît également que la spécificité de certaines violences justifie une organisation particulière de la prise en charge¹⁰⁴ : c'est le cas des mutilations sexuelles féminines. Elles ne relèvent pas, hors cas particuliers (ex : difficultés lors d'un accouchement), d'une prise en charge aiguë, mais au contraire d'un parcours de moyen ou long terme, qui peut dans certains cas aboutir à un acte de chirurgie réparatrice. L'acte chirurgical ne semble pas être le facteur décisif dans l'entrée dans ce parcours : en moyenne, pour les professionnels consultés par la mission, seules 15 à 20% des femmes qui s'engagent dans un parcours de ce type demandent *in fine* un acte chirurgical. Dès lors, c'est bien la dimension d'accompagnement qui prime, avec, selon les cas, une compétence en santé mentale (le psychotraumatisme étant alors un enjeu particulier), en sexologie, etc. L'accompagnement

¹⁰⁴ La question de la prévention de ces violences n'est ici pas abordée.

est nécessaire tant en phase préopératoire, pour permettre à la personne d'affiner et confirmer son choix, qu'en phase postopératoire, pour aider à la réappropriation du corps.

Ces exigences d'une part, et d'autre part l'inégalité des besoins selon les territoires, (présence de communautés issues de régions dans lesquelles la prévalence des pratiques mutilatoires est forte, etc.) conduisent à adopter une logique de ressources de compétences (formation par les pairs, partage de compétences, ...). Si un nombre relativement restreint d'hôpitaux doit proposer cette prise en charge, il importe de leur donner les moyens d'accompagner les femmes en pré et post opératoire.

2.3.2.2 Sur la base d'un état des lieux des besoins et des ressources, inscrire la prise en charge à l'hôpital dans les partenariats locaux

La grande variété des initiatives repérées par la mission correspond à une diversité des publics et des besoins, des configurations d'acteurs, des moyens, des capacités et dynamiques de mobilisation. De plus, cette diversité des besoins rend illusoire l'idée que l'hôpital pourrait traiter à lui seul, ou à titre principal, l'ensemble des problématiques rencontrées par les femmes victimes de violence. Il importe donc d'inscrire, dès leur conception, les projets développés par les hôpitaux sur les territoires.

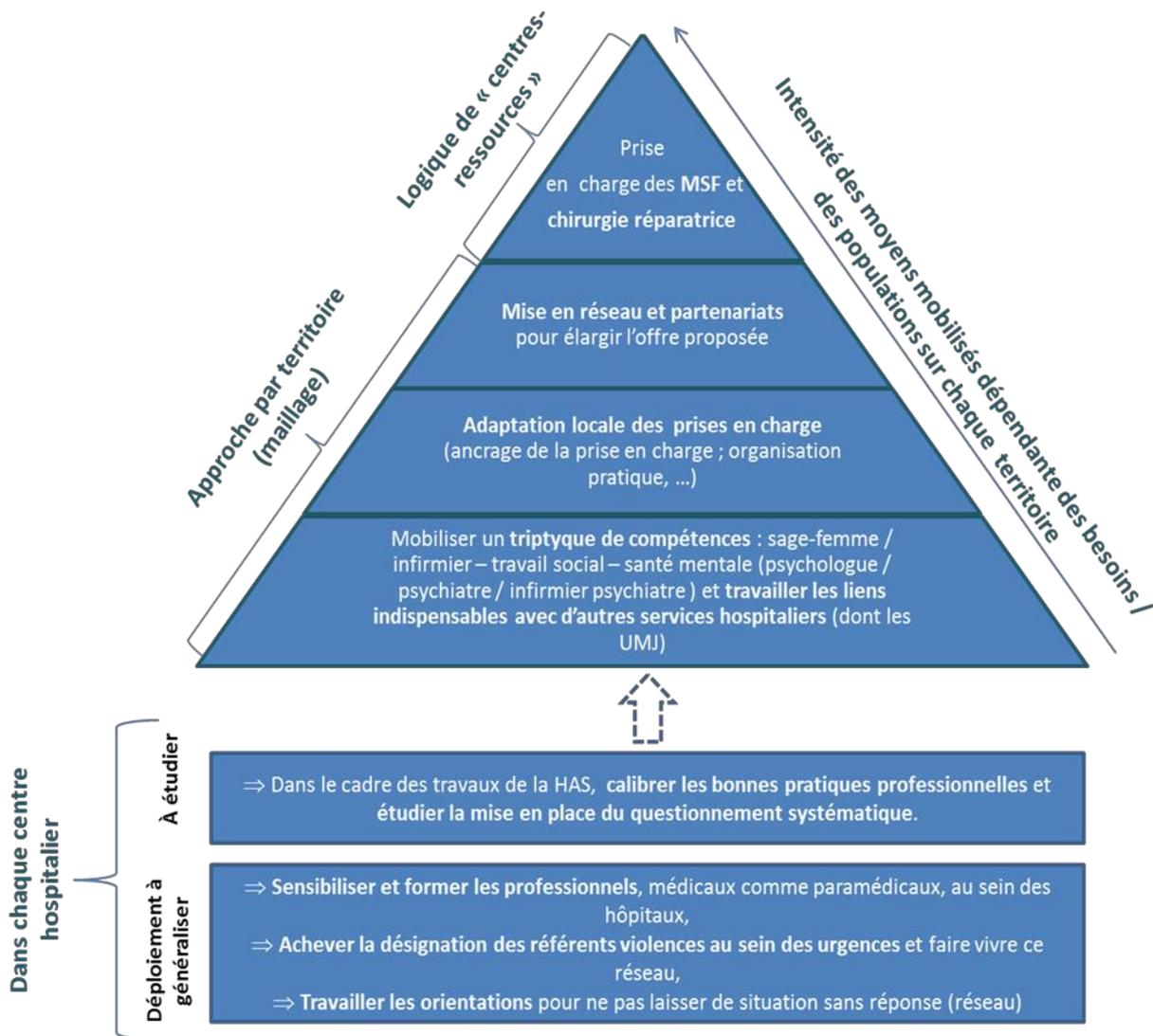
Ainsi, toute démarche nouvelle devrait reposer sur un état des lieux préalable et commun aux acteurs et une recension des moyens disponibles, de façon à calibrer l'offre proposée, son financement, etc. Le rôle d'accompagnement des ARS doit pouvoir s'appuyer sur des réseaux, comme ceux de la périnatalité.

L'échelle du GHT paraît pertinente pour concevoir des prises en charge cohérentes : leur proximité avec les réalités de terrain doit permettre d'affiner les prises en charge en fonction des caractéristiques des populations et de leurs besoins. Par ailleurs, alors que les GHT se structurent et montent en puissance, l'inscription dans les projets médicaux partagés de la prise en charge des femmes victimes de violence est l'occasion de mobiliser la communauté médicale. De plus, la conception des prises en charge, à l'échelle d'un GHT, permettrait de favoriser les synergies entre établissements et la mutualisation des compétences rares. Il importe, enfin, dans l'hypothèse où l'échelle du GHT est effectivement retenue, d'assurer la cohérence avec l'élaboration et la mise en œuvre des contrats locaux de santé.

Recommandation n°4 : Inscrire systématiquement la construction des prises en charge à l'hôpital sur un territoire et dans un cadre partenarial

2.3.3 Synthèse de la construction possible des prises en charge

Graphique 5 : Du socle fondamental à la réponse adaptée à chaque territoire



Source : Mission

2.4 La problématique du financement de ces prises en charge est posée

Dans la mesure où la prise en charge des femmes victimes de violence est en enjeu de société, les moyens mobilisés doivent permettre une prise en charge de qualité équivalente sur l'ensemble du territoire. Au cours de ses déplacements et contacts, la mission a pu constater que des projets étaient soit fortement limités, soit risquaient d'être empêchés, du fait de moyens incertains ou non pérennes. C'est notamment le cas dans les hôpitaux en difficulté financière ou dans les hôpitaux aux ressources professionnelles limitées. En l'état, renvoyer la question du financement à chaque structure reviendrait à maintenir les disparités selon les territoires.

Ainsi, il importe d'identifier les voies possibles d'un financement pérenne. La mission propose de distinguer une phase de lancement des projets et une phase de mise en œuvre pérenne, dont celle des projets déjà existants.

2.4.1 Le financement des projets dans leur phase de lancement

Dans le cadre précédemment évoqué d'une construction des prises en charge par territoire (GHT), des projets devraient être amenés à voir le jour de façon partenariale entre l'établissement-support et l'ARS, de façon à garantir leur cohérence avec les autres ressources disponibles, au sein de la structure comme à l'échelle du territoire.

Compte-tenu des ressources humaines disponibles dans chaque structure et de celles qui pourraient être mobilisées par le biais de partenariats avec d'autres structures hospitalières (mise à disposition de personnel, synergies avec des unités telles que les centres de planification, par exemple), des crédits complémentaires pourront être nécessaires.

La mission recommande d'adopter, pour les nouveaux projets, une démarche par étapes : il s'agirait d'inscrire, dans un premier temps, ces projets dans une phase-pilote d'une durée de 2 à 3 ans, qui permettrait de les évaluer et le cas échéant de les amender (voir recommandation n°3 ci-avant) avant, ensuite, d'être pérennisés.

Dès lors, le financement de ces projets dans la phase de lancement relèverait de crédits FIR, qui permettent de financer des missions sur les champs sanitaire comme médico-social.

Recommandation n°5 : Inscrire les nouvelles initiatives dans une phase pilote, amorcée notamment par la mobilisation de crédits FIR.

2.4.2 Le financement durable de l'exploitation

Dès lors que les projets deviennent pérennes, soit qu'ils existent déjà, soit qu'ils seront pérennisés à l'issue de la phase de lancement, il importe de leur conférer des moyens de fonctionnement stables.

A cet égard, le cadre de la tarification à l'activité (T2A) est insuffisant et les recettes d'activité ne peuvent couvrir qu'une partie des moyens engagés dans la prise en charge :

- Des tâches qui apparaissent décisives, comme la coordination, peuvent nécessiter un financement complémentaire hors cadre de la T2A ;
- Pour les activités relevant de la T2A, les conditions de leur réalisation peut être problématique, soit du fait d'un taux de recouvrement effectif plus faible que sur d'autres segments d'activité, soit que l'activité excède fréquemment les normes censées la standardiser, notamment en fonction du temps nécessaire pour une prise en charge des femmes victimes de violences.

Il n'existe pas de MIG adaptée aux enjeux de prise en charge des violences faites aux femmes. Si des crédits peuvent être mobilisés, ils risquent de l'être au détriment d'autres besoins également légitimes (ce qui serait par exemple le cas si la ligne identifiée était la MIG précarité) et sont, de plus, nécessaires pour une partie des patientes concernées par les prises en charge des violences.

Il paraît donc nécessaire de procéder à la création d'une MIG dédiée¹⁰⁵, à même d'être mobilisée par les ARS pour soutenir les dépenses de fonctionnement, tout particulièrement de personnel, impliquées par les prises en charge hospitalières.

Recommandation n°6 : Créer une MIG « prise en charge des femmes victimes de violences » pour garantir lisibilité, effectivité et pérennité au financement des actions après leur phase-pilote.

2.4.3 Estimation des besoins de financement

La mission a procédé à une estimation globale des besoins de financement. A partir des organisations qu'elle a pu observer et des recommandations qu'elle formule, la mission estime qu'une enveloppe abondée au total à hauteur de 15M€ à 20M€ en année pleine, serait de nature à répondre aux besoins identifiés.

Ce montant de 15M€ à 20M€¹⁰⁶ est étayé par les budgets d'unités fonctionnelles auxquels la mission a pu avoir accès et correspond, sur chaque GHT métropolitain¹⁰⁷, à une enveloppe de 100K€ à 150K€, mobilisable notamment afin de rémunérer les professionnels¹⁰⁸.

Au regard des conditions de recours respectivement aux crédits FIR et aux crédits MIG, la mission estime que l'enveloppe qu'elle propose d'identifier doit prévoir ces deux modalités : il conviendra de préciser leur part respective à partir des travaux évoqués ci-avant que les ARS auront la charge de conduire (cf. recommandation n°3)

De manière générale et quel que soit le vecteur, FIR ou MIG, cette enveloppe serait mobilisée après identification des ressources hospitalières disponibles localement, soit au sein de la structure elle-même, soit au sein du GHT. Dans une logique de complément, il s'agirait alors de financer tout ou partie des trois compétences nécessaires, médicale (y

¹⁰⁵ Il faut noter un enjeu particulier quant à la modélisation de cette MIG : la mission constate en effet que la création d'une offre de prise en charge vient « révéler » le besoin sur un territoire donné ; ce besoin n'est donc pas appréhendable *a priori* à partir d'indicateurs objectifs et régulièrement mesurés. Dès lors, il importe certainement de privilégier une logique plutôt forfaitaire pour calibrer une clé de répartition, de même que de mesurer régulièrement *a posteriori* l'adéquation des moyens accordés aux besoins et à l'activité des services.

¹⁰⁶ Pour mémoire, les crédits MIG/AC représentent des moyens totaux estimés à 5,8Mds€ en 2016. A titre de comparaison, la MIG Précarité était par exemple en 2016 d'un montant d'environ 150M€. Certaines MIG sont d'un montant proche de celui ici envisagé : MIG relative aux « centres de ressources sur les maladies professionnelles », par exemple, d'un montant de 7,6M€ en 2016.

¹⁰⁷ Comme indiqué précédemment, la mission n'a pas intégré dans le champ de son travailles territoires ultra-marins, pour lesquels une analyse complémentaire devra être conduite.

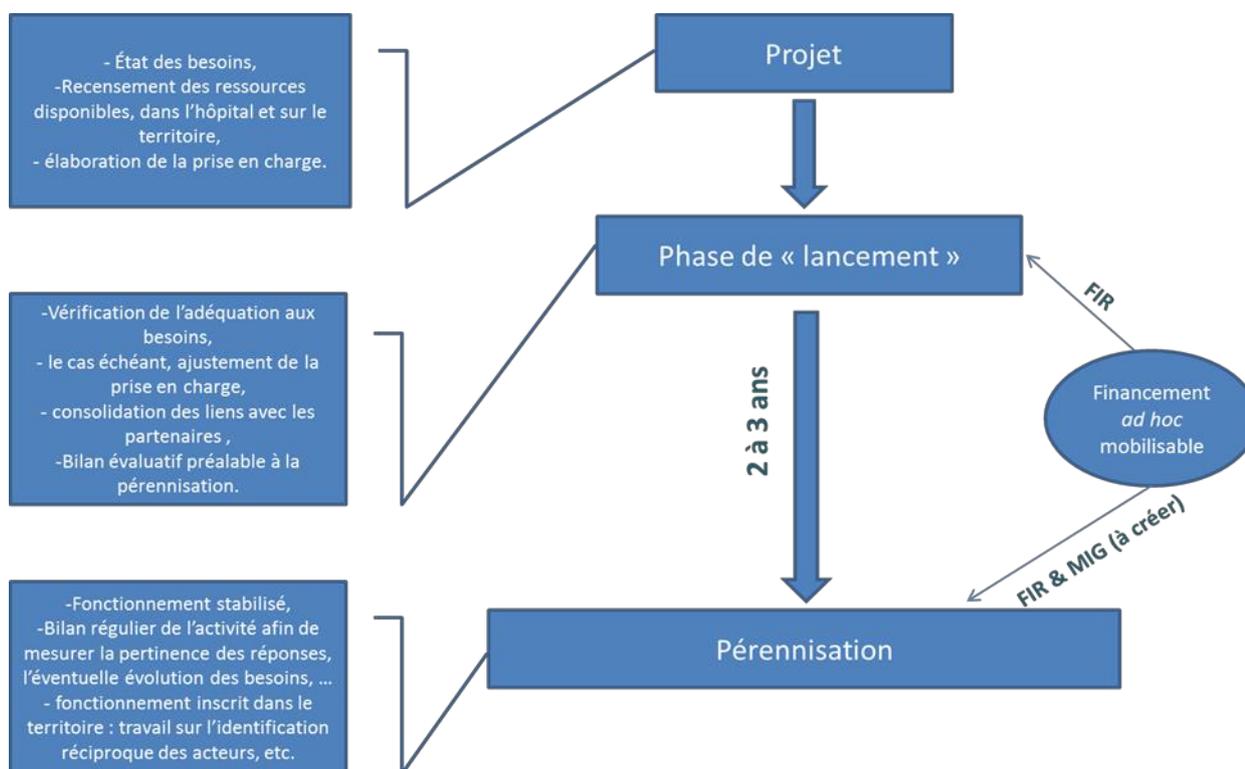
¹⁰⁸ Sur le fondement des organisations rencontrées par la mission, 1ETP de psychologue est estimé à 45 à 50K€, 1 ETP d'assistante sociale est estimé à 45K€ à 50K€, 1 ETP de sage-femme ou infirmière coordinatrice sont respectivement estimés autour de 55K€ à 60K€ et 45K€ à 50K€ (toutes estimations en euros bruts chargés).

compris santé mentale), en travail social, et en coordination transversale de la prise en charge, dont il a été constaté, sur le terrain, des difficultés pour les réunir effectivement. Le financement interviendrait donc sur le fondement d'un projet présenté à l'ARS compétente.

La mission recommande enfin que cette préconisation et le suivi des moyens afférents soit considérés comme une partie intégrante du plan de lutte contre les violences faites aux femmes, et être à ce titre intégrés dans les travaux de suivi et d'évaluation qui seront conduits.

2.4.4 Synthèse : du lancement de projet à sa pérennisation

Graphique 6 : De l'expérimentation à la pérennisation, un schéma possible



Source : Mission

2.4.5 La question des financements extrahospitaliers

Dans les organisations étudiées, la mission a constaté que le recours à des financements hors assurance maladie est exceptionnel, soit qu'il s'agisse d'une volonté délibérée de demeurer dans un cadre de financement classique, soit que la structure manque de temps ou de réseaux. Dans les structures qui mobilisent des financements complémentaires, ceux-ci sont très majoritairement publics (conseils départementaux).

Au regard d'un contexte général de ressources contraintes, la question de ces financements, et notamment de financements privés, peut se poser. A cet égard, la mission souligne le risque qu'il y aurait à faire dépendre la pérennité des missions de la

reconduction de financements qui, par définition, sont bornés dans le temps (ce qui est vrai quelle que soit leur source, publique ou privée).

Dès lors, le recours à ces fonds doit s'inscrire dans un cadre d'emploi défini préalablement, selon les principes d'organisation suivants :

- Comme le cœur, sanitaire, des missions assurées relève de la politique de santé, il y a lieu de le financer grâce à des crédits de droit commun ;
- Dans le cas où des collectivités territoriales, notamment des conseils départementaux, sont parties prenantes aux projets (par exemple sur des compétences de travail social), il y a lieu de privilégier, autant que faire se peut, des engagements pluriannuels, chaque fois que cela est possible, pour garantir un maximum de stabilité aux prises en charge ;
- pour le cas où des financements privés sont sollicités, ce qui peut être légitimement le cas, il y a lieu de les flécher sur des dépenses complémentaires à la prise en charge, qui ne conditionnent pas à proprement parler le « cœur de métier ». A l'instar du cas des collectivités, il y a également lieu de privilégier, autant que possible, une perspective pluriannuelle.

Enfin, dans tous les cas où des financements extrahospitaliers sont mobilisés, il est nécessaire de prendre en compte les demandes de suivi et d'évaluation particulières, qui peuvent s'y attacher par convention, qui peuvent demander du temps et de l'argent.

Recommandation n°7 : Conserver un caractère hospitalier au financement du cœur des missions ; sans exclure de mobiliser, le cas échéant, de possibles financements privés afin d'enrichir le projet.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

1 RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA MAISON DES FEMMES DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS

| N° | Recommandation | Autorité responsable | Echéance |
|----|---|--------------------------------------|-----------|
| 1 | Clarifier les relations entre le CHSD et les associations intervenant directement ou indirectement dans le projet et préciser le rôle et le périmètre d'intervention de chacun, par l'intermédiaire de conventions <i>ad hoc</i> . | CHSD (direction et équipe de la Mdf) | 2017 |
| 2 | Confirmer l'ancrage hospitalier de la Mdf, afin d'en préserver la cohérence et d'en assurer la pérennité ; développer les relations professionnelles entre les services du CHSD ainsi que les partenariats extérieurs ; évoquer et étudier tout projet de développement ou d'extension dans le cadre d'une gouvernance et d'un pilotage rénovés (recommandation 3). | CHSD (direction et équipe de la Mdf) | 2017 |
| 3 | Définir des modalités de pilotage ajustées aux enjeux et associant largement les partenaires (<i>cf. détail dans le corps du rapport</i>). | CHSD (direction et équipe de la Mdf) | 2017 |
| 4 | Anticiper dès à présent l'extinction de certains crédits d'exploitation en distinguant les dépenses « cœur de métier » qui relèvent du champ hospitalier, de celles qui apparaissent complémentaires et peuvent relever de financement extérieurs. | CHSD (direction et équipe de la Mdf) | 2017-2018 |
| 5 | Clarifier, dans le schéma de financement, les rôles et attributions des acteurs publics, privés et associatifs. | CHSD et partenaires | 2017 |
| 6 | Consolider le codage de l'activité de la Mdf et, au cours des prochains mois, mieux cerner les profils des publics et leurs besoins pour, le cas échéant, adapter l'offre de soins, l'organisation et les moyens. | CHSD (équipe de la Mdf) | 2017 |

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
| 7 | Adosser une éventuelle montée en gamme de l'évaluation à la conclusion de partenariats extérieurs. | CHSD (direction et équipe de la Mdf) | 2017 et années suivantes |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------|

2 RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

| N° | Recommandation | Autorité responsable | Echéance |
|----|--|--|---|
| 1 | Organiser le pilotage national de la dimension hospitalière de la prise en charge des violences faites aux femmes, en lien avec la MIPROF. | DGOS-DGS-DGCS, MIPROF | Sur la durée du plan national (2017-2019) |
| 2 | Confier à la HAS un travail d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé. | Ministère en charge de la santé, HAS, MIPROF | Sur la durée du plan national (2017-2019) |
| 3 | Organiser l'accompagnement opérationnel des prises en charge hospitalière des violences faites aux femmes avec les ARS, afin d'assurer une montée en puissance des dispositifs hospitaliers et la bonne articulation avec les dispositifs extrahospitaliers. | ARS | Sur la durée du plan national (2017-2019) |
| 4 | Inscrire systématiquement la construction des prises en charge hospitalières sur un territoire et dans un cadre partenarial. | ARS et structures hospitalières | NA |
| 5 | Inscrire les nouvelles initiatives dans une phase pilote, amorcée notamment par la mobilisation de crédits FIR. | ARS et structures hospitalières | NA |
| 6 | Créer une MIG « prise en charge des femmes victimes de violences » pour garantir lisibilité, effectivité et pérennité au financement des actions après leur phase-pilote. | DGOS | NA |
| 7 | Conserver un caractère hospitalier au financement du cœur des missions ; sans exclure de mobiliser, le cas échéant, de possibles financements privés afin d'enrichir le projet. | ARS et structures hospitalières | NA |

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris le 25 NOV. 2016

CEMENT/MDIS/SS/VMG/1-16-094770

Note à l'attention

de Monsieur Pierre BOISSIER

Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Lettre de mission pour l'établissement d'une modélisation de la prise en charge des femmes victimes de violence en un lieu unique pour duplication sur le territoire.

La Maison des femmes de Saint-Denis a été inaugurée en juin 2016, à l'entrée du Centre Hospitalier Delafontaine. Ouverte directement sur la rue, elle offre un accueil confidentiel et sécurisé pour toutes femmes vulnérables ou victimes de violence.

En un lieu unique, toutes les problématiques auxquelles sont confrontées les femmes victimes sont traitées : contraception, IVG, soins suite à un viol ou des violences physiques ou psychologiques, dans le cadre familial, conjugal ou autre, soins de reconstruction après excision... Ce lieu offre des permanences associatives qui permettent une orientation des femmes et une coordination de parcours.

Ce projet s'inscrit pleinement dans les orientations que j'ai prises en matière de prise en charge des femmes victimes de violences, notamment sur le volet du psycho-traumatisme.

La prise en charge psychologique des femmes victimes de violences figurera dans le cinquième plan de lutte contre les violences faites aux femmes et je vous demande donc de bien vouloir évaluer ce projet et une ou deux autres structures de même type, que mes services vous indiqueront.

Votre mission consistera donc à établir une modélisation de la prise en charge en un lieu unique des femmes victimes de violences, incluant la prise en charge psychologique mais également la coordination avec les services de police et de justice, et de décrire les scénarios possibles de financement pérenne de ce type de structure, en vue de pouvoir être étendu au plan national le cas échéant.

Marisol Touraine

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Les astérisques (*) signalent les entretiens réalisés par téléphone ou les interlocuteurs ayant apporté des informations par échange de mail.

Cabinets ministériels :

- Cabinet de la Ministre en charge des affaires sociales et de la santé :
 - o Thomas Deroche, conseiller,
 - o Magali Guégan, conseillère.

- Cabinet de la Ministre en charge des familles, de l'enfance et des droits des femmes :
 - o Catherine Dumont, directrice,
 - o Méryil Dubois, conseillère.

Administrations centrales de l'Etat :

- Direction générale de la santé :
 - o Flore Moreux, adjointe au chef de bureau « santé des populations et politique vaccinale »,
 - o Jean-Christophe Comboroure, chef de bureau « infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose »,
 - o Lionel Lavin, docteur, bureau santé des populations et politique vaccinale.

- Direction générale de l'offre de soins :
 - o Samuel Pratmarty, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins,
 - o Lydia Valdès, adjointe à la cheffe de bureau R3 (« plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës »),
 - o Martin Szcrupak, bureau R3, chargé de mission,
 - o Marie-Odile Moreau*, bureau R2 (« premier recours »), chargée de mission médecine légale.

- Direction générale de la cohésion sociale :
 - o Stéphanie Seydoux, cheffe du service du droit des femmes et de l'égalité,
 - o Martine Jaubert, cheffe du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale,
 - o Laure Gonnet, chargée de mission « violences au sein du couple ».

- Mission interministérielle pour la protection des femmes des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) :
 - o Elisabeth Moiron-Braud, secrétaire générale,
 - o Florence Rollet*, conseillère technique,

- Ernestine Ronai¹⁰⁹, chargée de mission,
- Astrid Vermeille*, conseillère technique.

- Haute Autorité de Santé : Dr. Michel Laurence, chef du service des bonnes pratiques professionnelles.

- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes :
 - Claire Guiraud, Secrétaire générale,
 - Alice Gayraud, chargée de mission.

Collectivités territoriales :

- Conseil régional d'Île-de-France :
 - Virginie Magnant, cabinet, conseillère en charge de la « région solidaire »,
 - Jacques Bonisseau, directeur des solidarités (*ad interim*)

- Conseil départemental de Seine-Saint-Denis* :
 - Stéphane Troussel, Président,
 - Marion Oderda, cabinet du Président, conseillère technique Education, Jeunesse, Lutte contre les discriminations et Égalité Femmes-Hommes,
 - Ludovic Lamy*, adjoint, direction de la famille et de l'enfance,
 - Roselyne Masson*, cheffe du service en charge de la planification familiale et de la PMI.

- Mairie de Saint-Denis :
 - Elisabeth Belin, adjointe au maire en charge de la santé,
 - Karine Bisson*, cheffe de projet Offre de soins - Santé des femmes,
 - Marie Leroy*, cheffe de projet « droits des femmes ».

Services territoriaux de l'Etat :

- Préfecture de région d'Ile-de-France :
 - Thalia Breton, déléguée régionale aux droits des femmes,
 - Valérie Demonchy, chargée de mission « promotion des droits et lutte contre les violences faites aux femmes »,
 - Marine Himber, chargée de mission.

- Préfecture de Seine-Saint-Denis :
 - Fadela Benrabia, préfète déléguée à l'égalité des chances,
 - Nicole Isnard, sous-préfète de Saint-Denis,
 - Nicolas Dufrêne, chargé de mission.

¹⁰⁹ Mme Ronai est également membre du CESE et responsable de l'observatoire départemental des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis.

- Direction départementale de la cohésion sociale :
 - Alain Kurkdjian, directeur adjointe,
 - Claire Vercken, déléguée départementale au droit des femmes.

- Agences Régionales de Santé :
 - Ile-de-France (siège) :
 - Claire-Lise Bellanger, responsable du département pilotage financier des établissements de santé,
 - Pauline Dejouany, département pilotage financier des établissements de santé en charge du suivi financier des établissements de Seine-Saint-Denis
 - Laurence Desplanques, médecin, responsable du département périnatalité,
 - Dr. Karine Galaup, conseillère médicale en charge des violences faites aux femmes,
 - Matthieu Leclercq, département pilotage financier des établissements de santé, en charge du suivi des financements FIR/DAF et des portefeuilles 93-94.

 - Ile-de-France (délégation territoriale de Seine-Saint-Denis) : Jean-Philippe Horrérard, délégué territorial.

 - Auvergne-Rhône-Alpes* : Géraldine Janody, médecin-inspecteur de santé publique, direction de l'offre de soins.
 - Bretagne* : Antoine Bourdon, directeur de cabinet,
 - Centre-Val-de-Loire* : Sandrine Loiseau-Melin, cheffe de cabinet,
 - Corse* : Corinne Natali, cheffe de cabinet,
 - Grand Est* : Emilie Toupenet, cheffe de cabinet,
 - Hauts-de-France* : Elisabeth Vérité, médecin inspecteur,
 - Nouvelle-Aquitaine* :
 - Arnaud Tranchant, Chef de « projet transversalité, pilotage et parcours de santé », direction de l'offre de soins et de l'autonomie
 - Eric Morival, Directeur de la délégation départementale de Lot-et-Garonne
 - Normandie* : Sandra Milin, directrice de l'offre de soins
 - Occitanie* : Odette Ramel, chargée de mission « Programmes de Santé », direction de la Santé Publique
 - Pays de la Loire* : Dr. Jean-Yves Gagner, adjoint au directeur de l'accompagnement et des services
 - Provence-Alpes-Côte-D'Azur* : Nicole Miroglio, chargée de mission « programmes de prévention », référente droits des femmes

Centre Hospitalier de Saint-Denis (Delafontaine) :

- Direction :
 - Yolande Di Natale, directrice,

- Guillaume Chesnel, directeur-adjoint en charge des finances,
 - Paul Chalvin, directeur des affaires médicales et juridiques,
 - Marie-Gabrielle Daniel, adjointe au directeur en charge des finances,
 - Lucile Montagnier, direction des affaires médicales et juridiques.
- Services du CHSD : Caroline Barbereau, responsable de la PASS.
- Maison des Femmes (Pôle femme-enfant):
- Dr. Stéphane Bounan, chef de service, maternité,
 - Dr. Ghada Hatem, médecin-chef de la Maison des femmes,
 - Dr. Mélanie Horoks, centre de planification et de conseil familial,
 - Mathilde Delespine, sage-femme coordinatrice,
 - Martine Mabilia, sage-femme,
 - Sophie Rodange, secrétaire administrative
 - Sylvie Pipault, conseillère conjugale,
 - Jacques Hertzfel, délégué cohésion police-population commandant de police à la retraite, bénévole,
 - Violette Perotte, bénévole,
 - Cathy Bontick, bénévole,
 - François Clavel, bénévole,
 - Coralie Chivert, bénévole,
 - Astou X (anonymat), patiente.
- Structures hospitalières :
- CH d'Agen-Nérac* :
 - Dr. Julien Partrat, chef du service des urgences
 - Dr. Albane Buan, Samu, référente médicale pour les violences faites aux femmes
 - CHU d'Angers (UMPSP et CAVAS) :
 - Sébastien Tregnard, directeur général adjoint,
 - Dr Philippe Gillard, chef de service,
 - Dr Sébastien Madzou, en charge du CAVAS,
 - Sylvie Boudier, sage-femme, cadre de santé,
 - Sylvie Nordström-Schüler, sage femme coordinatrice
 - CHU d'Angers (UMJ) :
 - Dr Nathalie Jousset, cheffe de service,
 - Dr Céline Buchaillet,
 - Dr Marion Verschoore,
 - Sophie Marenì, cadre de santé,
 - Catherine Bodineau, infirmière,
 - Stéphanie Castellani, infirmière,
 - Catherine Allain, infirmière,

- Cindy Chaillou, psychologue,
- Emilie Béchu, secrétaire.
- CH d'Armentières* : Dr. Richard Matis¹¹⁰,
- Hôpital Jean-Verdier, Bondy* (UMJ) : Dr. Patrick Chariot,
- CHU de Bordeaux :
 - Pr. Sophie Gromb-Monnoyeur, Chef du pôle médico-judiciaire - médecine légale et pénitentiaire,
 - Anne Ferrer, directrice des finances*,
 - Equipe du CAUVA.
- Centre hospitalier régional universitaire de Brest* :
 - Dr. Alain Zerilli, directeur de l'institut médico-légal,
 - Pascale Fodella, cadre supérieur SAMU-SMUR-UML,
 - Olivier Legrand – psychologue.
- CHU de Dijon : Elisabeth Beau, Directrice,
- Centre Hospitalier de Gonesse :
 - Catherine Vauconsant, Directrice,
 - Dr. Gilles Dauplain, président du comité d'éthique et référent violences faites aux femmes
- Centre hospitalier intercommunal de Montreuil :
 - Dr. Bruno Renevier, chef de service,
 - Agnès Delaunay, sage-femme coordinatrice,
 - Pauline Auzou, sage-femme, en charge de la consultation violences et précarité,
 - Aurélie Message, Responsable suivi « Activités médicales et Contrôle de gestion ».
- CHU de Nantes et CD de Loire-Atlantique (PMI) :
 - Sandrine Delage-Cartau, directrice déléguée auprès du pôle femme enfant adolescent,
 - Pr. Norbert Winer, chef du service de gynécologie-obstétrique,
 - Dr. Véronique Carton, responsable de l'UGOMPS,
 - Dr Leslie Meresse-Prost, urgences adultes, référente violences faites aux femmes,
 - Dr Agnès Muet, cheffe de service, PMI (Conseil départemental),
 - Claude Daussy, cadre supérieur sage-femme,
 - Catherine Kerforn, cadre sage-femme,
 - Karine Belliot-Boinot, psychologue.

¹¹⁰ M. Matis est vice-président de l'association « Gynécos sans frontières ».

- Centre hospitalier de Saint-Malo - Communauté hospitalière de territoire (CHT) Rance Émeraude : Dr. Jean-François Bouet*
- CHU de Rouen (CASA) : Dr. Sophie Thureau

Associations et personnalités qualifiées :

- SOS Femmes 93 :
 - Marie-Christine Mourgues, présidente,
 - Brigitte Broux, directrice générale.
- Institut de Santé génésique :
 - Dr. Pierre Foldès, président,
 - Frédérique Martz, directrice.
- Conseil National des femmes françaises : Claudie Corvol, vice-présidente,
- Liliane Daligand, professeur émérite en médecine légale, docteure en psychiatrie, président de l'association VIFF-FIL-SOS Femmes (Villeurbanne),
- Dr. Thierry Troussier, responsable de la chaire « santé sexuelle et droits humains » de l'UNESCO¹¹¹.

Partenaires privés du projet « maison des femmes » :

- Fondation Kering :
 - Céline Bonnaire, déléguée générale,
 - Florencia Salvia, cheffe de projet.
- Fondation L'Oréal* :
 - Florence Lafragette, déléguée générale,
 - Aude Desanges, chargée de projets.
- Fondation SANOFI Espoir* : Amélie Moritz, cheffe de projet
- Fondation ELLE* : Chloé Freoa, déléguée générale adjointe

Expériences étrangères :

¹¹¹ M. Troussier, médecin-inspecteur de santé publique, est par ailleurs en poste à la Direction générale de la santé.

- Bruxelles, CHU Saint Pierre, Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision (CeMAViE) :
 - o Dr. Martin Caillet, département de Gynécologie-Obstétrique, responsable de Cémavie
 - o Dr. Christine Gilles.

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV) : Dr. Emmanuel Escard, responsable de l'unité,

- Londres, SARC *The Havens* : Dr. Muriel Volpellier, médecin-chef,

- Sollicitation, par l'intermédiaire de la DAEI, des conseillers pour les affaires sociales en poste dans les pays suivants :
 - o Allemagne : Mme Christine Jacob,
 - o Danemark et Suède : Mme Dominique Acker,
 - o Espagne : Jean-François Renucci,
 - o Royaume-Uni : Marie Keirle.

ANNEXE 1 : ILLUSTRATION DE PARCOURS DE FEMMES ACCUEILLIES A LA MDF

1 PARCOURS « CENTRE DE PLANIFICATION »

➤ Mme A

Victime d'un viol, elle ne prend conscience de la grossesse que tardivement et hors délai légal pour une IVG. Au commissariat, elle ressent très mal l'accueil qui lui est fait. Sa santé mentale est très altérée, sa détresse absolue. Après avoir été reçue à la Mdf, une dizaine de fois pour un accompagnement psychosocial qui s'avère complexe compte tenu de l'empreinte religieuse de son milieu familial, une IMG médicale pour raison maternelle a pu être pratiquée. Mme A a, depuis lors, été revue à plusieurs reprises. Des propositions d'accompagnement ont été formulées, qui n'ont pas forcément été suivies.

➤ Mme B, mineure

Jeune femme, enceinte. Orientée par l'infirmière scolaire, Mme B. a été reçue environ 6 fois (contre 2 rendez-vous en règle générale, d'une heure en moyenne), pour l'écouter et l'aider à la prise de décision.

Elle a été vue après l'interruption de grossesse. L'aide d'une psychologue du pôle mère-enfant a été sollicitée en urgence. Puis, une prise en charge en CMP a pu être obtenue, grâce au réseau de l'hôpital et de la Mdf. Mais le suivi est complexe pour cette jeune femme qui peut se mettre en danger. Mme B est excisée, mais le sujet n'a pas pu être évoqué.

➤ Mme C, mineure

Mme C a fui son pays suite à un mariage forcé. Elle a été violée pendant le parcours migratoire. L'assistante sociale du centre de planning familial a organisé un placement en foyer ASE, mais la jeune fille n'y est pas restée. Une IVG a été réalisée.

Hébergée par sa communauté d'origine, le risque de prostitution est élevé. Après un signalement ASE en urgence, la jeune fille a bénéficié d'un placement en studio et d'une aide financière, mais la jeune fille n'a pas respecté les règles. Une procédure d'évaluation osseuse de l'âge est en cours.

➤ Mme D, mineure

Après un viol, Mme D est enceinte. L'effondrement de ses parents lui cause un vif sentiment de culpabilité. Après cinq entretiens, il est procédé à l'IVG. Le bon parcours scolaire de la jeune fille donne un horizon qui devrait permettre de dépasser la situation douloureuse. La Mdf assure le lien avec l'infirmière scolaire.

2 ACCUEIL DES FEMMES EN LIEN AVEC DES VIOLENCES

La prise en charge est réalisée/ coordonnée par la sage femme coordinatrice de la Mdf. Un questionnement post traumatique est systématique.

➤ Mme I

Jeune femme de 26 ans, domiciliée à Paris, orientée par une avocate, victime d'un viol en sortie de boîte de nuit. Après avoir occulté cette agression pendant plusieurs années, elle souhaite déposer une plainte. Elle est venue chercher un accompagnement pratique pour sa plainte et consulter sur sa santé sexuelle. Elle développe des symptômes post-traumatiques et souhaite s'inscrire dans un suivi à la Mdf. La première consultation a duré une heure.

3 DEMANDES DES FEMMES LIEES AUX MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES¹¹²

➤ Mme E

Une femme d'origine égyptienne, excisée sous anesthésie générale à 12 ans. Cette femme médecin est révoltée par le fait que sa mère, totalement infibulée, n'ait pas été prévenue du risque d'excision pour sa fille, lorsqu'elle-même a accouché en France il y a une trentaine d'années.

➤ Mme F

Jeune femme, née en France, excisée à 4 ans lors de sa seule visite au Mali. Si sa sexualité lui semble quasi normale, elle a conscience d'une différence. Après plusieurs visites à la Mdf, elle a choisi d'être opérée. Selon son témoignage, sa vie en a été, totalement et favorablement changée.

➤ Mme G

Jeune guinéenne, arrivée en France, sans ses fils, en septembre 2016. Elle a fui son pays à cause de la menace d'excision qui pesait sur la fille, dont elle était enceinte. Elle est venue demander à la Mdf un certificat d'excision pour elle et un de non-excision pour sa fille. Elle présente ces documents à l'appui d'une demande d'asile en France. Elle vit une situation d'errance sociale. La Mdf lui apporte également une aide juridique.

➤ Mme H

Jeune femme, excisée dans son enfance (6-7 ans). Elle fuit son pays, car son père s'opposait à ce qu'elle poursuive ses études d'aide-soignante. Traumatisée, malade d'une hépatite C, elle a des rapports sexuels douloureux. Elle demande l'asile pour elle et sa fille.

¹¹² Les jeunes femmes mineures sont reçues mais l'opération n'est pas proposée à cet âge.

ANNEXE 2 : PRINCIPALES COMPETENCES RECENSEES AU SEIN DES ORGANISATIONS ETUDIEES

1 STRUCTURES FRANÇAISES (HORS UMJ)

Tableau 1 : Principales compétences présentes au sein de la structure

| | Médecins | | | Paramédicaux | | Psychologue | Travailleur social (assistant social, CESF, conseillère conjugale, ...) | Coordinateur (dédié) |
|--|-------------|---------|---|--------------------------------|-----------|-------------|--|------------------------------|
| | Généraliste | Gynéco. | Autre | Sage-femme | Infirmier | | | |
| Maison des femmes (Saint-Denis) | | * | *(sexologue) | * | | * | * | *(sage-femme) |
| Nantes (UGOMPS) | * | * | | *(PMI, SF formée en sexologie) | | * | * | *(sage-femme cadre de santé) |
| Angers (UMPSP-CAVAS) ¹¹³ | | * | *(pédopsychiatre, pédiatre ¹¹⁴) | * | | * | * | *(sage-femme cadre de santé) |
| Saint-Malo | | | *(urgentiste : pédopsychiatre) | | | | * | *(cadre de santé) |
| Montreuil (UAP) | | * | *(addictologue) | * | | * | * | *(sage-femme) |

¹¹³ Membres permanents.

¹¹⁴ Liens forts avec la médecine légale.

| | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|-----------------|--|-----------------------------|---|---|---------------------------|
| ISG (Poissy – Saint Germain) | | | * (urologue) | | * | * | * | * (personnel non médical) |
| CH d'Agen-Nérac | | | * (urgentistes) | | * (infirmier psychiatrique) | | * | |

Source : *Mission*

Sans prétendre à l'exhaustivité, ce tableau rassemble, pour chacune des structures citées, les principales compétences dont la mission a eu connaissance¹¹⁵. La quotité de temps de travail mobilisée est variable. Dans certains cas, les compétences mobilisées relèvent d'autres services, par une mise à disposition. Le tableau ne distingue pas entre les personnels salariés d'une structure hospitalière et les bénévoles qui peuvent intervenir de façon durable au sein de celle-ci. La place des bénévoles peut être importantes (comme à l'ISG, par exemple).

¹¹⁵ Soit à l'occasion des déplacements, soit par des échanges téléphoniques.

2 RAPPEL DU CADRE APPLICABLE AUX UMJ

Parmi les structures rencontrées par la mission, plusieurs relèvent du cadre de la médecine légale (Bordeaux, Angers, Brest, Rouen...). Outre que celui-ci emporte un financement particulier, impliquant fortement le ministère de la justice, les compétences que les UMJ doivent réunir sont précisément fixées par voie de circulaire (circulaire du 25 avril 2012 ; cf. ci-dessous).

| UMJ | Fonctionnement | ETP médicaux et non médicaux |
|---|--|---|
| Organisation 1 renforcée | - 2 médecins 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et 1 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie) - 1 médecin de 8 h à 20h, 6jours/7 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie | 14,5 ETP de médecins 5,5 ETP IDE 4,2 ETP AS 1 ETP secrétariat 2 ETP autre personnel |
| Organisation 1 | - 2 médecins 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et 1 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie) | 12 ETP de médecins 3 ETP IDE 1 ETP secrétariat 2 ETP autre personnel |
| Organisation 2 renforcée, soit organisation 2 + équipe mobile 2 (EM2) | - 1 médecin 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et GAV) - 1 médecin de 8h à 20h, 6jours/7 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie | 8,5 ETP de médecins 3 ETP IDE 1 ETP secrétariat 2 ETP autre personnel |
| Organisation 2 | 1 médecin 24h/24 à l'UMJ | 6 ETP de médecins 3 ETP IDE 1 ETP secrétariat 2 ETP autre personnel |
| Organisation 3B | 1 médecin 10h/jour, 6jours/7 à l'UMJ et astreinte pour les nuits, dimanches et jours fériés | 3,3ETP de médecins 2 ETP IDE 1 ETP secrétariat 1 ETP autre personnel |
| Organisation 3A | 1 médecin 8h/jour, 6jours/7 à l'UMJ et astreinte pour les nuits, dimanches et jours fériés Seuil de fongibilité des effectifs IML-UMJ minimum | 2,9ETP de médecins 2 ETP IDE 1 ETP secrétariat 1 ETP autre personnel |
| Organisation 3 | 1 médecin aux heures ouvrables 6jours/7 à l'UMJ et astreinte pour les nuits, dimanches et jours fériés | 2,2ETP de médecins 2 ETP IDE 1 ETP secrétariat 1 ETP autre personnel |

Par ailleurs, 15 UMJ prévues en organisation O2, O3B, O3A et O3 sont dotées d'effectifs complémentaires, afin de constituer des équipes mobiles dédiées aux examens de gardés à vue et selon 3 types d'organisation :

| EM 2 | EM 3 | EM 4 |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1 médecin 12h/jour, 6jours/7 | 1 médecin 10h/jour, 6jours/7 | 1 médecin 8h/jour, 6jours/7 |
| 2,5 ETP de médecin | 2,1ETP de médecin | 1,7ETP de médecin |

3 STRUCTURES ETRANGERES

La mission isole dans le tableau ci-dessous les compétences présentes dans les structures étrangères qu'elle a sollicitées : si ces données sont instructives, notamment parce que le besoin de compétences apparait largement similaire, il convient toutefois de noter que les configurations institutionnelles, administratives, budgétaires, ne permettent pas de procéder à une comparaison pleine. De même, les qualifications professionnelles peuvent varier d'un pays à l'autre.

Tableau 2 : Principales compétences présentes au sein de la structure

| | Médecins | | | Paramédicaux | | Psychologue | Travailleur social (assistant social, CESF, conseillère conjugale, ...) | Coordinateur (dédié) |
|--|---|---------|--------------|--------------|-----------|-------------|--|---|
| | Généraliste | Gynéco. | Autre | Sage-femme | Infirmier | | | |
| CéMAVIE (Bruxelles) | | * | *(sexologue) | * | | * | * | *(temps dédié) |
| <i>Sexual Assault referral centre</i> (Londres) | 16 médecins mobilisés au total sur les structures londonniennes, dont 3 à temps plein | | | | * | * | *(crisis workers, social workers, travailleurs « de soutien »...) | * |
| Consultation violence domestique (Genève) | 2 médecins, dont 1 cadre | | | | * | * | * | Fonctionnement sur le modèle des <i>case managers</i> |

Source : *Mission*

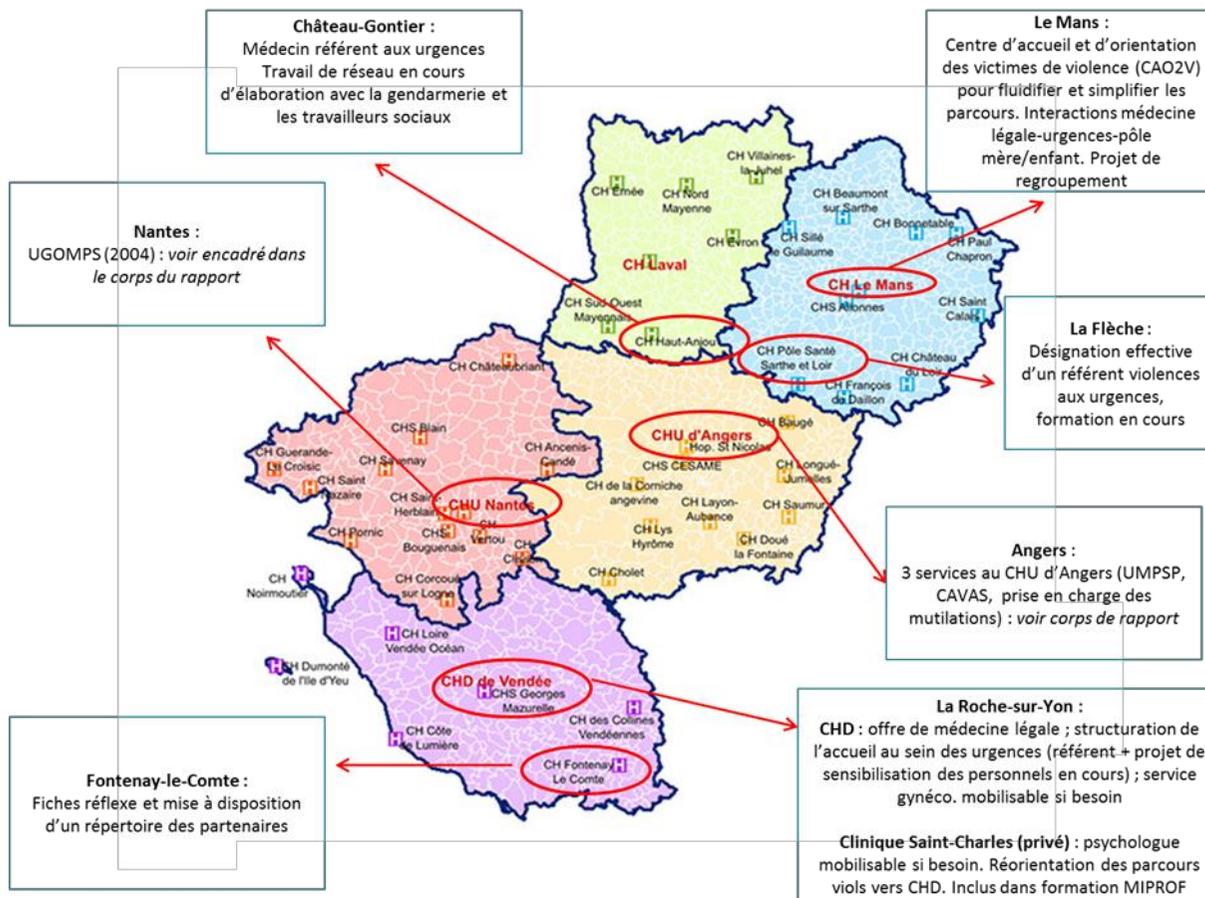
ANNEXE 3 : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE (REGION PAYS-DE-LA- LOIRE)

L'état des lieux présenté dans cette annexe, qui ne prétend pas à l'exhaustivité, est réalisé à partir des informations suivantes :

- selon les informations recueillies par la mission au cours de ses déplacements à Angers et Nantes,
- par l'ARS, sollicitée à cette fin par la mission, pour les autres structures.

1 PRESENTATION SYNTHETIQUE : CARTE DES PRISES EN CHARGE

Graphique 1 : Carte des prises en charge hospitalières en région Pays de la Loire



Source : mission. Le fond de carte (©ARS) reprend les découpages départementaux, qui coïncident avec les GHT. Les établissements supports des GHT sont indiqués en rouge, dans chaque département. Les informations dans les encadrés sont ajoutées par la mission.

2 LA LOIRE-ATLANTIQUE

➤ Le CHU de Nantes :

Au CHU de Nantes, l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) a été créée en 2004 pour l'accueil et la prise en charge des femmes en difficulté sociale psychologique et médicale.

L'UGOMPS œuvre à la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des parents, lorsqu'une grossesse survient, ou bien en cas de violence intrafamiliale, en offrant aux familles vulnérables un environnement professionnel pluridisciplinaire.

L'UGOMPS est à la disposition des professionnels de la maternité, dans les situations psycho-sociales difficiles telles que : pathologie psychiatrique, toxicomanie, déni de grossesse, jeunes filles mineures enceintes, précarité sociale, exilées.

3 LA VENDEE

➤ Le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte

Les urgentistes sont sensibilisés et formés via plusieurs « fiches réflexes ». L'assistante sociale est prévenue systématiquement des situations, ainsi que le référent « femmes victimes de violences ».

Les numéros de téléphone utiles (SOS femmes Vendée etc....) sont mis à la disposition des femmes.

➤ La Roche-sur-Yon :

➤ *La clinique privée Saint-Charles*

Le psychologue peut intervenir, si besoin sur les situations repérées. En cas de viol, la patiente est dirigée vers le centre hospitalier départemental de La-Roche-sur-Yon.

Un médecin urgentiste de la clinique a participé à une journée de formation de la MIPROF.

➤ *Le centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon*

Les prises en charge mobilisent les services suivants.

○ Médecine légale :

Deux médecins référents sur les violences conjugales ont été désignés.

SOS Femmes Vendée reçoit en urgence les femmes pour les assister, les accueillir et le cas échéant les héberger.

Les enfants témoins des violences peuvent être écoutés.

○ Le Service des Urgences

Un médecin référent a été nommé et il est bien identifié dans le service.

Un projet de sensibilisation des personnels des Urgences est en cours d'élaboration. Il est porté par les médecins référents sur les violences conjugales.

- Le Service de gynécologie

Le médecin gynécologue de garde est sollicité en cas de besoin.

- Commentaires :

Le CHD n'a pas de moyens spécifiquement alloués à cette problématique.

L'engagement du CHD repose largement sur l'investissement personnel des médecins légiste et urgentiste. Les relations avec le Parquet sont étroites.

4 LA MAYENNE

- **Le centre hospitalier du Haut Anjou à Château-Gontier.**

Un médecin référent formé a été nommé au service des urgences ;

Un réseau est en cours de formalisation avec la gendarmerie et les travailleurs sociaux.

5 LA SARTHE

- **Le Centre hospitalier Sarthe et Loir de La Flèche**

Un médecin référent violence faites aux femmes a été désigné. Sa formation est en cours.

- **Le centre hospitalier du Mans (CHM)**

- *Le dispositif*

Le CHM a mis en place en 2014 un centre d'accueil et d'orientation des victimes de violences (CAO2V) qui vise à coordonner et augmenter la lisibilité de l'offre de soins proposée aux victimes : fiches d'information, consultations d'urgence médico-judiciaire dans les locaux des urgences et dans le pôle mère enfant (salle de consultation et salle d'audition)

De plus, la sage-femme conseillère conjugale du centre de planification du conseil départemental oriente également vers le CAO2V.

- *Commentaire*

Le CHM souhaite regrouper les composantes du CAO2V afin d'en renforcer la visibilité avec des prises de rendez-vous centralisées via un numéro unique.

6 LE MAINE-ET-LOIRE

- **Le CHU d'Angers : 3 structures**

- *l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité (UMPSP)*

Au CHU d'Angers, l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité (UMPSP), existe depuis 2007.

L'équipe est constituée d'une sage femme, d'une psychologue de liaison, et d'une secrétaire.

L'entrée dans le dispositif est, en règle générale, la grossesse. L'UMPSP n'a pas de visibilité, à dessein, ni entrée, ni salle d'attente différente.

L'UMPSP entretient des relations de partenariats avec les acteurs extérieurs d'une manière informelle, sans convention, mais avec des échanges (ASE, PMI, Justice, TS...).

➤ *Le centre d'accueil des victimes d'agression sexuelles (CAVAS)*

Le CAVAS est une unité spécialisée de médecine légale et est installé dans les locaux du CHU.

➤ *La prise en charge des mutilations sexuelles*

Un chirurgien formé est référent, il réalise les réparations et a mis au point un protocole de prise en charge pluridisciplinaire pour les équipes médicales.

PIECES JOINTES : PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES – EXEMPLES ETRANGERS

La mission a sollicité, au travers de la Direction des affaires étrangères et internationales du ministère en charge des affaires sociales (DAEI), le réseau des conseillers en charge des affaires sociales. Figurent en pièce-jointe les réponses parvenues pour les pays suivants :

- Allemagne,
- Danemark,
- Espagne,
- Royaume-Uni,
- Suède.

1 ALLEMAGNE



Berlin, le 05 mai 2017

Note à l'attention de l'IGAS

Objet : Offre de prise en charge « globale » / « intégrée » des violences faites aux femmes

1. Cadre de la politique de prise en charge des violences, notamment physiques et sexuelles, faites aux femmes :

- a. Quel est le cadre de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en ce qui concerne leur prise en charge (national / local ; politiques de droit commun / plans *ad hoc* ...)
?

Cadre législatif de protection des individus contre les actes de violence en Allemagne :

L'Office fédéral de la famille et de la société civile (*Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, BAFzA*) distingue **plusieurs formes de violences faites aux femmes** : violences au sein du couple, agressions sexuelles, viol, harcèlement, trafics et violences dans le cadre de la prostitution, et mutilations génitales.

Le cadre législatif de la protection des femmes contre les actes de violence est **pleinement intégré dans le cadre général de la protection des individus contre les faits de violence**, pour lequel deux lois fédérales s'appliquent :

1) Loi sur la protection contre la violence (*Gewaltschutzgesetz, GewSchG*) : entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, la loi sur la violence est composée de quatre paragraphes (§) fournissant **une base juridique claire pour la protection juridique rapide et efficace de la violence domestique**. Dans le cas de blessures délibérées ou illégales à la santé, et à la liberté d'un individu, les victimes de violence familiale ont la possibilité de présenter une demande d'ordonnance de protection judiciaire afin de les protéger en cas d'actes de violence ultérieurs. Il en va de même pour les victimes d'harcèlement.

2) Loi sur l'indemnisation des victimes de violence (*Opferentschädigungsgesetz, OEG*): adoptée le 11 mai 1976, la loi sur l'indemnisation des victimes fait partie intégrante du droit à l'indemnisation sociale, dont l'idée fondamentale est d'**assurer une assistance économique pour les individus qui subissent un dommage sur la santé**. Les victimes d'actes de violences reçoivent les mêmes prestations (financières ou matérielles) que les victimes de guerre en vertu de la loi fédérale allemande sur l'assistance (*Bundesversorgungsgesetz*).

Politique de lutte contre les violences faites aux femmes : le deuxième plan d'action du gouvernement fédéral pour combattre la violence contre les femmes

Par ailleurs, la lutte contre les violences faites aux femmes fait l'objet d'une **politique publique définie au niveau fédéral**. Plusieurs plans de lutte contre les violences faites aux femmes ont ainsi été successivement élaborés depuis 1999, permettant d'enrichir la palette des actions disponibles.

Adopté en 2007, le « **Deuxième plan d'action du gouvernement fédéral pour combattre la violence contre les femmes** » (*Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*), répond aux défis actuels de lutte contre les violences faites aux femmes et permet de rassembler toutes les mesures du Gouvernement fédéral dans ce domaine. Il fait suite au premier plan (*Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*) mis en place en 1999.

Les résultats de l'étude « conditions de vie, sécurité et santé des femmes en Allemagne » (« *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland* ») publiée en 2005 par le Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ*) montrent que les femmes sont affectées dans une large mesure par diverses formes de la violence. De plus, ils rendent compte du fait que les auteurs de ces actes de violence sont principalement des hommes, dans un environnement social proche. **L'objectif du deuxième plan d'action est donc de répondre aux questions et aux défis découlant de cette étude ainsi que d'autres études scientifiques et témoignages issus de la pratique.**

Constitué de plus de 130 mesures d'action et structuré en dix thèmes¹¹⁶, ce deuxième plan d'action prévoit ainsi la **mise en place du numéro national d'aide contre les violences faites aux femmes (*Hilfetelefon gewalt gegen Frauen*)**, entré en service le 6 mars 2013 et en fonctionnement continu. Ce numéro a été mis en place suite à l'exemple français dans ce domaine. La plateforme regroupe ainsi plus de 60 conseillers qualifiés qui informent et conseillent gratuitement et anonymement les femmes victimes de violence dans 17 langues étrangères. Le 30 mars 2017, la plateforme a publié son quatrième rapport annuel. Ainsi, en 2016, ce service a été utilisé plus de 34 400 fois (soit un ratio de 94 appels par jour). Il s'agit d'une augmentation d'environ 27% par rapport à 2015. Depuis 2013, le téléphone d'aide a enregistré plus de 100 000 appels. Par ailleurs, Le deuxième plan d'action prend notamment sérieusement en compte la situation des femmes issues de l'immigration, des femmes handicapées mais également des mesures pour lutter contre la maltraitance

¹¹⁶ Prévention ; Législation ; Système d'aide pour le soutien aux femmes touchées par la violence ; Réseau fédéral d'aide ; Coopération entre institutions étatiques et offres d'aides non étatiques ; Travail de sensibilisation avec les auteurs de violence ; Qualification et sensibilisation ; Recherche ; Coopération européenne et internationale ; Support pour les femmes à l'étranger.

b. Quel est le partage administratif et budgétaire de cette politique (ministère de plein exercice / affaires sociales / santé, collectivités... ?

La mise en œuvre de ce plan d'action est pilotée par le **groupe de travail État fédéral/ Länder contre la violence domestique** (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Häusliche Gewalt"*). Depuis 2000, il fournit ainsi le cadre de coopération dans ce domaine. Les trois niveaux de collectivité sont représentés (État fédéral, *Länder*, communes) mais également certaines organisations non gouvernementales et associations spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Ainsi, la composition du groupe de travail est telle qu'elle permet une forte implication des *Länder* et des communes, ainsi qu'une coopération entre institutions gouvernementales et non gouvernementales. **Ce groupe de travail est directement sous la compétence du ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse.**

Les tâches du groupe de travail contre la violence domestique sont :

- L'échange continu d'informations sur les diverses activités entreprises dans les *Länder* et les communes, ainsi que dans les commissions nationales et internationales ;
- Une analyse des problèmes concrets dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes ;
- La préparation de recommandations pour lutter contre la violence domestique.

Le groupe de travail du *Bund-Länder* traite par ailleurs également des questions plus particulières, pour lesquelles des experts ainsi que d'autres ministères peuvent être amenés à participer. Sur une base régulière, des recommandations sont préparées sur certains sujets, qui sont ensuite publiées par le *BMFSFJ*. En septembre 2013, un rapport sur les Maisons des femmes (*Frauenhäuser*) en Allemagne a notamment été publié.

c. Par quels acteurs la lutte contre les violences faites aux femmes est-elle opérationnellement portée (administrations nationales ou locales, associations, ...) ?

Le réseau d'aides pour les femmes victimes de violence est mis en place à un niveau national. La ministre de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse, soutient le réseau des Maisons des femmes (*Frauenhäuser*), de l'association fédérale des centres de conseils et numéros d'urgence pour les femmes (*Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe*), de même que le groupe de coordination fédérale de lutte contre la traite d'êtres humains (*Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V.*).

En Allemagne, les femmes touchées par des faits de violence peuvent compter sur plus de 350 *Frauenhäuser* et plus de 40 refuges (*Zufluchtwohnungen*) où plus de 6000 places sont disponibles. Chaque année, environ 15 000 à 17 000 femmes et leurs enfants, soit environ 30 000 à 34 000 personnes, peuvent être protégées et soutenues dans des *Frauenhäuser* ou des refuges. Grâce à la *Gewaltschutzgesetz* et aux lois policières des *Länder*, les victimes ont également la possibilité de demander à ce qu'un partenaire violent ne puisse plus habiter au domicile, afin qu'elles puissent rester dans leur environnement familial.

De plus, 750 centres de conseils (*Fachberatungstellen*) sont actuellement mis en place. Ils sont spécialisés dans le conseil, l'assistance, et l'accompagnement des femmes qui ont été victimes de violence.

Les *Länder* sont responsables de la mise en place et de l'animation du réseau le plus complet possible des services de soutien disponibles, ainsi que du financement des infrastructures de soutien aux femmes victimes de violence (*Frauenhäuser, Schutz- oder Zufluchtwohnungen, Fachberatungstellen*).

Par ailleurs, de nombreuses associations non gouvernementales ont développé des projets d'aides aux femmes victimes de violence.

- d. En matière de prise en charge des violences physiques et sexuelles, le système hospitalier occupe-t-il une place particulière ?

De nombreuses études ont démontré ces dernières années que le système hospitalier occupe une place importante, au même titre que l'ensemble des professionnels de santé, car il est souvent le premier recours pour des femmes victimes de violence. Ainsi, les résultats de l'étude « conditions de vie, sécurité et santé des femmes en Allemagne » (« *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland* ») du BMFSFJ permettent également de rendre compte de la place particulière occupée par les personnels de santé. Ainsi, en dehors du cercle familial et des amis, un médecin est la personne privilégiée à contacter en cas d'abus. En deuxième position, on retrouve les associations de femmes et les refuges, puis en troisième recours, la police.

2. Lien particulier entre la politique de santé et la politique de lutte contre les violences faites aux femmes :

- a. La politique de lutte contre les violences faites aux femmes fait-elle une place particulière aux enjeux sanitaires ?

Les médecins sont souvent les premiers interlocuteurs de femmes victimes de violence. Ils jouent donc un rôle clé dans la prévention des violences faites aux femmes. La prévention dans le secteur de la santé est donc l'un des points clés du « deuxième plan d'action du gouvernement fédéral pour combattre la violence contre les femmes ». Des projets pionniers dans le secteur hospitalier ont notamment été menés en coopération avec l'association berlinoise *S.I.G.N.A.L e.V.*

En particulier, le rôle clé de la profession médicale est pris en compte en ce qui concerne le recours au soutien institutionnel pendant et après des situations de violence. Ainsi, la sensibilisation et la qualification du personnel médical, en particulier dans le traitement stationnaire, ont été les objectifs du programme « *S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms gegen Gewalt an Frauen* ».

S.I.G.N.A.L. est le premier projet d'intervention médicale contre la violence en Allemagne. Se basant sur des projets anglo-saxons comme le projet RADAR, il a débuté en 1999 au service des urgences de l'hôpital universitaire Benjamin Franklin de Berlin (Campus Charité Benjamin Franklin) et s'est terminé en 2003. L'objectif du projet était d'initier à la prévention et à l'intervention contre la violence à l'égard des femmes en fournissant aux femmes maltraitées un soutien et un traitement appropriés. Les principaux éléments du projet ont été la formation continue des médecins, des infirmières et d'autres membres du personnel, ainsi que le développement de l'information et du matériel de travail pour l'intervention. Le projet a été créé en tant qu'alliance de coopération, à laquelle ont participé des membres du personnel de l'hôpital Benjamin Franklin Berlin et des membres des différentes instances de conseils et refuges pour femmes. Aujourd'hui, le thème de la violence contre les femmes est pleinement intégré dans les connaissances à acquérir pour les étudiants de l'école de soins infirmiers de l'hôpital de la Charité.

En 2002 l'association *S.I.G.N.A.L - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt* a été créée dans le but de diffuser les programmes d'interventions et de plaider pour l'amélioration des services de santé pour les femmes victimes de violence. L'association reprend ainsi les bases du programme débuté en 1999, à savoir former, conseiller les professionnels de la santé sur cette thématique. De plus, d'autres activités de communication (relations publiques, organisations de séminaires,

networking) sont réalisées pour améliorer les liens entre les institutions de santé et les centres de supports et de conseils pour femmes.

Par ailleurs, afin d'améliorer les soins médicaux des victimes de violence, le BMFSFJ a publié un dossier d'information sur les soins de santé intitulé «Violence domestique: reconnaissance et aide» («*Häusliche Gewalt : Erkennen und Helfen*»). Celui-ci aide les médecins à diagnostiquer, aborder et à informer sur les faits de violences et leurs conséquences physiques et psychologiques. Une attention particulière est accordée aux connaissances et à l'expérience acquises dans le cadre du projet type «Intervention médicale contre la violence à l'égard des femmes» («*Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen*», MIGG). Le BMFSFJ a lancé le projet modèle MIGG pour apporter un soutien approprié aux femmes victimes de violences dans les soins médicaux en ambulatoires.

Le projet, d'une durée de trois ans (2008 à 2011), s'adressait aux médecins installés en secteur ambulatoire. Ils étaient ainsi aidés à reconnaître et à prendre en charge les patientes victimes de violence. Ce projet a été mis en place dans cinq villes (Berlin, Düsseldorf, Kiel, Munich et l'Ennepe-Ruhr-Kreis) et supporté par l'Institut de médecine de la clinique universitaire de Düsseldorf (*Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf*), l'association *S.I.G.N.A.L e.V* et le réseau GESINE (*GESINE-Netzwerk*).

Le projet MIGG poursuivait ainsi trois objectifs :

- i. Le développement d'un programme d'intervention propre adapté aux pratiques des médecins installés en secteur ambulatoire, avec lequel les soins médicaux ambulatoires des femmes touchées par des faits de violence peuvent être améliorés. Ce programme comprend également le fait que ces mesures appropriées aident à fournir aux patients l'accès à des services médicaux spécialisés et à des installations de soutien ;
 - ii. L'inclusion des soins médicaux ambulatoires en tant que pratiques établies dans la chaîne d'intervention multi-professionnelle, y compris les maisons des femmes (*Frauenhäuser*), les centres de conseil, la police et la justice. En plus de la clarification des processus internes, cela comprend également l'interface entre les différents acteurs régionaux (procédures de transfert de et dans la pratique médicale, procédures en cas de risques élevés, structures de communication, etc.);
 - iii. La mise en œuvre du programme d'intervention et l'intégration des praticiens privés dans les structures de réseau existantes.
- b. Comment le système de santé participe-t-il, le cas échéant, à la lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier pour le système hospitalier ?

Cf. Réponses apportées à la question 2.a

3. Offre de prise en charge destinée aux femmes victimes de violence(s) physiques et sexuelles :

- a. Dans / à partir du système hospitalier, existe-t-il un réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violence ? Ce réseau repose-t-il sur l'homogénéité des prises en charge proposées (ex : « paniers » de services, sanitaires ou sociaux) ?

Une partie des réponses ont été apportées à la question 1.c

- b. Existe-t-il sur le territoire, soit au titre d'une politique de droit commun, soit au titre d'une expérimentation, une offre de prise en charge « intégrée » ou « globale » (aspects sanitaires à titre principal, dans leur diversité, mais sans exclure les enjeux sociaux)

N/A

c. Identifiez-vous une ou plusieurs structures dont l'action serait particulièrement reconnue ?

Ces dernières années, des initiatives et des projets pour l'intégration des soins de santé dans l'intervention et la prévention de la violence contre les femmes ont été mis en place au niveau régional. En plus du programme S.I.G.N.A.L (*cf. Réponses à la question 2.a.*), deux autres projets sont particulièrement reconnus :

i. Le centre de compétence médicale pour les victimes de violences à Hambourg (*Medizinisches Kompetenzzentrum für Gewaltopfer in Hamburg*) :

Il existe depuis 1998 au sein de l'Institut de médecine légale du centre hospitalier universitaire de Hambourg-Eppendorf (*Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf*), des offres d'examen médicaux et cliniques des victimes de violences. Le but de l'Institut est d'identifier les besoins des victimes de violence en terme de soins, d'optimiser l'offre de protection légale des victimes et d'établir la médecine légale en tant qu'élément intégré et interconnecté du système d'aide régionale existant. En ce sens, chaque personne victime de violence peut ainsi être gratuitement examinée. Dans le cadre de l'aide d'urgence, les blessures sont documentées et des rapports médicaux d'experts sont préparés en vue d'actions en justice futures. Le traumatisme psychologique est lui aussi pris en charge par la structure. Elle fournit également une aide professionnelle rapide aux enfants qui ont été témoins et/ou eux-mêmes victimes de violence ;

ii. Le réseau GESINE (*Netzwerk GESINE*) :

Le réseau GESINE, mis en place en 2004, a mis au point des stratégies de mise en œuvre orientées vers la pratique pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, et a également intégré dans un modèle global de coopération différents acteurs du champ de la santé et experts d'institutions spécifiques. L'objectif est de fournir des moyens pratiques et efficaces pour les soins de santé dans l'arrondissement d'Ennepe-Ruhr (Rhénanie du Nord-Westphalie). Plus particulièrement, il vise à sensibiliser et à réunir différentes institutions pour améliorer la situation des femmes touchées par la violence. Pour atteindre cet objectif, le réseau offre un accès aisé aux structures d'aides pour les femmes victimes de violence, les différentes adresses des prestataires de soins de santé, de la documentation, des conseils destinés aux professionnels de santé, des offres de formation et l'organisation d'évènements, et du *networking*.

Aujourd'hui, le réseau est composé de plus de cent institutions et personnes./.

Christine JACOB

Conseillère *par intérim* pour les Affaires Sociales

2 DANEMARK



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AMBASSADES DE FRANCE

DANEMARK, FINLANDE, NORVÈGE et SUÈDE
SERVICE RÉGIONAL AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

Structures de prise en charge globale des violences faites aux femmes au Danemark

31 mars 2017

Rédactrice(s) : Lucie Gauthiot, Dominique Acker,

Commanditaire : IGAS

Résumé : le gouvernement danois s'est engagé de longue date dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Il a récemment élargi le champ de ses plans d'action aux violences faites aux hommes, au harcèlement et aux crimes d'honneur. Ce dernier plan, lié à l'arrivée des réfugiés, est porté par le ministère de l'immigration et de l'intégration alors que les deux autres sont coordonnées par le ministère de l'égalité des chances. L'Etat danois accompagne ainsi financièrement les communes responsables de la prévention et de la prise en charge qui s'articule autour de refuges, de centres d'accueil, d'actions éducatives et de communication et d'une ligne téléphonique. Le secteur hospitalier est mis à contribution (accueil, formation des personnels, diffusion de brochures, traçabilité dans le dossier patient et coordination), mais hormis le centre du Frederiksberg Hospital près de Copenhague, qui présente une approche intégrée de la prise en charge, il n'existe pas d'approche homogène concernant la prise en charge hospitalière.

1. Cadre de la politique de prise en charge des violences, notamment physiques et sexuelles, faites aux femmes :

- a. **Quel est le cadre de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en ce qui concerne leur prise en charge¹¹⁷ (national / local ; politiques de droit commun / plans ad hoc ...) ?**

Le gouvernement danois considère que la lutte contre les violences faites aux femmes – et aux hommes – est un impératif depuis 2002. L'action publique nationale est fondée sur une vision holistique de

¹¹⁷ Par contraste avec une politique de prévention.

l'individu. La violence domestique n'est pas perçue comme un problème privé mais comme un sujet qui implique un investissement de plusieurs acteurs

Afin de mettre l'accent sur la lutte contre les violences domestiques sous toutes ses formes, le gouvernement a adopté **trois plans d'action nationaux** qui s'appuient sur le principe de subsidiarité.

- *Le Plan d'action sur la lutte contre la violence familiale et les relations intimes (2014-2017)*

Ce plan porte sur la violence à l'égard des femmes et des hommes, incluant la violence dans les relations. Il comprend 14 initiatives dont les thèmes principaux sont :

- Le renforcement de la gestion et de l'augmentation des connaissances sur les différentes formes de violence (dans la famille et dans les relations intimes, y compris le harcèlement)
- La mise en place de mesures renforcées et plus de connaissances concernant les hommes victimes de violence dans la famille et les relations intimes
- La prévention envers les jeunes exposés à la violence
- La création d'un débat public sur le sujet, permettant de diffuser les connaissances sur les conséquences de la violence dans les rapports humains

- *Plan d'action sur la prévention des conflits liés à l'honneur (2017-2022)*

Adopté en 2016, ce plan couvre la période de 2017 à 2022. Il fait suite à un premier plan couvrant la période de 2012 à 2015. Celui-ci vise notamment à combattre et à prévenir le mariage forcé ainsi que les conflits liés à l'honneur et la violence.

Les thèmes principaux de ce plan sont :

- L'amélioration des efforts de prévention par le biais du conseil et de l'éducation des actions de sensibilisation
- Le soutien accru aux victimes et une meilleure coordination entre les autorités
- La mise en place de recherches, notamment sur les relations entre les sexes, dans les communautés de minorités ethniques
- La création d'une cartographie des mesures en place pour améliorer les pratiques

- *Plan d'action pour prévenir le harcèlement (2016-2019)*

Ce plan met en œuvre sept initiatives dont les principaux objectifs sont de :

- Renforcer les efforts de la police dans les cas de harcèlement
- Veiller à ce que les victimes de harcèlement reçoivent une aide et une orientation professionnelle importante
- Renforcer les connaissances des professionnels et du grand public

Les populations ciblées par ces plans sont les victimes de violences domestiques et leurs potentiels enfants.

b. Quel est le portage administratif et budgétaire de cette politique (ministère de plein exercice / affaires sociales / santé, collectivités... ?

1. *Périmètre ministériel*

Le **ministère de l'Egalité des chances** est l'organe de coordination du **plan d'action contre la violence dans la famille et les relations intimes, ainsi que celui du harcèlement**. Les plans

d'action consécutifs dans ce domaine sont évalués par une partie externe indépendante. Le ministre de l'Egalité des chances est chargé de coordonner la mise en œuvre ces plans d'action, en collaboration étroite avec d'autres organismes gouvernementaux au sein d'un groupe de travail interministériel. Les ministères de la Santé, des Affaires sociales, de l'Intérieur et de la Justice sont eux aussi impliqués dans le plan. Ces actions induisent une collaboration avec les autorités régionales ainsi que les ONG impliquées. En effet, le gouvernement reconnaît que les ONG et la société civile sont souvent «en avance» sur ces sujets. Par conséquent, le gouvernement attache une grande importance à travailler en collaboration avec ces acteurs, c'est pour cette raison qu'elles participent régulièrement à l'élaboration des politiques ainsi que des plans d'action dans ce domaine.

Le ministère de l'Immigration et de l'Intégration est l'organe de coordination en ce qui concerne le plan d'action sur la prévention des conflits liés à l'honneur. Une évaluation du premier plan d'action (2012-2015) sur la prévention des conflits liés à l'honneur est en cours.

Accompagnement budgétaire par l'Etat :

Le **plan d'action sur la lutte contre la violence dans la famille et dans les relations intimes** est financé par le budget de l'État et 36 millions de DKK (4,8 millions d'euros) ont été alloués sur quatre ans au plan.

Le **plan d'action sur la prévention des conflits liés à l'honneur** est également financé par le budget de l'État et 73,4 millions de DKK (10 millions d'euros) lui ont été alloués pour la période 2017-2020.

Afin de renforcer l'action en faveur de la **protection des enfants et des adolescents** contre tous les types de violence et d'abus sexuels, le gouvernement a alloué 268 millions de DKK (36 millions d'euros) à l'initiative gouvernementale susmentionnée à partir de 2013. Cet argent est dédié à la mise en place de nouvelles actions et à assurer la pérennité des anciennes mesures mises en place depuis 2002.

2. Administration nationale

La mise en place de l'action nationale passe par la collecte de données, la formation, et la communication.

La collecte de données s'effectue principalement à travers l'action de *Statistic Denmark* qui est responsable de la mise à jour et du maintien des bases de données administratives nationales. Cette base de données est alimentée grâce à un certain nombre de parties prenantes - dont le Conseil national de la police (statistiques criminelles sur les contrevenants présumés et les victimes), le Conseil national de santé et l'Administration de la sécurité sociale (statistiques sur les utilisatrices d'abris ainsi que les usagers des hôpitaux) - et éclaire l'ampleur et le caractère de la violence contre les femmes.

Afin d'étoffer les connaissances sur le sujet, le ministre de l'Egalité des chances a également créé un groupe de travail avec les partenaires concernés afin de dresser la carte des principaux défis en matière d'égalité des chances au sein du **système éducatif**. L'objectif est de dégager de nouvelles initiatives à mettre en place. Le groupe de travail - créé en mai 2016 - examine notamment dans quelle mesure les stéréotypes de genre limitent la réalisation des talents et du potentiel des enfants.

Concernant la **formation**, en 2013, les professionnels employés par les municipalités ont été formés sur les questions de la violence familiale. L'Agence de Recrutement et d'Intégration Internationale a été chargée de créer un séminaire de formation de deux jours concernant le repérage ainsi que le traitement des conflits liés à l'honneur. Celle-ci s'appuie sur l'expertise des praticiens et des juristes, etc.

A noter aussi, que le gouvernement a mis en place **des campagnes** encourageant les gens à s'éloigner de la violence et à y réagir. L'une d'elles, lancée en 2011, mettait en scène des joueurs des équipes danoises nationales de football et de handball exhortant les gens à «donner carton rouge à la violence contre les femmes». En 2017, une nouvelle campagne nationale sera lancée afin de sensibiliser la population à la définition de la violence et à l'action proactive sur la violence.

En **matière sanitaire**, il existe deux centres nationaux pour les victimes d'abus sexuels et de viols qui mènent des recherches et contribuent à renforcer les connaissances locales sur les victimes de viol et comment les traiter. Coordination de l'action sur le territoire

Il n'existe **pas d'organe de coordination** global pour les actions du gouvernement central, des régions, des autorités locales, des ONG et des chercheurs. Ainsi, il n'y a pas de budget annuel spécifiquement attribué aux organes de coordination puisque le budget relève des budgets annuels des ministères.

3. *Administration locale :*

Le modèle danois étant fondé sur une décentralisation très forte, chaque région applique les plans en fonction des enjeux présents sur son territoire.

c. Par quels acteurs la lutte contre les violences faites aux femmes est-elle opérationnellement portée (administrations nationales ou locales ; associations, ...) ?

Les autorités publiques et les organisations bénévoles sont toutes deux impliquées dans l'aide aux femmes victimes de violence. Ainsi, il existe divers types de professionnels qui travaillent directement et indirectement avec les victimes de violence :

- **Les services sociaux** ¹¹⁸ :

Les municipalités sont tenues, conformément à la loi sur le service social, d'offrir des aides sociales ainsi que des conseils aux personnes en difficulté. Les services sociaux municipaux ont pour obligation d'informer et d'accompagner l'individu dans les 24h. En ce sens, ils peuvent être amenés à orienter les femmes victimes de violence vers un refuge.

- **Les refuges**

Les refuges constituent la pierre angulaire du soutien offert aux femmes victimes de violence conjugale. Il existe environ 45 refuges - qui sont gérés en conformité avec la loi sur le service social danoise - où les femmes exposées à la violence conjugale peuvent demander un séjour temporaire, un soutien et des conseils. Cependant, ceux-ci ne sont pas en mesure de répondre à tous les besoins divers de traitement que les femmes exposées à la violence pourraient exiger, notamment un

¹¹⁸ <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806dd217>

traitement psychologique à long terme. Une récente évaluation émanant du Traité d'Istanbul révèle qu'il n'y a pas suffisamment de chambres dans les refuges pour femmes qui ne disposent que de 2000 places par an.

- **Les centres de prise en charge des violences**

Au niveau sanitaire, il existe 10 centres spécialisés dans le traitement des victimes de viol et d'autres agressions sexuelles. Dans ces structures gérées et financées par les régions, les patients bénéficient d'examens médico-légaux ainsi que d'un traitement incluant un soutien psychologique. Pour accéder à ces centres, il n'est pas obligatoire d'être dans le parcours de soin classique, c'est-à-dire d'être envoyé par son médecin généraliste. Les dix centres pour victimes de viol et d'agression sexuelle sont répartis géographiquement dans tout le pays. La majorité d'entre eux sont ouverts aux visites aiguës 24h/24h et disposent de médecins, d'infirmières et de psychologues ayant une qualification spécifique pour gérer ce type de public.

- **Une ligne téléphonique nationale**

Il existe une ligne téléphonique gratuite fonctionnant 24 heures sur 24 afin de prodiguer des conseils aux victimes de toutes les formes de violence. Celle-ci est dotée de conseillers formés sur le harcèlement et toute autre forme de violence à l'égard des femmes et des hommes. Les appelants ne sont pas obligés d'indiquer leur nom ou numéro de sécurité sociale lors de l'appel et peuvent être des victimes, des amis, de la famille, des voisins voire des professionnels. En 2015, le nombre total des appelants à la ligne d'assistance était de 2 947, parmi eux, sur 747 appels enregistrés comme provenant de victimes, 730 provenaient de femmes.

- **Les organisations non-gouvernementales**

Les ONG comme *The Women's Council in Denmark* participent à la mise en œuvre des plans d'action en étant présente dans les comités et conseils afin de défendre les droits des femmes – professionnels, économiques et sociaux.

d. En matière de prise en charge des violences physiques et sexuelles, le système hospitalier occupe-t-il une place particulière ?

En matière de prise en charge des violences physiques et sexuelles, le système hospitalier n'a pas de compétences clairement établies. Il reste néanmoins l'un des principaux points d'entrée dans le système de santé pour les personnes victimes de violence puisque les résidents du Danemark bénéficient gratuitement des soins de santé et peuvent y recevoir un traitement par un omnipraticien ou une aide d'urgence dans les hôpitaux. En outre, il reste la première porte d'entrée dans le système de soin puisqu'en 2015, plus de 3 096 femmes ont eu des contacts avec les services de santé où la raison était enregistrée comme « violence ».

2. Lien particulier entre la politique de santé et la politique de lutte contre les violences faites aux femmes :

a. La politique de lutte contre les violences faites aux femmes fait-elle une place particulière aux enjeux sanitaires ?

La politique de lutte nationale contre les violences faites aux femmes ne fait pas de place plus importante aux enjeux sanitaires qu'aux autres domaines. Si un certain nombre de services ciblent les victimes d'actes criminels, y compris les victimes de comportements violents, il n'existe pas de politique directement orientée vers le système de santé dans la prise en charge des violences faites aux femmes.

b. Comment le système de santé participe-t-il, le cas échéant, à la lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier pour le système hospitalier ?

Le système de santé participe à la lutte contre les violences faites aux femmes en ayant du personnel formé sur le sujet. En ce sens, l'Autorité de la santé et des médicaments a publié une brochure en 2012 avec des conseils aux professionnels de la santé sur la détection et le soutien des victimes de violence. La brochure s'adresse aux omnipraticiens, au personnel de santé des services d'urgence et aux sages-femmes. Elle fournit des conseils sur les signes physiques et mentaux de la violence ainsi que des conseils sur la façon d'ouvrir une conversation sur la violence. Elle donne également des conseils sur les endroits où adresser les victimes de la violence, comme les refuges, les groupes de soutien volontaires, etc. Cette brochure a été distribuée aux 3 500 médecins généralistes au Danemark et à toutes les maternités, services d'urgence et centres familiaux des hôpitaux danois.

L'hôpital participe également à la mise en place d'une politique de lutte contre les violences faites aux femmes (ainsi qu'aux hommes) en traçant le parcours de l'individu dans le dossier patient. Celui-ci est réutilisé par l'agence nationale des statistiques afin d'effectuer un suivi statistique permettant d'adapter l'action publique au phénomène.

L'Hôpital est donc un élément coordinateur de la mise en place de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes / hommes.

3. Offre de prise en charge destinée aux femmes victimes de violence(s) physiques et sexuelles :

a. Dans / à partir du système hospitalier, existe-t-il un réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violence ? Ce réseau repose-t-il sur l'homogénéité des prises en charge proposées (ex : « paniers » de services, sanitaires ou sociaux) ?

Bien que certains services hospitaliers aient développé des modalités de prise en charge ambitieuses et spécifiques aux violences faites aux femmes, à ce jour, il n'existe pas d'approche homogène mais uniquement des initiatives locales motivées par la volonté politique d'une région.

b. Existe-t-il sur le territoire, soit au titre d'une politique de droit commun, soit au titre d'une expérimentation, une offre de prise en charge « intégrée » ou « globale » (aspects sanitaires à titre principal, dans leur diversité¹¹⁹, mais sans exclure les enjeux sociaux) ?

Hors le cas évoqué ci-dessous, qui relève de l'initiative locale de la région Capitale, la mission n'a pas connaissance d'une politique de droit commun ou d'une expérimentation dont les contours seraient définis au niveau national, qui porterait sur une telle prise en charge intégrée / globale des enjeux sanitaires liés aux violences faites aux femmes et à leur prise en charge.

c. Identifiez-vous une ou plusieurs structures dont l'action serait particulièrement reconnue ?

La structure dont l'action est reconnue dans la prise en charge de victimes de violences (hommes et femmes) au sein du milieu hospitalier est le **Centre pour les victimes de violence de Frederiksberg Hospital**¹²⁰, dans la banlieue de Copenhague. Celui-ci a ouvert il y a deux ans sous

¹¹⁹ Violences conjugales ou intrafamiliales ; lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; psycho-trauma ; ...

¹²⁰<https://www.frederiksberrghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/center-for-voldsramte/Sider/default.aspx>

la direction de **Trine Rønde Kristensen, anciennement médecin dans un service de médecine générale spécialisé dans l'accueil des migrants.**

Ce service – dans l'enceinte de l'hôpital - rassemble un médecin, une secrétaire, une assistante sociale et parfois une psychologue externe lorsque la situation le demande. Les personnes concernées par cette prise en charge sont les victimes de violences physiques et psychologiques, homme ou femme, de la région. En effet, le service ne peut pas recevoir de patient(e)s provenant d'une autre région que de celle dont il dépend. Celui-ci reçoit entre 50 et 60 personnes par an.

- *Prise en charge*

L'objectif est d'offrir une prise en charge intégrée au parcours de soin classique, adaptée au problème de la violence conjugale. La première consultation s'effectue avec le médecin et l'assistante sociale afin d'établir un diagnostic médico-social.

Le suivi commence par des entretiens physiques (jusqu'à cinq), continue avec des entretiens téléphoniques jusqu'à ce que le médecin du centre ait la confirmation que la personne ait trouvé des solutions aux problèmes soulevés lors de la première séance. Les patientes n'ont aucune obligation de suivi. Ainsi, il peut être parfois difficile de garder le contact avec certaines patientes qui déménagent, car beaucoup d'entre elles ne veulent pas que l'on écrive chez elle ou par mail - au Danemark, le système hospitalier utilise la correspondance électronique. L'enjeu pour le personnel de ce service est de ne pas mettre la personne en danger car elle peut être surveillée.

- *Coordination*

Pour favoriser l'insertion dans le parcours de soin, le personnel se met en contact avec le médecin généraliste de la personne – avec son accord – afin de sensibiliser le praticien à la question mais également pour que la patiente puisse se sentir en confiance et qu'elle n'ait pas à revenir au centre ultérieurement.

La plupart des personnes qui viennent dans ce service ont été orientées par des professionnels – sensibilisés par la chef de service lors de rencontres professionnelles par exemple - ou en ont pris connaissance sur internet, ou par le bouche à oreille. Les patients peuvent avoir été envoyés par toute sorte d'acteurs territoriaux comme le médecin généraliste, la police, les services communaux, le refuge, l'hôpital. Ce service n'a pas de critères d'admission qui excluraient les personnes victimes de violence ayant également des addictions ou des maladies. Pour cette raison, certains acteurs territoriaux comme les refuges sont des partenaires privilégiés lorsqu'ils se sentent démunis face à certaines situations plus complexes. Aussi, des contrats sont établis avec certaines organisations comme la Croix-Rouge, sinon les liens se font de manière informelle. Il n'existe pas de coordinateur au sein du centre, mais chaque professionnel noue des relations avec les interlocuteurs des services qui correspondent aux besoins du / de la patient(e). L'intégration de la prise en charge implique une grande dimension de coordination dans l'activité des professionnels de santé exerçant dans le service. Il leur arrive de faire le lien entre les domaines sanitaire et social, mais aussi d'en faire entre les acteurs issus d'un même domaine.

En tant que médecin, la chef de service a accès à toutes les données médicales de la patiente - si celle-ci est d'accord. Les antécédents médicaux de la personne sont inscrits dans ce dossier, ce qui fait que le personnel du service a déjà les informations principales (médicales et sociales) et peut se concentrer sur la prise en charge pour violence. A l'inverse, les données du service d'aide aux victimes de violence ne sont pas visibles par les autres services sans autorisation, dans un souci de protection de l'individu.

- *Financement*

Ce service dispose d'un budget fixé par année et ne dépend pas d'indicateurs d'activité comme le nombre de consultation puisque le temps attribué aux consultations dans ce service est plus important (jusqu'à 1h30) que dans un service normal hospitalier (15-20 minutes). Il est attribué par la région et géré par le médecin chef du service.

3 ESPAGNE

Le Conseiller pour les
Affaires Sociales



AMBASSADE DE FRANCE
EN ESPAGNE

Madrid le 3 avril 2017,

Réponse aux questionnaires sur l'offre de prise en charge « globale » / « intégrée » des violences faites aux femmes

1. Cadre de la politique de prise en charge des violences, notamment physiques et sexuelles, faites aux femmes :

- a. Quel est le cadre de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en ce qui concerne leur prise en charge¹²¹ (national / local ; politiques de droit commun / plans ad hoc ...) ?

En 2004 a été adoptée la « Loi Organique 1/2004, du 28 décembre, de mesures de protection intégrale contre la violence de genre ». Cette loi est intégrale en ce qu'elle s'inscrit dans une approche globale selon laquelle la répression doit s'accompagner d'une série de mesures en matière de prévention, de formation des professionnels de santé, du système judiciaire et des forces de sécurité et surtout, de dispositifs assurant la protection et l'autonomisation des femmes victimes. Elle ouvre notamment une large diversité de droits aux femmes sous ordonnance de protection. En parallèle, la Stratégie Nationale pour l'Eradication de la Violence faite aux Femmes a été en vigueur entre 2013 et 2016 et est en passe d'être renouvelée. Elle a pour objet la prévention de la violence faite aux femmes, l'assistance et la protection des victimes, en se concentrant sur la recherche d'une réponse efficace, au moyen de la coordination des agents et la personnalisation de la prise en charge. Les lois et plans de lutte contre la violence de genre mis en place au niveau national coexistent avec ceux des communautés autonomes, également compétentes dans ce domaine et chargées d'adapter les politiques nationales sur leurs territoires, en fonction de leurs caractéristiques. Vous trouverez plus de détails sur chacun de ces éléments à la suite de cet encadré.

Le passage d'une conception des violences faites aux femmes en tant qu'« affaire privée » à celle d'un problème public réclamant l'intervention de l'Etat est relativement récent en Espagne puisque le « 1er plan contre la violence domestique » date du 8 mars 1998. Néanmoins, la prise de conscience des violences en tant que fait social total va beaucoup plus loin que ce qui peut être

¹²¹ Par contraste avec une politique de prévention.

observé dans des démocraties comparables et les dispositifs mis en place paraissent à première vue très volontaristes.

Entre 1999 et 2004, rien qu'au niveau national, on ne compte pas moins de sept lois visant la protection des victimes :

- Loi organique 1/1999, du 30 avril, qui crée le délit de mauvais traitement répété.
- Loi organique 14/1999, du 9 juin, en matière de protection des victimes de mauvais traitements et de réforme de la loi de jugement criminel.
- Loi 38/2002, du 24 octobre, qui introduit les comparutions immédiates et les procès immédiats pour faute en cas de violence domestique.
- Loi 27/2003, du 27 juillet, de mesures concrètes en matière de sécurité citoyenne, violence domestique et intégration sociale des étrangers qui crée l'ordonnance de protection, dont l'application sera approfondie dans la loi intégrale de 2004.
- Loi organique 13/2003, du 24 octobre, sur la prison préventive en cas de violence domestique.
- Loi organique 15/2003 du 25 novembre, sur l'obligation d'éloignement en cas de violence domestique.
- Décret Royal 355/2004, du 5 mars, pour la création d'un registre central des victimes de violences domestiques.

- **La Loi Organique 1/2004, du 28 décembre, de Mesures de Protection Intégrale Contre la Violence de Genre**

En 2004 a été adoptée la Loi Organique 1/2004, du 28 décembre, de Mesures de Protection Intégrale Contre la Violence de Genre, qui est toujours en vigueur actuellement. L'approbation de ce texte marque un changement important, inscrivant les violences subies par les femmes dans un cadre d'interprétation en termes de genre et non plus en tant que violences isolées, interindividuelles. Le vote d'une loi intégrale apparaît comme un message fort envoyé à la société car il contraste avec les instruments politiques utilisés dans le passé, limités à des plans spécifiques successifs votés par le pouvoir exécutif.

On peut noter que le terme d'« intégralité » est présent dès l'intitulé de la loi. L'adjectif « intégrale » figure dans le titre de plusieurs lois espagnoles qui prévoient des mesures concrètes dans différents domaines : préventif, éducatif, social, aide aux victimes... Il renvoie au fait qu'une approche globale du problème est privilégiée : la répression doit s'accompagner d'une série de mesures en matière de prévention, de formation des professionnels de santé, du système judiciaire et des forces de sécurité et surtout, de dispositifs assurant la protection et l'autonomisation des femmes victimes. La loi de 2004 précise, dans son exposé des motifs, ce à quoi ce terme renvoie :

« Le cadre de la loi couvre aussi bien les aspects préventifs, éducatifs, sociaux, d'assistance et d'attention ultérieure aux victimes que la réglementation civile qui affecte la sphère familiale ou de cohabitation où se produisent la plupart des agressions, ainsi que le principe de subsidiarité dans les administrations publiques. On y aborde également, de façon décidée, la réponse punitive que doivent recevoir toutes les manifestations de violence que régit cette loi. »

Cette approche est indéniablement liée au fait que le texte a été élaboré entre sept ministères : Justice, Travail et Affaires Sociales, Education, Intérieur, Santé, Administrations Publiques et Economie. Ainsi, concernant les mesures de protection et de droits des femmes, on peut par exemple souligner la diversité des droits qu'ouvre l'obtention d'une ordonnance de protection.

En 2014, des **tribunaux dédiés aux violences à l'encontre des femmes** ont été créés,

exclusivement compétents pour traiter les comparutions immédiates et jugements pour faute, de même que pour toutes les procédures civiles qui concernent une femme et un homme ayant déjà comparu ensemble pour des faits de violence de genre.

Ces tribunaux sont habilités pour prononcer la mesure phare de la politique espagnole en matière de répression : **l'ordonnance de protection**. Cet instrument juridique est créé par la *Loi 27/2003, du 31 juillet, régulateur de l'ordonnance de protection pour les victimes de la violence domestique*. Elle permet en une seule sentence de déclencher des mesures répressives sur le plan civil et pénal ainsi que tout un dispositif d'accompagnement et de soutien économique. Cette ordonnance doit être sollicitée à travers un formulaire qui peut être directement remis au juge compétent ou transmis à des services sociaux qui la présentent eux-mêmes au tribunal compétent. Son dépôt enclenche automatiquement une audience qui doit avoir lieu dans les 72 heures. Le juge peut exiger un certain nombre d'exams médicaux ou psychologiques pour attester de la situation de violence préalablement à l'audience. Quelles sont les mesures prises après une ordonnance de protection ?

- Des mesures pénales : privation de liberté (prison préventive), interdiction de résidence, interdiction de communication, retrait d'armes ou objets dangereux.
- Des mesures civiles : attribution de l'usage du domicile familial, détermination du régime de gardes, de visites et de communication avec les enfants, pension alimentaire.
- Des mesures d'aide et de protection sociale : l'ordonnance de protection confère à la victime un « statut intégral de protection » qui lui permet d'accéder aux mesures établies par l'ordre juridique national, régional et local. A la suite sont détaillés les droits ouverts par une ordonnance de protection :

En matière de droits économiques : des fonds sont débloqués pour **assurer un revenu** aux femmes ayant fait l'objet d'une ordonnance de protection. Les plus vulnérables d'entre elles ou en difficulté pour assister aux **programmes d'insertion** bénéficient d'un versement en une seule fois équivalent à six mois de l'allocation chômage de base. Le « Revenu Actif d'Insertion », d'un montant équivalent, permet également de compléter un faible salaire.

Le Plan national pour l'emploi prévoit des mesures spécifiques destinées aux femmes victimes de violence en recherche d'emploi : des **réductions de cotisations sociales** sont accordées aux entreprises qui emploient ces femmes. Des partenariats sont également conclus avec de grandes firmes qui disposent de plusieurs enseignes afin de favoriser la mobilité géographique des femmes en danger sur leur lieu de résidence. Les employées de l'administration publique peuvent bénéficier d'aménagements de leur temps de travail et demander une mobilité géographique facilitée (articles 24 et 26).

Pour toutes les femmes victimes, la loi accorde la **priorité pour l'accès à un hébergement protégé ou à loyer modéré** (article 28 et divers plans nationaux pour l'accès au logement) et la **possibilité de démissionner tout en conservant le droit aux allocations chômage**. L'ordonnance de protection ouvre également un **droit immédiat à une place en résidence protégée**.

La loi prévoit également que tout le **personnel présent dans les Tribunaux reçoive une « formation spécifique en matière d'égalité »**. Ces formations sont assurées par des psychologues spécialistes de la violence de genre, des assistants sociaux ou encore des avocats spécialisés sur la question. D'autre part, pour faciliter les dénonciations de la part des femmes victimes, **des unités spécialisées sont créées au sein des commissariats** pour que le personnel soit formé à les recevoir.

- **Stratégie Nationale pour l'Eradication de la Violence faite aux Femmes, 2013-2016**

La Stratégie Nationale pour l'Eradication de la Violence faite aux Femmes (2013-2016) est un instrument structurant des actions qui, suivant le champ de compétences des administrations territoriales, organismes et entités publics et l'action de la société civile, se mettent en place dans le but de promouvoir une société exempte de violence de genre, respectueuse des droits humains de la femmes. La Stratégie Nationale est un instrument basé sur le principe de participation, impliquant dans son élaboration les différents organismes publics, la société civile, les professionnels de santé, du système judiciaire et des forces de sécurité et entités représentatives de différents collectifs.

La Stratégie Nationale pour l'Eradication de la Violence faite aux Femmes part du principe que pour arriver à une société exempte de violence contre les femmes, il est nécessaire de promouvoir une égalité de fait entre les femmes et les hommes. Cette Stratégie s'inscrit ainsi dans le Plan Stratégique d'Egalité des Chances 2014-2016.

La stratégie nationale a pour objet la prévention de la violence faite aux femmes, l'assistance et la protection des victimes de ce type de violences, en se concentrant sur la recherche d'une réponse efficace, au moyen de la coordination des agents et la personnalisation de la prise en charge, pour éradiquer ce fléau. A la suite sont cités les différents points de ce plan, avec détail des éléments qui ont un impact sur la prise en charge des victimes :

i. Promouvoir des **actions de prévention face à la violence de genre** ; promouvoir l'implication et la sensibilisation sociales dans l'éradication de la violence de genre ; anticiper la détection des cas de violence de genre.

ii. Améliorer la **réponse institutionnelle** donnée par les pouvoirs publics, offrant des programmes personnalisés et progressant vers un point de contact unique

Les mesures prises dans le cadre de cet objectif consistent à atteindre une individualisation et personnalisation maximales de la réponse, éviter la re-victimisation et maximiser l'efficacité des ressources existantes au moyen d'un travail en réseau, permettant aux femmes d'exercer leurs droits de manière effective. Autrement dit, renforcer la prévention secondaire, qui a pour but de réduire la prévalence de la violence de genre, assurant une identification précoce du problème et procurant une intervention rapide et efficace.

- **Améliorer la réponse** du système de justice et des forces de police et de sécurité, garantissant la **protection maximale** et la **juste réparation du dommage causé**.
- Assurer un **minimum de présence féminine** parmi le personnel des forces de police et de sécurité, unités situées dans le milieu rural comprises.
- Développer la **coordination pour la protection des victimes de violence de genre**, à travers le « Système de suivi intégral dans les cas de Violence de Genre (Système VdG ou VIOGEN) ».
- Garantir une **réponse d'assistance** pour les femmes victimes de violence, en renforçant l'assistance personnalisée et l'action en réseau des différentes ressources publiques pour les soins complets et le rétablissement des femmes, tout en introduisant la formation spécialisée des professionnels qui portent assistance aux femmes victimes de violence de genre et de leurs enfants.
- Adopter un **protocole d'action dans le champ de l'Administration Générale de l'Etat (AGE)**, en lien avec les situations spéciales de protection qui concernent les victimes de violence de genre, particulièrement en matière de mobilité et dans le cadre du Plan pour l'Egalité entre les Femmes et les Hommes dans l'AGE et ses organismes publics.

iii. Fournir une **réponse spécifique aux groupes particulièrement vulnérables** : mineurs, femmes en situation de handicap, personnes âgées, habitants du milieu rural et migrants

- **Attention particulière** aux enfants des femmes victimes de violence ; aux femmes handicapées ; aux femmes du milieu rural ; aux femmes de plus de 65 ans et aux femmes migrantes, en collaboration avec les administrations compétentes.
- Progresser dans la **coordination et le travail en réseau** entre ressources de l'Etat et ressources des communautés autonomes, améliorant la réponse professionnelle des agents impliqués dans l'assistance et la protection des femmes victimes de violence de genre.

iv. **Rendre visibles d'autres formes de violence** contre les femmes : mariages forcés, traite de femmes et petites filles à des fins d'exploitation sexuelle, mutilation génitale et agressions sexuelles

La Deuxième Stratégie Nationale pour l'Eradication de la Violence Faite aux Femmes, 2017-2020, sera lancée prochainement par la Ministre de la Santé, des Services Sociaux et de l'Egalité qui a affirmé que « la lutte contre la violence de genre sera [sa] principale priorité ». Cette Stratégie Nationale permettra de faciliter les procédures de plainte, d'améliorer le système du bracelet électronique et d'intensifier la formation à la prise en charge de victimes de violence de genre des professionnels de santé, du système judiciaire et des forces de sécurité. Pour la première fois, un Programme de Prévention et Sensibilisation sera inclus dans la stratégie nationale, avec une attention particulière portée aux jeunes susceptibles de reproduire les comportements machistes et une surveillance des nouvelles formes de violence, surtout *via* les outils numériques comme les réseaux sociaux. Des mesures spécifiques seront prévues concernant les femmes victimes se trouvant en situation de handicap.

- **Compétences des communautés autonomes**

La loi intégrale a marqué un point de référence à partir duquel les communautés autonomes espagnoles ont développé une série de normes qui ont permis d'adapter les actions aux circonstances spécifiques de chaque communauté et ainsi de développer et élargir les politiques contre la violence de genre.

L'article 2 de la loi intégrale fait référence à la nécessité, d'une part, d'établir un système intégral de protection institutionnelle impulsant la création de politiques publiques d'assistance aux victimes de violence de genre, et d'autre part, à la nécessité de coordonner les ressources et les instruments relatifs aux différents pouvoirs publics afin que les objectifs prévus par la loi soient atteints de manière efficace et efficiente.

La loi place le problème de la violence de genre dans le contexte de la politique d'Etat mais, au vu de la distribution territoriale des compétences définie par la Constitution espagnole, l'intervention législative des communautés autonomes est à prendre en compte. Ainsi, les lois existantes aux niveaux de l'Etat et des communautés autonomes coexistent. En effet, ces dernières ont développé des politiques en la matière, à travers des lois ou des programmes spécifiques. Dans la plupart des cas, les normes des communautés autonomes correspondent à ce qui est prévu par la loi intégrale au niveau de l'Etat, lorsque celle-ci leur confie des missions spécifiques. Néanmoins, beaucoup de ces réglementations élargissent le champ de protection et d'assistance par rapport à ce qui est prévu au niveau national.

- ⇒ Quel est le portage administratif et budgétaire de cette politique (ministère de plein exercice / affaires sociales / santé, collectivités... ?

Au sein du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l'Égalité, la Délégation du Gouvernement contre la Violence de Genre est rattachée au Secrétariat d'Etat des Services Sociaux et de l'Égalité. Il revient à cette Délégation d'élaborer la politique du Gouvernement contre les diverses formes de violence de genre et d'impulser, coordonner et émettre des conseils concernant toutes les mesures mises en place en la matière. En outre, comme cela a déjà été mentionné, les communautés autonomes disposent de certaines compétences en matière de lutte contre les violences de genre.

Le budget alloué à la Stratégie Nationale pour l'Éradication de la Violence faite aux Femmes sur la période 2013-2016 est de 1,559 milliard d'euros.

- ⇒ Par quels acteurs la lutte contre les violences faites aux femmes est-elle opérationnellement portée (administrations nationales ou locales ; associations, ...) ?

La lutte contre les violences faites aux femmes est élaborée et coordonnée au niveau national et elle est adaptée et déclinée en mesures concrètes au niveau des communautés autonomes. Chaque communauté autonome est libre de s'organiser comme elle le souhaite pour mettre en place les mesures. Elles peuvent compter sur de nombreuses associations présentes dans chaque communauté. Dans la Communauté Autonome de Madrid, on dénombre environ 90 associations liées à la lutte contre la violence de genre.¹²²

- ⇒ En matière de prise en charge des violences physiques et sexuelles, le système hospitalier occupe-t-il une place particulière ?

En avril 2007 a été édité le Protocole Commun d'action sanitaire contre la violence de genre. Il représente un outil fondamental pour le personnel de santé. En effet, il est destiné à leur fournir un modèle d'action, afin de reconnaître les cas de violence de genre et que leur action soit homogène, tant dans la prise en charge et le suivi que dans la prévention et le diagnostic précoce. Il prévoit notamment comment transmettre l'information d'un possible cas de violence de genre aux pouvoirs judiciaires. L'implantation de ce protocole a permis de promouvoir des études et propositions méthodologiques pour améliorer la reconnaissance de l'impact réel de ce problème sur la santé publique. Il a été mis à jour en 2012, notamment grâce aux retours d'expérience des soignants.

2. Lien particulier entre la politique de santé et la politique de lutte contre les violences faites aux femmes :

- ⇒ La politique de lutte contre les violences faites aux femmes fait-elle une place particulière aux enjeux sanitaires ?

La Loi Organique 1/2004, du 28 décembre, de mesures de protection intégrale contre la violence de genre prévoit dans son article 16 la création d'une Commission contre la violence de genre au sein du Conseil Interterritorial du Système National de Santé. Cette commission appuie techniquement et oriente la mise en place des mesures sanitaires, évalue et propose d'autres dispositions à adopter pour que le secteur sanitaire contribue à l'éradication de la violence de genre.

¹²² « Associations et adresses utiles Communauté Autonome de Madrid » :
<http://www.guiaviolenciadegenero.com/asociaciones-direcciones-utiles.php>

- ⇒ Comment le système de santé participe-t-il, le cas échéant, à la lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier pour le système hospitalier ?

D'après la loi 1/2004, les administrations sanitaires doivent promouvoir les actions des professionnels de santé permettant la détection précoce de la violence de genre. Elles sont également censées proposer les mesures nécessaires à l'amélioration de l'efficacité de la lutte contre la violence de genre, grâce au développement de programmes de sensibilisation et de formation continue du personnel sanitaire, favorisant le diagnostic précoce, la prise en charge et le rétablissement des femmes maltraitées.

Dans les faits, étant donné que les communautés autonomes sont également compétentes dans le champ sanitaire et en matière de lutte contre la violence de genre, la participation du système de santé et des hôpitaux dans la lutte contre les violences faites aux femmes peut varier d'une communauté autonome à une autre.

3. Offre de prise en charge destinée aux femmes victimes de violence(s) physiques et sexuelles :

- ⇒ Dans / à partir du système hospitalier, existe-t-il un réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violence ? Ce réseau repose-t-il sur l'homogénéité des prises en charge proposées (ex : « paniers » de services, sanitaires ou sociaux) ?

Il n'existe pas à proprement parler de réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violence puisque cette initiative n'est pas proposée au niveau national. Nous ne disposons pas de liste répertoriant les structures pouvant exister au niveau des communautés autonomes. Par ailleurs, il n'y a pas de liens entre elles ou d'homogénéité leur permettant de constituer un réseau au niveau national.

- ⇒ Existe-t-il sur le territoire, soit au titre d'une politique de droit commun, soit au titre d'une expérimentation, une offre de prise en charge « intégrée » ou « globale » (aspects sanitaires à titre principal, dans leur diversité¹²³, mais sans exclure les enjeux sociaux) ?

Nous n'avons pas eu connaissance de politique de droit commun ou d'expérimentation dont les contours seraient définis au niveau national portant sur une prise en charge intégrée ou globale des enjeux sanitaires liés aux violences faites aux femmes et à leur assistance.

b. Identifiez-vous une ou plusieurs structures dont l'action serait particulièrement reconnue ?

Le Réseau de Centres de Soins Spécialisés pour Femmes Victimes de Violence de Genre (CAVI) constitue un exemple d'une initiative menée dans la Communauté Autonome de Murcie depuis 2006¹²⁴. Le réseau – qui compte 20 centres répartis sur la région – a pour objectif la prise en charge intégrale et continue des femmes victimes de violence de genre. Les CAVI fournissent aux victimes des outils qui leur permettent de mener leur vie de manière indépendante et ils leur apportent les ressources et les aptitudes nécessaires pour surmonter les séquelles de la maltraitance. Ainsi, les professionnels disponibles pour les conseiller au niveau social, personnel ou administratif sont constitués par des psychologues, des travailleurs sociaux et conseillers juridiques.

¹²³ *Violences conjugales ou intrafamiliales ; lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; psycho-trauma ; ...*

¹²⁴ <http://www.cavis.es/sitio>

Sources :

- “Analyse de la législation des communautés autonomes sur la violence de genre”, Ministère de l’Egalité, 2008 (disponible [ici](#)) ;
- Note de presse “Dolors Montserrat : ‘la lucha contra la violencia de género será mi principal prioridad’”, Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l’Egalité, 12/01/2017 (disponible [ici](#)) ;
- « Protocole commun d’action sanitaire face à la violence de genre », Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l’Egalité, 2012 (disponible [ici](#)) ;
- Réseau de Centres de Soins Spécialisés pour Femmes Victimes de Violence de Genre (CAVI) : <http://www.cavis.es/sitio/>

*Le Conseiller pour les
Affaires Sociales*



AMBASSADE DE FRANCE
EN ESPAGNE

Madrid le 4 avril 2017,

Annexe au questionnaire sur les structures sanitaires de prise en charge des victimes de violence de genre

Vous trouverez à la suite des points d'information supplémentaires apportés par le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l'Égalité concernant les structures sanitaires de prise en charge des victimes de violence de genre :

- Dans le Système National de Santé espagnol, les infrastructures de soins primaires constituent le point de contact privilégié avec les femmes et leurs enfants, favorisant la détection précoce des cas de violence de genre. Ainsi, la majorité des bonnes pratiques à ce sujet concernent davantage le champ des soins primaires. A propos de la prise en charge hospitalière, les principaux défis consistent à inscrire tous les éléments d'intérêt dans le dossier médical de la patiente et à détecter les signes et symptômes pouvant témoigner d'un cas de violence de genre. Ces situations se présentent le plus souvent aux services des urgences où arrivent les cas « aigus ». Il est essentiel que les services hospitaliers dirigent la victime vers un centre de soins primaires pour un suivi adapté de son état de santé et pour l'aider à sortir de cette situation, notamment grâce à la collaboration des centres avec des professionnels tels que des psychologues et des travailleurs sociaux.
- Par ailleurs, un catalogue de Bonnes Pratiques (BP) est accessible depuis le site Internet du Ministère. Dans ce catalogue se trouvent toutes les BP identifiées et évaluées par des critères communs de qualité pour chacune des stratégies du Système National de Santé. Concernant les actions sanitaires pour faire face à la violence de genre, un moteur de recherche est disponible afin de distinguer les différents projets destinés à mettre en place les BP et de localiser le lieu d'où ils sont instigués. Ce moteur de recherche est disponible à l'adresse suivante : <http://www.mssi.gob.es/organizacion/buscadorBBPPVG.do>.
- Enfin, dans les rapports annuels publiés par la Commission contre la Violence de Genre du Conseil Interterritorial du Système National de Santé (CISNS) figurent les indicateurs liés aux cas de violence de genre, notamment le nombre de cas détectés à l'hôpital d'une part, et dans un centre de soins primaires d'autre part. Dans ces rapports apparaissent également les formations proposées aux professionnels de santé ainsi que les défis existants dans chaque champ de prise en charge sanitaire des victimes de violence de genre.

4 ROYAUME-UNI



Ambassade de France au Royaume-Uni Service des affaires sociales

Londres, le 10 avril 2017

Objet : questionnaire de l'IGAS sur les structures de prise en charge globale des violences faites aux femmes – Le cas du Royaume-Uni

Eléments de contexte :

Au RU, dans un contexte de rigueur budgétaire, en matière de violences faites aux femmes, le gouvernement a mis récemment l'accent sur la lutte contre les cyber-violences, contre « l'esclavage moderne » et les mutilations génitales féminines (MGF).

Depuis 2015, la revanche par la pornographie (*Revenge porn*) entre dans la catégorie des infractions pénales au RU. Parmi les incidents signalés à la police, 30 % impliquaient des victimes de moins de 19 ans, plus de 80% des victimes étaient des femmes et seules 39 % des plaintes seraient suivies d'une intervention policière (11 % des cas donnant lieu à des poursuites). Les filles sont aussi deux fois plus touchées que les garçons, dès l'âge de 11 ans, par l'augmentation du *sexting* (possession et partage de messages et d'images à caractère sexuels, illégale lorsqu'elle concerne des personnes âgées de moins de 18 ans).

Plusieurs femmes ministres (Intérieur, Education et Culture) ont décidé de se liguer contre la pornographie sur internet par la promotion d'une éducation sexuelle de meilleure qualité obligatoire, généralisée dès le collège, qui traiterait des questions de pornographie, des violences domestiques et du consentement.

Par ailleurs, le gouvernement britannique poursuit son action en matière de lutte contre « l'esclavage moderne » et les MGF. Très impliquée dans le cadre de ses précédentes fonctions de ministre de l'Intérieur, Th. May a fait part de son intention d'animer elle-même le groupe de travail interministériel chargé de la lutte contre l'esclavage moderne et le trafic d'êtres humains (*Tackling Modern Slavery and People Trafficking*). L'annonce est intervenue alors que le syndicat des sages-femmes, le *Royal College of Midwives (RCM)*, a appelé à la mise en place d'un plan d'action national pour sensibiliser les professionnels de santé et faire de la protection des femmes à risque une priorité après la publication de chiffres révélant 1 242 nouveaux cas de MGF entre janvier et mars 2016 en Angleterre (52 % des nouveaux cas repérés à Londres).

Conscient des attentes, le Chancelier de l'Echiquier a toutefois annoncé, lors de la présentation du budget le 8 mars dernier, un financement supplémentaire de 20 millions de £ pour les organisations luttant contre les violences domestiques.

1. a) Quel est le cadre de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en ce qui concerne leur prise en charge (national / local ; politiques de droit commun / plan ad hoc ...) ?

La stratégie intitulée² *Violence against Women and Girls Strategy 2016 -2020*, publiée en 2016, est pilotée au niveau national en relation avec les associations et les collectivités locales. Elle s'articule autour d'un « *partnership working* ». Le gouvernement a aussi publié, en décembre 2016, un *National Statement of Expectations*¹²⁵ pour guider les autorités locales dans la mise en œuvre d'une stratégie efficace de lutte contre les violences.

En parallèle, chaque nation du RU élabore et met en œuvre sa propre stratégie : *Scotland's violence against women and girls strategy*¹²⁶ pour l'Ecosse, *National Strategy on Violence against Women, Domestic Abuse and Sexual Violence – 2016 – 2021*¹²⁷ pour le pays de Galles et *Stopping Domestic and Sexual Violence and Abuse in Northern Ireland Strategy*¹²⁸ pour l'Irlande du Nord.

b) Quel est le portage administratif et budgétaire de cette politique (ministère de plein exercice / affaires sociales / santé, collectivités) ?

La *Violence against Women and Girls Strategy 2016-2020* s'inscrit dans une approche interministérielle, mais le RU a longtemps privilégié l'approche répressive et l'implication de la police pour lutter contre les violences faites aux femmes. Les associations de soutien aux victimes estiment que c'est encore trop souvent le cas. Encore aujourd'hui, c'est le *Home Office* (ministère de l'Intérieur) et non pas le *Government Equalities Office (GEO)*, l'homologue du service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes (DGCS), qui coordonne les politiques de lutte contre les violences au niveau nationale. Les autorités se disent cependant favorables à une démarche globale, en partenariat notamment avec les acteurs de la Santé. A noter, dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques, les autorités locales se voient aussi confier de plus grandes responsabilités et participent activement à la lutte contre les violences : cette évolution suscite parfois des réactions négatives de la part de la société civile (certains estiment qu'il s'agit d'un parti pris idéologique plutôt que d'une volonté d'efficience).

Le gouvernement prévoit de financer la *Violence against Women and Girls Strategy 2016-2020* à hauteur de 80 millions £. Par ailleurs 15 millions £ doivent être répartis entre diverses associations jusqu'à ce que la TVA sur les produits d'hygiène féminine soit supprimée (le taux de TVA applicable aux produits d'hygiène féminine s'élève à 5%, mais les Britanniques se présentent comme les champions de la suppression complète de la TVA sur ses produits).¹²⁹ S'y ajoutent les 20 millions £ annoncés par le Chancelier de l'Echiquier à l'occasion de la présentation du budget le 8 mars dernier, mais, de l'avis général, les moyens budgétaires

¹²⁵

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/574665/VAWG_National_Statement_of_Expectations_FINAL.PDF

¹²⁶ <http://www.gov.scot/Topics/People/Equality/violence-women/strategydocuments>

¹²⁷ <http://gov.wales/docs/dsjlg/publications/commsafety/161104-national-strategy-en.pdf>

¹²⁸ <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/stopping-domestic-sexual-violence-ni.pdf>

¹²⁹ <https://www.gov.uk/government/publications/vat-zero-rating-of-womens-sanitary-products/vat-zero-rating-of-womens-sanitary-products>

consacrés à la lutte contre les violences est trop faibles. Certains experts estiment aussi que les associations de lutte contre les violences domestiques seraient avantagées, en termes de répartition des moyens, par rapport à celles qui luttent contre les violences et abus sexuels.

c) Par quels acteurs la lutte contre les violences faites aux femmes est-elle opérationnellement portée (administrations nationales ou locales ; associations, ...) ?

Le programme est mis en œuvre sur la base d'un partenariat entre le gouvernement, les autorités locales et les associations qui jouent un rôle clé dans la lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en matière d'information et l'accueil (cf. *Safe Lives*, dont l'action est évoquée dans la réponse à la question 2 b).

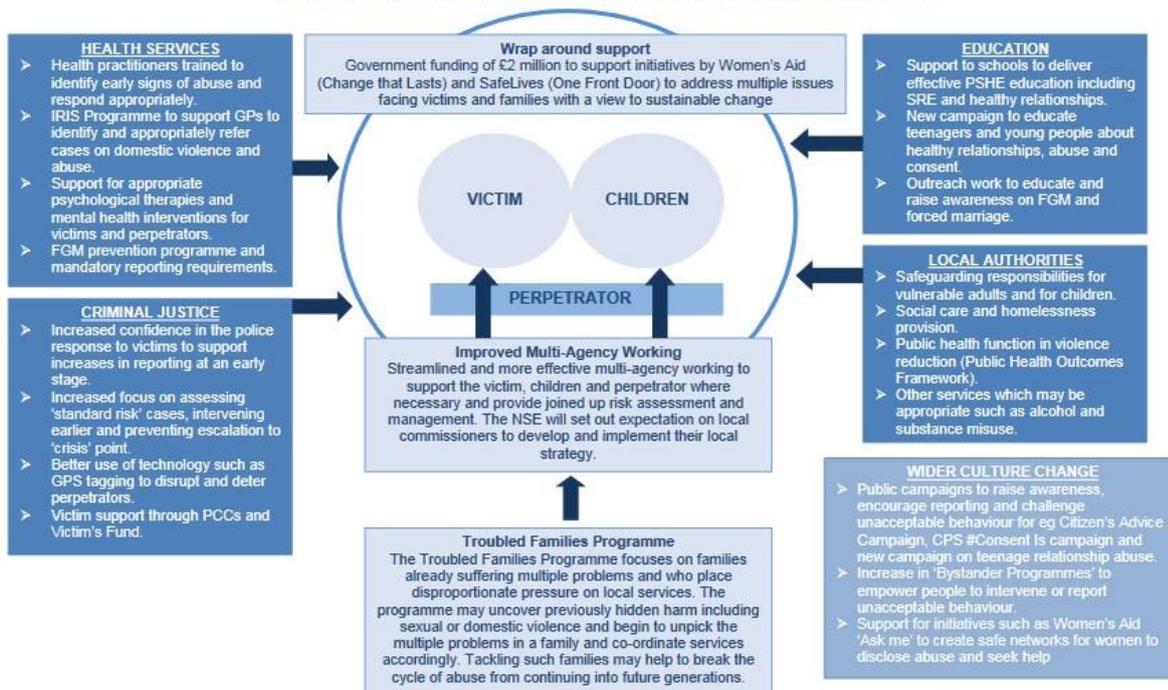
d) En matière de prise en charge des violences physiques et sexuelles, le système hospitalier occupe-t-il une place particulière ?

Dans le cadre de l'approche globale qui devrait désormais être davantage privilégiée, le système hospitalier est souvent le premier point de contact avec les victimes : il doit repérer les victimes, leur apporter les premiers soins et faire le lien entre les victimes, les associations et les autres services compétents (cf. questions suivantes). D'après nos interlocuteurs du milieu associatif, la réponse des hôpitaux (dont l'organisation est très décentralisée) est extrêmement variable. Certains établissements se sont saisis du sujet, d'autres beaucoup moins : les victimes sont encore trop souvent prises en charge sur le plan sanitaire, traitées comme victimes d'un « accident » et... renvoyées chez elles...

Les services de santé figurent parmi 4 secteurs « clef », avec la justice pénale, l'éducation et l'échelon local

Violence against Women and Girls Strategy 2016 - 2020

FIGURE1: EMBEDDING EARLY INTERVENTION AND PREVENTION



Source: Violence against Women and Girls Strategy 2016 -2020

2. a) La politique de lutte contre les violences faites aux femmes fait-elle une place particulière aux enjeux sanitaires ?

b) Comment le système de santé participe-t-il le cas échéant, à la lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier pour le système hospitalier ?

Le système de santé est un acteur de la prévention et de la lutte contre les violences faites aux femmes, bien identifié même si parfois encore trop peu impliqué. Plusieurs programmes coexistent :

- **Formation** : de manière générale, le personnel de santé est formé pour déceler les premiers signes de violence et apporter les soins nécessaires. L'ensemble du personnel hospitalier est formé à des procédures systématiques pour identifier les femmes victimes de violences. A titre d'exemple, les sages-femmes, qui sont ici les référentes en matière d'accouchement, doivent obligatoirement aborder la question des violences avec la patiente lors du premier entretien. De même, dans le cadre des visites post-natales à domicile, l'un des échanges doit se dérouler en dehors la présence du conjoint pour aborder une seconde fois la question des violences conjugales.

- **Identification** : le programme *Identification & Referral to Improve Safety* (IRIS)¹³⁰ forme les travailleurs sociaux et les médecins à collaborer pour identifier et signaler les cas de violences domestiques et de maltraitements aux agences / services susceptibles de les aider. Les cas de violences doivent figurer dans le dossier médical ;

- **Signalement** : la procédure MARAC (*Multi Agency Risk Assessment Conference*) permet aux différents acteurs, associatifs et gouvernementaux, parmi lesquels les hôpitaux, de partager les informations sur les personnes victimes de violences, pour leur apporter l'aide adéquate au niveau local (cf. annexe 1). Elle a été élaborée par l'association CAADA (*Coordinated Action Against Domestic Abuse* aujourd'hui connue sous l'appellation *Safe Lives*), financée par le *Home Office* (Ministère de l'Intérieur).

Les services concernés se réunissent pour faire un point sur la situation de la victime et l'aide à apporter. Toutefois nos interlocuteurs identifient deux faiblesses : l'absence de participation des victimes et le fait que la procédure ne permet pas d'identifier les femmes à risques (son utilisation ne s'est pas traduite par une diminution du nombre de décès).

Les services de santé jouent aussi un rôle en matière de soutien psychologique aux victimes. Ils interviennent enfin dans l'évaluation de la santé mentale des auteurs de violences.

Enfin, ils ont l'obligation de signaler les cas de mutilation génitale¹³¹ dans le cadre du programme de prévention contre les MGF.

3. Offre de prise en charge destinée aux femmes de violences physiques et sexuelles

a) Dans / à partir du système hospitalier, existe-t-il un réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violences ? Ce réseau repose-t-il sur l'homogénéité des prises en charge proposées (ex : « paniers » de services, sanitaires ou sociaux) ?

¹³⁰ <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/about-iris/about/>

¹³¹ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/573782/FGM_Mandatory_Reporting_-_procedural_information_nov16_FINAL.pdf

Certains hôpitaux / trusts (la gestion des hôpitaux est assurée par des trusts qui disposent d'une autonomie plus ou moins large, en fonction de leur statut), mettent en avant leur participation aux procédures évoquées ci-dessus, lancées par la CAADA (*Coordinated Action Against Domestic Abuse*) maintenant connue sous l'appellation *Safe Lives*. C'est le cas par exemple du Black country partnership NHS¹³².

Toutefois, un rapport intitulé « *Mapping the Maze* »¹³³ publié en janvier dernier par l'association *Against Violence and Abuse (AVA)* dans le cadre d'un projet de cartographie des structures susceptibles de venir en aide aux femmes en difficulté souligne que :

« (...) les services existants ne tiennent pas compte de la complexité des défis auxquels beaucoup de ces femmes sont confrontées.

Par exemple dans le secteur de la santé, les définitions de « soins intégrés » se fondent sur le « modèle médical » traditionnel (...). Par conséquent, bien que des groupes spécifiques, comme ceux souffrant d'une pathologie de longue durée, soient facilement identifiés comme ayant besoin d'un accompagnement (soutien), les femmes victimes de violences ne sont souvent pas considérées comme un groupe pour lequel l'accès à des « soins coordonnés centrés sur la personne » est nécessaire.

La situation perdue en dépit du fait que le ministère de la Santé britannique a publié un plan sur la santé mentale des femmes en 2003, avec pour objectif de répondre aux préoccupations exprimées par des femmes dans des groupes de travail, à savoir le besoin d'« une approche globale des soins, traitements et réhabilitation, afin de valoriser leurs forces et leurs capacités, de reconnaître leur potentiel de récupération, dans le cadre de l'évaluation globale et de la planification des soins. »

b) Existe-t-il sur le territoire, soit au titre d'une politique de droit commun, soit au titre d'une expérimentation, une offre de prise en charge « intégrée » ou « globale » (aspects sanitaires à titre principal, dans leur diversité, mais sans exclure les enjeux sociaux ?

Outre la stratégie nationale *Violence against Women and Girls Strategy*, cf. action de *SafeLives*, et procédure MARAC évoquées ci-dessus.

A noter, le *Troubled Families Programme*¹³⁴ déployé en Angleterre continue à faire débat, autour de son principe même et au regard des résultats obtenus. Il s'agit d'un programme d'action préventive à destination des familles en difficulté (le champ est plus large que celui des violences). Les acteurs locaux identifient les familles à risque puis leur offrent un soutien et un accompagnement. Le gouvernement, qui a fait de ce programme un fleuron de son action dans le domaine social, a décidé l'an dernier de renforcer les moyens budgétaires qui lui sont dédiés, en dépit des critiques (les autorités locales sont rémunérées en fonction des résultats obtenus sur la base d'un « *payment-by-results model* »).

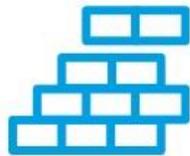
¹³² <http://www.bcpft.nhs.uk/about-us/our-policies-and-procedures/d/805-domestic-abuse-stalking-and-honour-based-violence-adults/file>

¹³³ <https://avaproject.org.uk/wp/wp-content/uploads/2017/02/Mapping-the-Maze-Literature-Review-Full-2.pdf>

¹³⁴ <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7585>

c) Identifiez -vous une ou plusieurs structures dont l'action serait particulièrement reconnue ?

- les associations *Women's Aid* et *Refuge* bénéficient de financements du gouvernement pour assurer une assistance téléphonique, gratuite et disponible 24h/24¹³⁵.
- l'association *Refuge* gère des centres d'hébergements pour les femmes victimes de violence et les aide à retrouver un logement¹³⁶.
- l'association *Rape Crisis* apporte une assistance aux femmes victimes de violence à travers des centres d'aide en Angleterre et au Pays de Galles¹³⁷.
- l'association *SafeLives*¹³⁸ aide et conseille les associations locales à s'organiser pour apporter la meilleure aide possible aux victimes, met en place des projets pour innover et améliorer les politiques de lutte contre les violences. Elle a publié la « *SafeLives strategy 2015-18* »¹³⁹ qui identifie les priorités suivantes :



1. Developing new interventions and ways of working to fill the gaps in the UK's response to domestic abuse

2. Building on SafeLives' existing approach to helping high-risk victims

3. Giving a platform to victims, and their families and friends, to demand change

4. Using our evidence to convince stakeholders, get the right public policy and win sustainable funding for services

5. Increasing SafeLives' sustainability as an organisation

- le *National Centre for Domestic Violence* apporte une assistance juridique gratuite aux femmes victimes de violences¹⁴⁰.

- il existe aussi une structure intitulée « *End Violence Against Women Coalition* », qui fédère une soixantaine d'associations britanniques spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes, très active en matière de recherche, lobbying et sensibilisation.

¹³⁵ <http://www.nationaldomesticviolencehelpline.org.uk/>

¹³⁶ <http://www.refuge.org.uk/what-we-do/our-services/refuges/>

¹³⁷ <https://rapecrisis.org.uk/historyofrapecrisis.php>

¹³⁸ <http://www.safelives.org.uk/policy-evidence/about-domestic-abuse>

¹³⁹ <http://www.safelives.org.uk/sites/default/files/resources/SafeLives%20strategy%202015-18%20FINAL.pdf>

¹⁴⁰ <http://www.ncdv.org.uk/>

5 SUEDE



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AMBASSADES DE FRANCE

DANEMARK, FINLANDE, NORVÈGE et SUÈDE
SERVICE RÉGIONAL AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

PRISE EN CHARGE GLOBALE et INTÉGRÉE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN SUÈDE

Avril 2017

Rédactrice(s) : Sarah Cherkaoui, Dominique Acker

Commanditaire : Inspection générale des affaires sociales, IGAS

Résumé : L'Institut européen pour l'égalité des sexes estime qu'en Suède 46% des femmes ont été victimes de violence, soit 13% de plus que dans l'ensemble de l'UE. Ce même Institut a estimé que le coût pour l'Etat de la violence conjugale contre les femmes en Suède pourrait atteindre 2 milliards d'euros par année. La lutte contre les violences faites aux femmes est une des priorités sociétales majeures du gouvernement suédois. La stratégie nationale est portée par le Ministère des Affaires sociales et coordonnée par l'agence pour l'égalité des genres (qui sera opérationnelle à partir du 1^{er} janvier 2018), la Direction nationale de la santé et des affaires sociales et les comtés. L'Etat suédois place les comtés et les municipalités au cœur de la prise en charge des violences faites aux femmes en leur apportant un soutien financier. Le système hospitalier en Suède n'occupe pas une place particulière dans la prise en charge des violences physiques et sexuelles. Il n'existe pas de prise en charge hospitalière homogène sur tout le territoire national mais uniquement des initiatives locales telles que le Centre national des femmes au sein de l'hôpital universitaire d'Uppsala qui offre une prise en charge globale des femmes victimes de violences.

1. Cadre de la politique de prise en charge des violences, notamment physiques et sexuelles, faites aux femmes :

- a. **Quel est le cadre de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en ce qui concerne leur prise en charge¹⁴¹ (national / local ; politiques de droit commun / plans ad hoc ...) ?**

¹⁴¹ Par contraste avec une politique de prévention

La lutte contre les violences faites aux femmes est une priorité du gouvernement suédois depuis 1998, date d'adoption par le Parlement du projet de loi du gouvernement appelé *Kvinnofrid* (1997/1998: 55). Cette loi contient un programme d'action global pour combattre la violence contre les femmes.

Depuis 2007, la mise en œuvre des différents plans d'action dans le domaine de la violence des hommes contre les femmes¹⁴², adoptés par le gouvernement suédois, à hauteur de près de 2 milliards de couronnes suédoises (environ 221 millions d'euros), témoigne de l'ambition du gouvernement d'augmenter la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes. L'évaluation des mesures mises en place entre 2007 et 2010 montre que celles-ci ont contribué à une plus grande sensibilisation, à une meilleure connaissance des organismes concernés et à une meilleure coordination du travail au sein et entre agences. En outre, les efforts ont conduit au développement d'activités - existantes et nouvelles - ainsi qu'à la mise en place de nouvelles méthodes de travail. La violence domestique n'est pas perçue comme un problème privé mais comme un sujet qui implique un investissement de divers acteurs.

En avril 2012, le gouvernement a nommé une **coordinatrice nationale contre la violence dans les relations intimes**, Carin Götblad. Son rôle est d'étudier comment les initiatives préventives contre la violence peuvent être développées et mises en œuvre. En outre, elle a été chargée d'examiner dans quelle mesure la protection et le soutien aux victimes peuvent être développés et, en particulier comment les activités des refuges pour femmes et d'autres organisations à but non lucratif peuvent être renforcées. Un rapport a été présenté le 30 juin 2014 : il contient des recommandations au gouvernement mais aussi un certain nombre de propositions et conseils adressés aux décideurs politiques et tous les autres acteurs pertinents dans la société civile.

Stratégie nationale pour prévenir et combattre la violence des hommes contre les femmes (2017-2027)

Avec une **stratégie à long terme et un plan d'action ciblé**, le gouvernement met en place les bases d'une action de plus en plus coordonnée, répondant aux objectifs de la lutte contre la violence masculine à l'égard des femmes. La stratégie nationale est incluse dans la politique d'égalité entre les sexes et couvre les **efforts nationaux, régionaux et locaux** visant à mettre fin à la violence masculine contre les femmes. Les quatre objectifs de la stratégie sont:

- Un travail préventif accru et efficace pour lutter contre la violence
- Une amélioration de la détection de la violence et de la protection et du **soutien des femmes** et des enfants **victimes de violence**
- Une lutte plus efficace contre le crime
- L'amélioration des connaissances et du développement méthodologique

Cette stratégie va être complétée par des projets mis en œuvre par d'autres agences, principalement dans les secteurs de l'éducation et de la justice, afin d'assurer des efforts plus cohérents et plus complets sur la violence masculine à l'égard des femmes au niveau local et régional.

142 Terminologie utilisée en Suède

L'agence pour l'égalité des genres sera l'organisme de coordination de l'application de la politique de lutte contre les violences faites aux femmes. L'agence localisée à Göteborg, et dotée de 75 employés, sera opérationnelle à partir du 1^{er} janvier 2018. Ses responsabilités seront les suivantes :

- Contribuer à un contrôle stratégique, cohérent et durable et à la mise en œuvre effective de la politique pour l'égalité des genres
- Etre responsable du suivi, de l'analyse, de la coordination des objectifs de la politique
- Distribuer les subventions aux divers projets dans le domaine de l'égalité des genres et aux organisations pour femmes
- Coordonner, mettre en œuvre et suivre la stratégie nationale pour prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes, la violence liée à l'honneur, la prostitution et la traite à des fins sexuelles
- Soutenir le gouvernement dans la coopération internationale

En parallèle de l'agence pour l'égalité des genres, la Direction nationale de la santé et des affaires sociales, les comtés et le Centre national pour la connaissance de la violence des hommes contre les femmes ont présenté un **plan de mise en œuvre conjointe** pour le soutien du savoir-faire, de l'expertise des professionnels et de la distribution des fonds de développement pour la période 2016-2018.

La loi sur les services sociaux de 2001 précise dans le chapitre 5 consacré aux victimes de délit que **les services sociaux ont la tâche d'apporter soutien et aide aux victimes de violences et à leurs proches**. Les services sociaux doivent apporter une attention particulière aux **femmes** qui sont ou ont été exposées à la violence ou à d'autres mauvais traitements infligés par des proches

- ❖ En 2014, 22 000 cas d'agression contre les femmes de plus de 18 ans où l'auteur était connu de la victime ont été signalés
- ❖ Selon le Conseil national suédois pour la prévention du crime, chaque année, environ 17 femmes sont tuées par une personne proche.
- ❖ Parmi les femmes ayant besoin de soins médicaux d'urgence, entre 13 et 30% d'entre elles ont été victimes de violence.
- ❖ Selon le Conseil national suédois pour la prévention du crime, entre un quart et un cinquième des cas de violences contre les femmes sont signalés.
- ❖ 20% des femmes, 5% des hommes ont été soumis à de graves violences sexuelles.
- ❖ 14% des femmes, 5% des hommes ont été victimes de violence par un partenaire.
- ❖ Les symptômes de maladies physique et mentale sont plus fréquents chez les personnes soumises à la violence: maux de tête, douleurs, problèmes intestinaux, troubles de stress post-traumatique.
- ❖ Le 17 mars 2017, la Ministre pour les personnes âgées, l'enfance et la parité, Åsa Régner a déclaré, dans le cadre de la stratégie contre la violence des hommes faite aux femmes, que les étudiants en **droit, médecine, dentisterie, psychologie, physiothérapie, infirmerie et travail social** devront compléter des cours sur la «violence des hommes faite aux femmes» pour valider leur formation.

b. Quel est le portage administratif et budgétaire de cette politique (ministère de plein exercice / affaires sociales / santé, collectivités... ?

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, le gouvernement a alloué 600 millions de couronnes suédoises (63 millions d'euros) à un **plan d'action** pour la période 2017-2020, auxquels s'ajoutent 300 millions de couronnes suédoises en **fonds de développement** pour les **municipalités et les comtés**. Les comtés ont le rôle de coordonnateurs régionaux.

4. Périmètre ministériel

L'**agence pour l'égalité entre les sexes** créée par le gouvernement sera responsable du travail global visant à mettre fin à la violence masculine à l'égard des femmes. De plus, le gouvernement a apporté un soutien accru aux **refuges locaux** pour femmes pour 2015-2019, totalisant 425 millions de couronnes suédoises (44 625 000 euros).

Afin de renforcer le travail des **abris féminins sans but lucratif**, le gouvernement a augmenté les fonds alloués aux organisations à but non lucratif qui travaillent dans la lutte contre la violence contre les femmes. La somme de 10 millions de couronnes suédoises (environ 1 million d'euros) précédemment déterminée par le gouvernement a été augmentée avec 13,4 millions de couronnes suédoises supplémentaires (environ 1,5 million d'euros) en 2014. Le montant total de 23 millions de couronnes suédoises (environ 2,5 millions d'euros) représente une allocation annuelle permanente depuis 2015 à ces abris.

5. Administration nationale

En février 2016, la **Direction nationale de la santé et des affaires sociales** a été mandatée par le gouvernement pour distribuer, gérer et surveiller l'utilisation des **fonds de développement destinés aux municipalités, aux comtés et les organismes bénévoles opérant au niveau local**. L'objectif des fonds de développement est de développer la qualité du travail contre la violence dans les relations proches, le soutien aux femmes victimes de violences et aux enfants témoins de violence et de travailler avec les auteurs de la violence.

La **Direction des affaires sociales et de la santé** a aussi la responsabilité générale de la coordination nationale et du suivi entre les régions et les comtés. La Direction doit soumettre un rapport final sur ce sujet au Ministère des Affaires sociales et de la santé le 30 septembre 2019. Elle élabore des conseils et des règlements généraux destinés aux communes et conçoit des matériels de formation pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les femmes âgées, les femmes handicapées, les femmes ayant des problèmes de dépendance, les victimes de violence et d'oppression au nom de l'honneur.

En 2014, l'**Inspection de la santé et des soins sociaux** a présenté un rapport sur le travail effectué par **les municipalités**. Selon le rapport **plusieurs municipalités** présentent **des lacunes dans les enquêtes et la documentation, l'évaluation des risques, le suivi et le soutien à long terme**. L'Inspection montre également que les refuges pour femmes possèdent un niveau élevé d'expertise, mais parfois, **manquent d'instruments de documentation et de procédures établies pour le reporting et qu'il existe des différences d'approche** entre les régions et les municipalités en ce qui concerne les activités au sein du système de santé.

6. Administration locale

Le modèle suédois étant fondé sur une décentralisation très forte, chaque comté applique les plans en fonction des enjeux présents sur son territoire.

Les **21 comtés** sont des organismes indépendants avec la même mission dans le domaine de l'égalité des genres et de la lutte contre la violence contre les femmes, la violence domestique et la violence liée à l'honneur et l'oppression. Les comtés sont l'autorité gouvernementale au niveau régional et servent de **lien entre le niveau local, régional et national**. Depuis 2007, tous les comtés sont en charge de **la coordination des mesures** visant à lutter contre la violence des hommes contre les femmes : consultation, coordination, renforcement des compétences et distribution du financement du développement.

Depuis 2016, les **comtés** aident la **Direction nationale de la santé et des affaires sociales** dans le processus d'allocation des fonds de développement et dans le soutien méthodologique national et régional pour développer la qualité du travail avec les femmes victimes de violences et les enfants témoins de violence. A ce titre les comtés doivent :

- Former un réseau national de personnes ressources
- Apporter leur soutien aux municipalités pour mettre en œuvre les guides, les matériels de formation et autres formes de soutien méthodologique développées par la Direction des affaires sociales et de la santé
- S'assurer de la diffusion des connaissances et de l'expérience au niveau local
- Servir de lien entre la Direction des affaires sociales et de la santé et les municipalités
- Suivre l'avancement des travaux au niveau régional, et rapporter cela à la Direction des affaires sociales et de la santé et les municipalités

c. **Par quels acteurs la lutte contre les violences faites aux femmes est-elle opérationnellement portée (administrations nationales ou locales ; associations, ...)?**

Les municipalités et les services sociaux

La lutte contre les violences faites aux femmes est opérationnellement portée par administrations locales. Selon la loi *Kvinnofridslagen* de 1998, les **services sociaux** des municipalités sont tenus de fournir un soutien et une protection aux femmes victimes de violence. Il a été fortement souligné dans cette loi que la coopération entre les autorités et les organisations est importante. L'évaluation de cette loi, menée en 2004, a montré que la collaboration au niveau des comtés n'avait lieu que dans un tiers des comtés et qu'elle avait tendance à prendre la forme de projets temporaires, plutôt que d'une méthode de travail établie en continu.

Les refuges

En Suède, il existe 180 refuges accueillant des femmes sans distinction d'âge. En outre, les municipalités des grandes villes gèrent également des abris. Ces refuges offrent un soutien et des conseils mais peuvent aussi proposer des appartements aux femmes victimes de violence. Le refuge *Alla Kvinnors Hus* à Stockholm, par exemple, a été fondé en 1978. Il emploie 16 personnes et 50 volontaires. Ce refuge possède 24 appartements. Le refuge pour femmes Siri à Uppsala possède 15 logements.

Les centres ressources

Certaines communes ont ce que l'on appelle des « centres ressources » : des unités qui font partie des services sociaux de la commune. Par exemple, le centre ressource Nexus à Uppsala offre des conseils et des abris temporaires aux hommes et femmes victimes de violence de la part de leur partenaire ou d'un proche.

Une ligne téléphonique nationale

En 2006, le gouvernement a mandaté et financé le Centre national pour les femmes situé à Uppsala afin de créer une ligne téléphonique national *de soutien ou d'assistance aux femmes* victimes de menaces, de violence et d'abus sexuels. Le service de la ligne téléphonique - mise en place le 4 décembre 2007 - est assuré par des travailleurs sociaux ou des infirmières ayant au moins 5 ans d'expérience. La ligne téléphonique est gratuite, anonyme - le numéro ne s'affiche pas sur la facture téléphonique - et accessible 24 heures sur 24 et. En 2015, 31 500 appels ont été reçus et en 2016 environ 31 275 appels soit en moyenne 86 appels par jour.

Le Conseil national de médecine légale

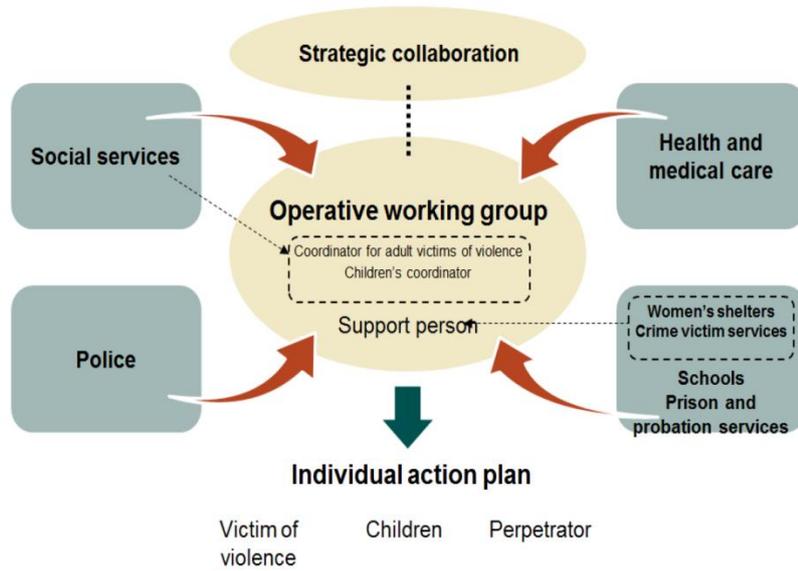
Le Conseil national de médecine légale a, depuis le 1^{er} janvier 2006, la responsabilité principale des rapports médico-légaux, qui sont menées à la demande de la police ou du procureur. La loi stipule que les médecins délivrant des rapports médico-légaux doivent être agréés par le Conseil national ou avoir passé un contrat avec lui. En cas de circonstances particulières, même en l'absence d'agrément, les médecins ayant une compétence suffisante peuvent délivrer des rapports médicaux-légaux. Les dentistes sont également couverts par cette disposition.

Les dentistes

Les dentistes peuvent aussi contribuer à la détection précoce, au traitement et à la documentation des traumatismes dentaires chez les femmes exposées à la violence. Ils sont en charge de référer les femmes aux autres acteurs qui peuvent apporter un soutien, si nécessaire.

Diagramme des travaux de groupes opératifs : les services sociaux, la police, les soins de santé, l'école et le système pénitencier au sein d'une collaboration stratégique

Figure 2: Diagram of operative working groups



Le rôle des différents acteurs et les services offerts aux victimes de violences

| Rôles des différents acteurs dans la prise en charge | | | |
|--|--|--|--|
| Soins de santé | Services sociaux | Police/ Justice | Associations |
| <p>Soins de qualité</p> <p>Détection/documentation de la violence</p> <p>Prise en charge, y compris le traitement des victimes de violence</p> <p>Approche holistique</p> | <p>La commune a la responsabilité principale de fournir à ses résidents le soutien et l'aide dont ils ont besoin, notamment aux femmes victimes de violences</p> <p>Vision globale</p> | <p>Prévention, recherche et poursuite des infractions pénales, protection/aide et réparation aux victimes, punition des coupables de crimes</p> <p>Processus judiciaire</p> | <p>Soutien</p> <p>Préparation des contacts avec les autorités</p> |
| Interventions offertes à la victime | | | |
| <p>Repérage de la violence</p> <p>Prise en charge</p> <p>Soins de soutien médicaux/psychosociaux</p> <p>Examen, traitement des lésions aiguës, diffuses ou affections chroniques</p> <p>Poser des questions sur la violence</p> <p>Documentation, rapports médicaux-légaux (même si les blessures sont anciennes)</p> <p>Prélèvement échantillons (kits de viol)</p> <p>Information sur les interventions de soutien, informations sur ce qui peut être fait après la visite médicale</p> <p>Référencement vers d'autres acteurs pertinents</p> <p>Suivi et réexamen</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact rapide, soutien ■ Mesurer et enquêter sur la nécessité d'un soutien et de la protection des enfants ■ Évaluer la nécessité d'une protection ■ Logement protégé / logement d'urgence ■ Évaluer le réseau social de la femme ■ Aide financière ■ Soutien et conseils ■ Médiation des contacts avec d'autres parties ■ Priorité au logement ■ Garde des enfants ■ Informer, répondre à la prise en charge ■ Aider à trouver des solutions à long terme pour le logement, la protection et les ressources financières ■ Droit de la famille ■ Intégration | <ul style="list-style-type: none"> ■ Intervention rapide, arrestation de l'auteur et mise en sécurité des femmes et des enfants ■ Rapporter le crime ■ Pré-enquête - remise en question, collecte de preuves ■ Mesures de protection ■ Interdiction de visite ■ Information sur les droits des femmes ■ Personne d'assistance et de soutien ■ Contact avec d'autres organismes ■ Procédure judiciaire ■ Pénalités ■ Nouvelle identité | <ul style="list-style-type: none"> ■ Abri ■ Soutien et des conseils ■ Écouter et croire les personnes vulnérables ■ Soutien et accompagnement dans le contact avec la justice et les services sociaux ■ Santé ■ Aide à l'auto-assistance |

médicale, documentation, évaluation du risque, signalement à la police/législation, suivi, les enfants – mais également des numéros de téléphone et des liens utiles.

Néanmoins, des études suggèrent que seule une minorité de femmes victimes de violence qui recherchent des soins sont correctement identifiées, comme victimes de violence et donc trouvent une réponse adéquate.

2. Lien particulier entre la politique de santé et la politique de lutte contre les violences faites aux femmes :

a. La politique de lutte contre les violences faites aux femmes fait-elle une place particulière aux enjeux sanitaires ?

La politique suédoise de lutte contre les violences faites aux femmes donne une place centrale aux enjeux sanitaires. La loi sur les soins de santé (Hälso- och sjukvårdslagen) de 1982 énonce à l'article 2 que l'objectif pour du système sanitaire d'assurer l'égalité d'accès aux soins de la population en stipulant que « Ceux qui en ont le plus besoin de soins de santé doivent avoir accès aux soins en priorité.»

Aussi, le 22 février 2007, le Centre national pour les femmes (*Nationellt centrum för kvinnofrid*) - au sein de l'Université d'Uppsala - a été mandaté par le gouvernement afin d'élaborer un manuel national « **Programme d'action national pour les services de santé aux victimes dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.**» Celui-ci inclut également un guide intitulé « Guide de soins après une agression sexuelle » (mis à jour en 2013). Ce guide liste les tests à entreprendre (tests sanguins et urinaires par exemple) et les questions à poser aux victimes d'agression sexuelle. Le manuel souligne la responsabilité des services de soins de santé : *«Les services de santé jouent un rôle central dans la prise en charge des personnes qui ont été victimes de crimes sexuels, outre les responsabilités habituelles des services de santé. Les tests comportent des tests médicaux pour détecter les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse, mais aussi des tests médico-légaux pour recueillir des preuves et documenter l'influence de l'alcool ou de la drogue.»*

Le manuel rappelle que la séparation des rôles et des responsabilités entre les services de santé et le système judiciaire laisse souvent les victimes de violence dans une confusion : *«afin que les victimes d'infractions sexuelles reçoivent une prise en charge digne, compétente et appropriée tout au long du processus, chaque acteur doit agir de manière professionnelle [...] et être conscient de son rôle et de ses responsabilités.»* C'est le fournisseur de soins de santé qui est chargé de rédiger les **procédures requises dans son propre organisme dans le domaine de la violence**. C'est également le **fournisseur de soins de santé qui a la responsabilité d'assurer que le personnel travaille conformément à ces procédures**. Les victimes de violences peuvent s'adresser à tous les niveaux dans les soins de santé : centres de santé, les cliniques spécialisées et urgences hospitalières.

En 2014, la Direction nationale pour la santé et les affaires sociales a publié le manuel *«Violences - Guide pour les services sociaux et les fournisseurs de soins de santé dans le travail avec la violence domestique.»* Ce guide, mis à jour en avril 2015, est un supplément à la réglementation de la santé et des lignes directrices générales sur la violence domestique rédigées par la Direction.

b. Comment le système de santé participe-t-il, le cas échéant, à la lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier pour le système hospitalier ?

Le système de santé

La responsabilité du système de santé est de détecter, de traiter, de documenter, de référer et de prévenir la violence et ses conséquences. Si une personne adulte présente des symptômes ou des

signes qui éveillent des soupçons, le fournisseur de soins de santé doit faire en sorte que les professionnels de la santé interrogent l'adulte en privé sur la cause des symptômes ou des signes.

Environ un quart des femmes victimes de violence présentent des signes de traumatisme ; d'autres symptômes de violence sont des maux de tête diffus, des douleurs, des troubles de l'alimentation ou la dépression. Le comté de Stockholm, par exemple, reçoit chaque année dans ses **services d'urgence** environ 1 200 femmes présentant des blessures identifiées comme des blessures de violence domestique. Néanmoins, on considère qu'il y a un nombre plus élevé de cas non signalés.

Si les soupçons se confirment sur la violence ou d'autres abus, le fournisseur de soins de santé doit s'assurer que le personnel:

1. S'informe s'il y a des enfants dans la famille de l'adulte,
2. Fasse un rapport aux services sociaux
3. Informe sur la possibilité de traitement et de soins des soins de santé ou de soutien et l'aide des services sociaux et des organismes bénévoles
4. Prenne en considérations les besoins de l'adulte en soins physiques et/ psychologiques

La procédure ainsi que les symptômes ou signes qui ont éveillé les soupçons du professionnel doivent être documentés dans le dossier du patient.

Cependant, les possibilités de collaboration peuvent être affaiblies par le manque d'objectifs clairs, les différentes structures organisationnelles, le turn-over élevé du personnel et la charge de travail.

Les comtés

Les **soins de santé** étant un domaine de **responsabilité des comtés**, ces **derniers rédigent leurs propres programmes d'action dans la lutte contre les violences faites aux femmes**.

Il n'y a pas de données sur le nombre de comtés qui ont leur propre plan d'action sur la violence contre les femmes. Le comté d'Örebro est un exemple de comté qui a un plan d'action. Le plan d'action adopté par le comté d'Örebro a été mis au point par un groupe de travail avec des représentants de la municipalité, du comté, de la police et la Maison des femmes. Sous la rubrique «La responsabilité du comté», il est écrit: «*Les services de santé ont une responsabilité claire en ce qui concerne la détection et l'identification des femmes victimes de violence et de la fourniture des soins médicaux et psychosociaux adéquats.*»

Le Centre national des femmes

Le comté d'Uppsala a mis en place en 1994 le **Centre national des femmes au sein de l'hôpital universitaire d'Uppsala** qui fournit des services de santé aux femmes victimes de violence et développe des méthodes de soins et de traitement, la formation et la recherche.

Le Centre national des femmes mis au point le programme de prise en charge : «*Les mesures en cas de violence domestique et d'agression sexuelle.*» Il fournit aux professionnels de la santé des conseils de base dans le traitement des femmes victimes de violence et/ou d'abus sexuels et qui cherchent des soins à l'hôpital ou des soins primaires dans le comté. L'hôpital universitaire, en collaboration avec le Centre national des femmes a également développé un «*Plan d'action pour la prise en charge des femmes victimes de violence.*»

Le **Centre national des femmes à Uppsala et le Conseil national de médecine légale**, ont passé un accord pour que les femmes victimes de violence puissent recevoir un examen physique et de la documentation au Conseil national de médecine légale même si le rapport de police n'a pas été fait au moment de la visite médicale. Les soins médicaux sont fournis au Centre national pour les femmes ou à l'hôpital universitaire si nécessaire.

Au début des années 2000, un certain nombre de maternités ont commencé à poser des questions à toutes les femmes enceintes sur la violence et la vulnérabilité. Depuis lors, un nombre croissant de centres de soins maternels ont adopté cette démarche. En 2012, 83% des maternités avaient une approche structurée : cela signifie que toutes les femmes enceintes devraient être interrogées sur l'exposition à la violence domestique. En 2012, 63% des femmes enceintes avaient été interrogées, contre 33% en 2011.

3. Offre de prise en charge destinée aux femmes victimes de violence(s) physiques et sexuelles :

- a. Dans / à partir du système hospitalier, existe-t-il un réseau de structures de prise en charge des femmes victimes de violence ? Ce réseau repose-t-il sur l'homogénéité des prises en charge proposées (ex : «paniers» de services, sanitaires ou sociaux) ?**

L'Inspection des soins indique qu'il existe des unités au sein des cliniques gynécologiques, les services de santé mentale et les services sociaux, qui ont un travail bien développé sur les questions de violence domestique. Leur action n'est pas coordonnée sur le territoire.

- b. Existe-t-il sur le territoire, soit au titre d'une politique de droit commun, soit au titre d'une expérimentation, une offre de prise en charge «intégrée» ou «globale» (aspects sanitaires à titre principal, dans leur diversité¹⁴³, mais sans exclure les enjeux sociaux) ?**

Il n'existe pas d'approche uniforme en Suède du fait de la décentralisation, mais comme indiqué précédemment la plupart des initiatives locales, motivées par la volonté politique d'un comté, correspondent à une approche intégrée facilitée par la proximité de la décision avec les services sociaux qui dépendent de la commune.

- c. Identifiez-vous une ou plusieurs structures dont l'action serait particulièrement reconnue ?**

Outre les structures déjà indiquées dans les questions précédentes (Centre des femmes et hôpital universitaire d'Uppsala par exemple), les structures suivantes, non hospitalières, offrent des prises en charge destinées aux femmes victimes de violence(s) physiques et sexuelles.

■ Au centre psychiatrique Södra à Stockholm, il existe un groupe spécialisé pour les femmes victimes de violence, depuis 1997. Le groupe a élaboré un programme d'action et de formation intitulé «*Oser voir - pouvoir d'agir*». Ainsi, l'ensemble du personnel reçoit une formation qui vise à accroître les connaissances des dommages psychologiques qui se manifestent à la suite d'abus en fournissant des outils d'identification et de traitement des femmes victimes de violence en psychiatrie. Une brochure d'information est disponible dans toutes les salles d'attente. Le dépliant est adressé aux femmes victimes de violence et décrit l'assistance disponible au centre

¹⁴³ Violences conjugales ou intrafamiliales ; lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; psycho-trauma ; ...

psychiatrique Södra comme les groupes de psychothérapie pour les femmes victimes de violences sexuelles et d'inceste.

■ Le centre psychiatrique à Vällingby - situé à l'ouest de Stockholm - consacre 1h-2h quotidiennes aux urgences (consultations sans prise de rendez-vous préalable), pour pouvoir apporter un soutien aux patients référés par d'autres professionnels de la santé (médecin généraliste, etc.).

■ Le groupe d'action contre la violence domestique mise en place dans la commune de Kista - située au nord de Stockholm - est composé de représentants des services sociaux, du ministère public, des maisons des femmes, du comté de Stockholm, des services sociaux, écoles, églises, et de l'abri pour femmes Somaya. Celui-ci se réunit environ deux fois par an et son objectif est d'organiser des journées de formation, de produire des documents d'information, etc.

■ La région de l'Ouest de la Suède et la ville de Göteborg ont créé un site internet «Les violences domestiques» (www.valdinararelationer.se). Ce site présente la législation, le rôle et les responsabilités des différents acteurs (les services de santé, les services sociaux, la police, les tribunaux, le procureur, la médecine légale, les organisations non-gouvernementales), un guide d'aide pour les victimes de violences et des numéros utiles.

SIGLES UTILISES

AME : aide médicale d'Etat

ARS : agence régionale de santé

CAUVA : centre d'accueil en urgence des victimes d'agression

CD : conseil départemental

CeMAVIE : Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision

CH : Centre hospitalier

CHI : centre Hospitalier Intercommunal

CHSD : Centre hospitalier de Saint Denis

CHU : centre hospitalier universitaire

CMU : couverture médicale universelle

CLS : contrats locaux de sante

DDFE : délégué départemental aux droits des femmes

DT : direction départementale

ETP : équivalent temps plein

FICOM : fichier commun de structure

FIR : fond d'intervention régional

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ISG : Institut en santé génésique

INED : institut national des études démographiques

INSEE : institut national des statistiques et études économiques

IVG : interruption volontaire de grossesse

Mdf : Maison des femmes

MCO : maternité, chirurgie, obstétrique

MIG : mission d'intérêt général

MIPROF : mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MSF : mutilations sexuelles féminines

NAD : Naître à Delafontaine

PMI : protection maternelle infantile

T2A : tarification à l'activité

UAP : Unité d'Accompagnement Personnalisé

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

UMPSP : Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité

UF-Mdf : unité fonctionnelle de la Maison des femmes

UMJ : unité médico- judiciaire